



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTERNSHIP REPORT

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

Dina Patrícia Florindo Fernandes Lopes

Porto, Abril de 2016



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTERNSHIP REPORT

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

Dina Patrícia Florindo Fernandes Lopes

Sob orientação de: Professor Doutor Luís Sá

Porto, Abril de 2016

Resumo

O presente Relatório de Estágio foi desenvolvido para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, promovido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. Destina-se a relatar e descrever as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso, e ainda a analisá-las de forma crítica e reflexiva. A descrição das atividades é o resultado do contacto com os locais de estágio ao longo dos três módulos. O percurso académico desenvolveu-se ao longo das práticas realizadas em três locais com objetivos específicos distintos, ainda assim interligados entre si.

No Módulo I: Promoção de Estilos de Vida Saudável, Diagnóstico e Prevenção, realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade Assucena Lopes Teixeira, houve a aquisição de competências no âmbito da prevenção da doença mental. O contacto com a doença mental em fase aguda e intervenção na crise foi realizado na Unidade de São João de Deus, no Módulo II, inserida na Casa de Saúde do Bom Jesus em Braga. Finalmente, e usufruindo da integração já feita na instituição, desenvolveu-se o Módulo III na Unidade de São Luís que visa o desenvolvimento de competências na área dos comportamentos aditivos.

O Relatório de Estágio encontra-se dividido em seis grandes capítulos. O primeiro é referente à apresentação do Projeto Pessoal, o segundo reporta a Fundamentação Científica das Intervenções Realizadas, o terceiro consiste no Módulo I com o contexto da Intervenção na Promoção da Saúde Mental, Objetivos Propostos, Atividades Desenvolvidas e Competências, o quarto no Módulo II com Intervenção na Crise em fase da Doença Aguda, Objetivos, Atividades e Competências, e o quinto no Módulo III com a Intervenção de Enfermagem em Comportamentos Aditivos, Objetivos, Atividades e Competências. Finalmente o sexto capítulo reporta-se às Competências Adquiridas como Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento das competências será expositiva, descritiva, de revisão de literatura e análise documental, e ainda com a utilização de uma simples análise descritiva com recurso ao programa Statistical Package of Social Sciences, pretendendo ser um documento descritivo do meu percurso académico.

Palavras-Chave: **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Doente, Comunidade, Família**

Abstract

This Internship Report was developed to obtain a Master's degree in nursing with specialization in Mental Health and Psychiatric Nursing, sponsored by *Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto*. Intends to report and describe the activities developed along this route, and still analyze them critically and reflectively. The description of the activities is the result of contact with the internship locations along the three modules. The academic career has developed along the practices carried out in three locations with different specific goals, yet interconnected.

In Module I: Healthy Lifestyle Promotion, Diagnosis and Prevention, held at the *Unidade de Cuidados na Comunidade Assucena Lopes Teixeira*, there was the acquisition of skills in the prevention of mental illness. Contact with mental illness in acute and crisis intervention was realized in the *Unidade São João de Deus*, in module II, inserted in the *Casa de Saúde do Bom Jesus in Braga*. Finally, taking advantage of integration already done in the institution, the development of the module III in Unidade de São Luís that aims to develop skills in the field of addictive behaviors

The Internship Report is divided into six main chapters; The first chapter refers to the presentation of the Personal Project, the second chapter reports the Scientific Rationale of Performed Interventions, the third chapter consists in module I, with the context of intervention in the Promotion of Mental Health, Proposed Goals, Developed Activities and Skills, the fourth in Module II with Crisis intervention in Acute phase of disease, Objectives, Activities and Skills, and the fifth in Module III with the Nursing intervention Behaviors Additives, Objectives, Activities and Skills. Finally the sixth chapter refers to the Acquired Skills as Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric.

The methodology used for the skills development will be expository, literature review and document analysis, and it also includes the use of a simple descriptive analysis using the Statistical Package for the Social Sciences program, intended to be a document describing my academic career.

Key-Words: Mental Health and Psychiatric Nursing, Sick, Community, Family

“Não se deve ir atrás de objetivos fáceis, é preciso procurar o que só pode ser alcançado por meio dos maiores esforços”.

Albert Einstein

Agradecimentos

Aquando da realização do presente Relatório considero de extrema importância o agradecimento às seguintes pessoas:

- Ao Senhor Professor Doutor Luís Sá pela constante disponibilidade em todo o meu percurso académico;
- Aos Docentes das Unidades Curriculares pelos vastos conhecimentos transmitidos;
- Aos Enfermeiros Orientadores dos três Módulos de Estágio pela colaboração no meu processo de aprendizagem;
- À minha família, colegas e amigos por toda a compreensão ao longo deste percurso.

Siglas

- AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test
- CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão β 2
- CSBJ: Casa de Saúde do Bom Jesus
- EESMP: Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica
- EP: Estabelecimento Prisional de Braga
- MEEESMP: Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Módulo I: Módulo I – Promoção de Estilos de Vida Saudável, Diagnóstico e Prevenção
- Módulo II: Módulo II – Estágio de Intervenção na Crise
- Módulo III: Módulo III – Estágio de Opção – Comportamentos Aditivos
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- PRESSE: Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar
- SPSS: Statistical Package of Social Sciences
- STAY - Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger
- UCC Assucena: Unidade de Cuidados na Comunidade Assucena Lopes Teixeira
- USJD: Unidade de São João de Deus
- USL: Unidade de São Luís

Índice

Introdução	17
1-O Projeto Pessoal	21
2-Fundamentação científica das intervenções realizadas	23
3-Módulo I: Unidade de Cuidados na Comunidade Assucena Lopes Teixeira	37
• 3.1-Contexto da Intervenção na Promoção da Saúde Mental	37
• 3.2-Objetivos Propostos e Atividades Desenvolvidas	38
• 3.3-Competências Adquiridas no Módulo I: UCC Assucena	44
4-Módulo II: Unidade São João de Deus, Casa de Saúde do Bom Jesus	47
• 4.1-Intervenção na Crise em fase da Doença Aguda	47
• 4.2-Objetivos Propostos e Atividades Desenvolvidas	48
• 4.3-Competências Adquiridas no Módulo II: USJD	51
5-Módulo III: Unidade de São Luís, Casa de Saúde do Bom Jesus	53
• 5.1-Intervenção de Enfermagem em Comportamentos Aditivos	53
• 5.2-Objetivos Propostos e Atividades Desenvolvidas	54
• 5.3-Competências Adquiridas no Módulo III: USL	63
6-Competências Adquiridas como Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica	65
7-Notas Conclusivas	69
8 Referências Bibliográficas	71
Anexos	
• Anexo 1-Projeto de Estágio	77
• Anexo 2-Planeamento da Intervenção de Educação para a Saúde “Higiene do Sono”	93
• Anexo 3-Planeamento da Intervenção Terapêutica de Educação para a Saúde “Ansiedade”	95
• Anexo 4-Apresentação “Higiene do Sono”	97
• Anexo 5-Apresentação “Ansiedade”	107
• Anexo 6-Avaliação das Intervenções Terapêuticas de Educação para a Saúde	115
• Anexo 7-Guião e Planeamento da Técnica de Relaxamento Muscular de Jacobson	117
• Anexo 8-Inventário de Ansiedade Traço Estado de Spielberger STAI Y1 e STAI Y2	123
• Anexo 9-Avaliação da Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson	127
• Anexo 10-Folha de Registo de Problemas	131
• Anexo 11-Folha de Registo Diário de Pensamentos Disfuncionais	133
• Anexo 12-Inventário de Depressão de Beck	135

• Anexo 13-Escala de Autoestima de Rosemberg	139
• Anexo 14-Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica de Promoção da Autoestima com recurso à Reestruturação Cognitivo-Comportamental	141
• Anexo 15-Avaliação da Intervenção Psicoterapêutica de Promoção da Autoestima com recurso à Reestruturação Cognitivo-Comportamental	145
• Anexo 16-Estudo de Caso: Problemas de Adição	149
• Anexo 17-Plano de Cuidados do Estudo de Caso: Problemas de Adição	157
• Anexo 18-Convite “Uma Vida, Um Sentido”	161
• Anexo 19-Póster “Uma Vida, Um Sentido”	163
• Anexo 20-Guião e Planeamento da Técnica de Relaxamento com Adaptação do Treino Autogénico de Shultz	165
• Anexo 21-Avaliação da Técnica de Relaxamento Treino Autogénico de Shultz	171
• Anexo 22-Planeamento das Intervenções Breves com recurso à Entrevista Motivacional e à utilização do Questionário AUDIT para Consumidor de Risco III	175
• Anexo 23-Questionário AUDIT	177

Introdução

A Saúde Mental deve ser encarada como uma nova luz por ser incontestavelmente essencial para o bem-estar das pessoas, da sociedade e de todo o mundo.

Os doentes do foro psiquiátrico têm, muitas vezes, a sua saúde físico-emocional e capacidades cognitivas diminuídas, alteradas ou até mesmo ausentes, necessitando de uma atitude de observação rigorosa e sistemática por parte dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), acompanhada de disponibilidade, compreensão e acima de tudo pelo discernimento para dignificar a pessoa e as suas diferenças.

O tratamento do doente mental é marcado pela evolução farmacológica e das intervenções psicoterapêuticas, ao mesmo tempo que se pressupõem intervenções cada vez mais responsáveis e especializadas por parte de quem as executa. Foi devido a este facto que surgiu o meu grande interesse nesta área de especialização, para poder cada vez com maior sustentabilidade teórica, prática e científica, executar cuidados de qualidade ao doente mental no meu quotidiano profissional.

Este Relatório é relativo à Unidade Curricular Estágio, integrada no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MEEESMP), promovido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. Foram desenvolvidos três Módulos de Estágio com objetivos definidos para cada um, no sentido de treinar capacidades pela realização das atividades propostas.

O Módulo I: Promoção de Estilos de Vida Saudável, Diagnóstico e Prevenção (Módulo I) foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade Assucena Lopes Teixeira (UCC Assucena) no período compreendido entre 27 de Abril a 20 de Junho de 2015, o Módulo II: Estágio de Intervenção na Crise (Módulo II) decorreu na Unidade de São João de Deus (USJD) da Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ) no período compreendido entre 14 de Setembro a 07 de Novembro de 2015, finalmente o Módulo III: Estágio de Opção, Comportamentos Aditivos (Módulo III) foi realizado na Unidade de São Luís (USL) da CSBJ no período compreendido entre 09 de Novembro de 2015 a 20 de Janeiro de 2016, com interrupção para férias de Natal entre 21 de Dezembro e 3 de Janeiro.

O objetivo deste relatório é a descrição e reflexão sobre as atividades e intervenções psicoterapêuticas realizadas ao longo dos três Módulos de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Pretendi também analisar, à luz dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em saúde mental e psiquiátrica, de que modo posso afirmar que as competências desenvolvidas estão em sintonia com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros.

A metodologia utilizada será expositiva, descritiva, de revisão de literatura e análise documental, e ainda com a utilização de análise descritiva com recurso ao programa Statistical Package of Social Sciences (SPSS).

O objetivo geral deste Relatório é a análise crítica e reflexiva sobre o conjunto de práticas que se desenvolveram ao longo do percurso académico. É do desejo de melhorar essas práticas clínicas na área da Saúde Mental que surge este Relatório onde se faz esta proposta de redação como Mestrado Profissional. O crescimento da pessoa é contínuo ao longo do ciclo vital, e a conclusão desta etapa de Mestrado não é o término da procura de excelência diária de conhecimentos enquanto Enfermeira Especialista nas três áreas de promoção da saúde, intervenção na crise e comportamentos aditivos, mas sim uma fase muito produtiva para o meu percurso.

No que reporta à sua estrutura, após a presente introdução, o Relatório de Estágio encontra-se dividido em seis grandes capítulos. O primeiro é referente à apresentação do Projeto Pessoal, o segundo reporta a Fundamentação Científica das Intervenções Realizadas, o terceiro consiste no Módulo I, o quarto no Módulo II e o quinto no Módulo III. O sexto capítulo reporta-se às Competências Adquiridas como Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Apresento ainda Notas Conclusivas, Referências Bibliográficas e Anexos, estes sob a forma de documentos com sustentação à realização das atividades e intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas nos três Módulos de Estágio.

Este relatório, crítico e reflexivo sobre o percurso do Mestrado, que será levado a provas públicas, tenta também descrever parte do percurso realizado procurando contribuir para a melhoria dos cuidados especializados. Para tal pretendo integrar na minha prática como enfermeira, o conjunto de novas aprendizagens e novos olhares sobre os problemas de saúde mental.

1 O Projeto Pessoal

A ideia central para a realização do Projeto de Estágio assenta na ideia de haver motivação pessoal, profissional, académica e científica. O desejo de saber mais sobre saúde mental e sobre o adoecer mental é imperativo e oportuno para a minha prática clínica. É essencial que no projeto sejam delineados objetivos propostos pelo aluno, em sintonia com a escola.

Enquanto enfermeira generalista a exercer funções no serviço de psiquiatria, senti necessidade em investir em formação avançada, nomeadamente na realização da especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no sentido de procurar a excelência nos cuidados prestados ao doente mental.

Pretendi delinear um conjunto de estratégias com os objetivos definidos pela escola, ainda assim, o percurso na escolha das intervenções, nas lacunas que pretendia colmatar com a realização dos módulos de estágio, foi realizado por mim ao longo deste percurso.

Após o término deste mestrado, aspiro ter uma abordagem especializada ao doente mental, pelos conhecimentos e prática adquirida, e da mesma forma, disseminar as minhas práticas para o serviço onde exerço funções.

O Projeto de Estágio encontra-se no final deste Relatório sobre a forma de anexo (Anexo 1: Projeto de Estágio).

2 Fundamentação científica das intervenções realizadas

O cuidar em enfermagem envolve conhecimento sobre quem são os outros, sobre as suas capacidades, limitações, necessidades, sobre os fatores que poderão ajudar as pessoas no seu crescimento e representa o principal objetivo de qualquer organização de cuidados. Segundo Moniz, 2003, os enfermeiros não podem cair no reducionismo de não oferecer mais nada aos doentes e família; preconiza-se uma contextualização mais abrangente dos cuidados a produzir.

Todo o tipo de atividades foram marcadas pelo pensamento crítico e discernimento da melhor conduta, em todas elas aprendi e investi. Procurei sempre aperfeiçoar as minhas competências e rever conhecimentos.

Ao longo dos três módulos de estágio realizei atividades para a concretização dos objetivos propostos, ainda assim as que mais contribuíram para o meu desenvolvimento de competências estão descritas neste capítulo.

Foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura sobre as temáticas abaixo descritas, por forma a haver uma melhor sustentação científica e informação relevante para a prática. A fundamentação das intervenções foi desafiante por ter sido efetuada pesquisa acerca das temáticas abordadas, por ter sido organizada cronologicamente ao longo dos módulos de estágio e ainda por ter sido realizada em função das necessidades que senti no planeamento e execução das intervenções, realizadas com a melhor evidência científica disponível.

No primeiro módulo de estágio dei especial ênfase às sessões de educação para a saúde dirigidas aos reclusos do Estabelecimento Prisional de Braga (EP) com as temáticas de Sono e Ansiedade.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (2015, pg.42), A Psicoeducação é destinada a ajudar pessoas com doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. A Psicoeducação é projetada para ser parte de um plano global de tratamento”.

Com o decorrer do primeiro módulo, foi-me possível identificar necessidades onde pudesse intervir. Este planeamento foi realizado com o meu orientador de estágio e ainda com o coordenador do EP, que me solicitou planear intervenções dirigidas à melhoria do sono e da ansiedade nos reclusos. A importância dada a estas duas temáticas é essencial, já que ambas foram descritas como presentes em grande parte da população-alvo, constituindo desta forma dois focos essenciais de atenção em enfermagem.

No sentido de colmatar estas mesmas necessidades, realizei intervenções terapêuticas de educação para a saúde nas temáticas: “Higiene do Sono” e “Ansiedade”.

“Os transtornos do sono são comuns na população em geral e entre as pessoas com transtornos psiquiátricos. As perturbações do sono podem influenciar o desenvolvimento, o curso de doenças mentais e ainda o tratamento e a sua recuperação” Stuart e Laraia, (2001, pg.332).

Nos reclusos, os problemas de sono são vivenciados de forma mais intensa pela falta de ocupação ao longo do dia (dado as atividades propostas não serem suficientes para poderem sentir um cansaço semelhante como se trabalhassem normalmente) e a insónia inicial ser uma constante neste período; ainda por poderem usufruir de períodos de sono diurno, tornando o sono noturno pouco reparador.

Segundo Kaplan & Sadock, (2003, pg.137) “O sono é um estado regular, recorrente, reversível com facilidade, que se caracteriza por quietude e grande aumento do limiar de resposta a estímulos externos, comparado com o estado de vigília. Os transtornos do sono constituem sintomas precoces de doença mental iminente”.

Ainda segundo os mesmos autores, a maioria dos investigadores concluiu que o sono serve de função restauradora, homeostática e parece ser crucial para a termorregulação normal e conservação de energia. Referem que períodos prolongados de privação do sono por vezes ocasionam a desorganização do ego, alucinações e delírios”.

“A insónia é o transtorno de sono mais comum. Outras perturbações do sono incluem sonolência diurna excessiva, dificuldade em dormir no normal período de sono e eventos noturnos incomuns como pesadelos e sonambulismo. A maioria das pessoas afetadas são subdiagnosticadas e não recebem tratamento. Milhões de pessoas têm sono inadequado,

por motivos de horários de trabalho difíceis, escola e outras questões ligadas ao estilo de vida.

As consequências dos transtornos do sono, da privação do sono e da sonolência são significativas e incluem a redução da produtividade e do desempenho cognitivo, maior propensão a acidentes, maior risco de morbidade e mortalidade e pior qualidade de vida”. Stuart e Laraia (2001 pg.335).

Segundo Kaplan & Sadock, 2003, os transtornos de ansiedade produzem morbidade desordenada, uso de serviços de saúde e comprometimento do desempenho incomuns. A ansiedade é um sinal de alerta; indica um perigo iminente e capacita a pessoa a tomar medidas para lidar com a ameaça. O medo é um sinal de alerta semelhante, mas deve ser diferenciado da ansiedade. Medo é uma resposta a uma ameaça conhecida, externa, definida e sem conflitos; a ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga e conflituosa.

“Os indivíduos enfrentam diariamente a ansiedade. A ansiedade, que proporciona a motivação para as conquistas, é uma força necessária à sobrevivência. A ansiedade pode ser distinguida de medo pois é um processo emocional, enquanto o medo é um processo cognitivo” Townsend (2009, pg.584).

“A ansiedade caracteriza-se por uma resposta emocional em antecipação do perigo, cuja fonte é desconhecida ou não é reconhecida. A ansiedade pode ser considerada patológica quando interfere com a eficácia da vida diária, a satisfação dos objetivos desejados ou satisfação ou conforto emocional razoável” Townsend (2009 pg. 584).

A ansiedade nas pessoas em reclusão cresce pelo facto de estarem isoladas socialmente, sem a presença de familiares e amigos e com uma mudança brusca no estilo de vida.

“As perturbações de ansiedade são as mais comuns de todas as doenças psiquiátricas e originam incapacidade funcional e sofrimento consideráveis” Townsend (2009, pg.586).

A experiência da ansiedade apresenta dois componentes: a percepção das sensações fisiológicas (como palpitações e suor) e a percepção do estar nervoso ou assustado. A ansiedade afeta o pensamento e a percepção. Tende a produzir confusão e distorções da

percepção, não apenas do tempo e do espaço, mas também das pessoas e dos significados dos acontecimentos. Essas distorções podem interferir na pessoa ao diminuir a concentração, reduzir a memória e perturbar a capacidade de relacionamento (Kaplan & Sadock, 2003).

Peplau em 1963 e 1988 identificou quatro níveis de ansiedade:

1. A ansiedade ligeira que se caracteriza com a tensão sentida em resposta aos eventos do dia-a-dia prepara as pessoas para a ação, e raramente é um problema para o indivíduo;
2. A ansiedade moderada define-se pela diminuição do estado de alerta para os eventos que ocorrem no ambiente; a atenção do indivíduo e a capacidade de concentração diminuem, apesar deste ainda ser capaz de atender necessidades com orientação;
3. Na ansiedade grave, o campo perceptivo do indivíduo está de tal forma diminuído que a concentração é centrada num detalhe em particular ou em muitos detalhes irrelevantes; os sintomas físicos e emocionais podem ser evidentes;
4. O pânico é o estado mais intenso de ansiedade, em que o indivíduo não se consegue focar em nenhum detalhe do ambiente; as más interpretações são comuns e pode ocorrer uma perda de contacto com a realidade, pode apresentar alucinações ou delírios. O pânico prolongado pode levar à exaustão física e emocional e pode colocar o indivíduo numa situação de perigo de vida.

Peplau deu um enorme contributo para o desenvolvimento da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica por ter proporcionado à profissão a busca da autonomia e da delimitação das suas ações. Fomentou nos enfermeiros o desejo de conhecer a sua verdadeira natureza e de construir a sua própria identidade, independente de outras ciências. Peplau valorizou a pessoa, reforçando a relação enfermeiro-doente na intervenção autónoma de enfermagem com a realização da teoria de médio alcance das relações interpessoais, em que o doente assumiu o papel de parceiro no processo de enfermagem.

“É importante para os enfermeiros saberem reconhecer os sintomas associados a cada nível de ansiedade para planearem uma intervenção apropriada ao lidar com indivíduos ansiosos. Os enfermeiros podem ajudar os doentes com perturbações de ansiedade a adquirir insight e a aumentar a própria consciência em relação à sua doença. A intervenção foca-se em ajudar os doentes a aprender técnicas através das quais podem interromper a intensificação

da ansiedade antes que esta atinja proporções incontroláveis e substituir padrões de comportamento mal adaptativos com novas capacidades de coping mais adaptativas” Townsend (2009, pg.612).

No segundo módulo de estágio de especial ênfase à Intervenção Psicoterapêutica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson.

O relaxamento tem origem na Índia Antiga, ligado a uma das mais famosas escolas filosóficas clássicas do hinduísmo - o Yoga, tendo como finalidade contribuir para alcançar a harmonia do ser e a concentração do pensamento (Dias, 2007). Ainda assim, foi no decorrer do século XIX que o conceito de relaxamento se desenvolveu, descendendo da hipnose.

No século XX, surgem dois autores associados às técnicas de relaxamento: Johannes Heinrich Schultz e Edmund Jacobson. Schultz apresentou um método de relaxamento designado de “treino autogénico”, no qual empregava técnicas sugestivas e interpretações psicanalíticas.

Jacobson sugeriu um método diferente, denominando-o de “psicoterapia fisiológica” ao demonstrar a presença de tensão muscular durante os estados emocionais, apresentou uma diminuição progressiva da atividade muscular com o intuito de alcançar uma redução da tensão psíquica (Payne, 2003).

O relaxamento é uma metodologia cognitivo-comportamental frequentemente utilizada como meio de controlo da ansiedade podendo ser definido como um estado de relativa liberdade de ansiedade e tensão muscular que se manifesta por calma, paz e serenidade (Kwekkeboom, 2006).

Payne (2003) define relaxamento como um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo.

Relativamente à resposta fisiológica do organismo face à técnica de relaxamento, surgem alterações quer ao nível do sistema nervoso simpático quer do sistema nervoso central. No que diz respeito ao sistema nervoso simpático, aquando do relaxamento, é possível observar-se que se reduzem o consumo de oxigénio, a eliminação de anidrido carbónico, a frequência respiratória, a quantidade de ar inalada e exalada por minuto e os níveis de

lactato do sangue arterial. Relativamente ao sistema nervoso simpático, verifica-se que o relaxamento sugere uma redução da atividade cortical nas regiões anteriores do cérebro e uma redução na latência do começo do sono.

O relaxamento tem como objetivo potenciar uma resposta de reduzida ativação, antagónica a uma resposta de stress de luta ou fuga perante uma situação, sendo aconselhável de se realizar num local tranquilo, isento de ruídos e de possíveis interrupções, sendo aconselhável que o ambiente esteja semi-obscurificado. Poderá ser praticado numa cama, num divã ou numa cadeira cómoda, de preferência com braços que possam servir de apoio ao indivíduo (Serra, 1999).

No que reporta ao posicionamento dos doentes para a realização do relaxamento, os membros superiores devem ser colocados nos braços da cadeira, contudo, se a cadeira não possuir braços, o doente deverá levantá-los e deixá-los cair como pesos mortos, em cima das suas coxas. Apesar de serem estas as posições recomendadas para os membros superiores, estas não são, de todo, uma regra obrigatória, uma vez que poderão haver doentes que se sentirão mais confortáveis noutras posições, ou ainda deitados sobre uma superfície. Relativamente à cabeça, o doente deverá conservá-la erguida e descontraída, rodando-a lentamente, de forma a sentir a cabeça direita e descontraída em relação ao pescoço.

Quanto aos membros inferiores, o doente deverá colocá-los tendo em conta o seu próprio bem-estar. Neste sentido, poderá optar por colocá-los mais à frente ou mais atrás, contudo, as plantas dos pés deverão permanecer semi-voltadas uma para a outra com o intuito de permitirem um melhor relaxamento dos músculos do pé e da perna. No que concerne aos olhos, estes devem manter-se fechados para que o doente se abstraia mais facilmente dos estímulos exteriores. Contudo, se o mesmo se sentir constrangido por ter os olhos fechados poderá abri-los, olhando fixamente para um determinado ponto que se encontre à sua frente, de preferência para uma zona isenta de pormenores que o distraiam. O doente deverá ser incitado a ter uma respiração regular e profunda, focalizando a tensão para o seu interior e a entrar num estado passivo de abandono do corpo e do espírito, permitindo assim a exclusão dos pensamentos que distraem (Serra, 1999).

Os investigadores acima descritos constatarem resultados positivos na intervenção psicoterapêutica de relaxamento. Ainda assim a OMS tem um papel preponderante nas suas recomendações.

Segundo WHO em Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010, pg.120) “Esta intervenção é um treinamento em técnicas como exercícios respiratórios e relaxamento progressivo a fim de obter a resposta de relaxamento. O relaxamento progressivo ensina como identificar e relaxar grupos musculares específicos. Este manual recomenda o relaxamento como uma opção terapêutica adjunta para a depressão (inclusive a depressão bipolar) e como uma opção terapêutica para outra queixas emocionais ou sem explicação médica significativas.”

Jacobson foi um dos pioneiros do relaxamento, ao introduzi-lo em 1929 e identificou uma relação direta entre o relaxamento muscular e a redução da atividade elétrica cerebral e ao constatar que atuando ao nível do sistema muscular era possível exercer um controle direto sobre os estados mentais, comprovou cientificamente que a ansiedade pode ser diminuída através do relaxamento muscular (Dias, 2007).

A Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson, sendo um relaxamento profundo, provoca uma abrangência de todo o corpo, num ambiente calmo e na posição horizontal. Apesar do relaxamento muscular progressivo de Jacobson ser considerado um método de relaxamento físico, em que se trabalha com o contraste da contração e relaxamento dos músculos, pode-se verificar que tem efeitos psicológicos evidentes no término da sessão. A prova desta afirmação é que o próprio Jacobson descreveu que quando as pessoas são ensinadas a relaxar os músculos, não se assustam, concluindo ainda que existe uma atividade integrada entre a mente e os músculos, e uma mente calma reflete um corpo liberto de tensão (Payne, 2003).

As técnicas de relaxamento realizadas por EESMP podem atenuar a sintomatologia de determinadas doenças mentais. Não são um substituto da terapêutica farmacológica, mas atuam como componente integrante de modalidades terapêuticas combinadas.

Ainda no segundo módulo de estágio, foi essencial para o meu desenvolvimento enquanto EESMP a realização de uma intervenção psicoterapêutica de promoção da autoestima com recurso à reestruturação cognitivo-comportamental, com o objetivo de promoção da mesma.

A autoestima é fundamental para o equilíbrio relativo à saúde mental e para o bem-estar da pessoa. É considerada por Townsend (2009, pg.250) como o “grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios, e uma medida do valor que atribuem às suas capacidades e julgamentos”.

A autoestima pode ser determinada como a “opinião que cada um tem de si próprio e a visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-aceitação e autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva” International Council of Nurses (2010, pg.39).

A reestruturação cognitiva integra-se numa intervenção psicoterapêutica de enfermagem e é desenvolvida por EESMP. McCloskey e Bulechek (2004) referem que o objetivo desta intervenção passa pela estimulação do doente para que este altere os seus esquemas de pensamento desordenados e se veja a si mesmo e ao mundo de uma forma mais realista.

As disfunções psicológicas são representadas por diferentes esquemas cognitivos de organização da informação, que por sua vez se expressam em distorções sistemáticas do processamento, dando origem a ideias cognitivas distorcidas. O objetivo da terapia cognitiva é a reestruturação destes esquemas cognitivos e a correção dos erros de processamento da informação (Townsend, 2009).

Os trabalhos realizados por Beck, moldaram o desenvolvimento das terapias cognitivas da atualidade, através da integração da fundamentação empírica e conceitual.

Beck constatou que não era na hostilidade autodirigida que se encontrava o denominador comum da depressão, mas sim num conjunto de distorções cognitivas (Gonçalves, 2006).

Para este autor, o doente depressivo geralmente apresenta três grupos de problemas específicos:

- Esquemas negativos- estruturas de pensamento negativamente enviesado que produzem uma:
- Tríade cognitiva- uma atitude negativa face a si próprio, à realidade e ao futuro e que se exprime em:
- Distorções cognitivas- conjunto de erros sistemáticos no processamento de informação, tais como interferência arbitrária, abstração seletiva,

sobregeneralização, maximização/minimização, personalização, pensamento dicotómico/absolutista.

Segundo Townsend, (2009), existem várias estratégias que podem ser utilizadas na identificação dos pensamentos automáticos: questões diretas; experiências de descoberta guiada; criação de momentos emocionais; imaginação/dramatização e contagem de pensamentos automáticos.

Em todas estas técnicas existe um objetivo comum, a tomada de consciência por parte do doente, nomeadamente no reconhecimento da importância dos seus processos internos e da forma como eles se manifestam automaticamente em cada situação.

A Terapia Cognitiva de Beck actua de uma forma gradual, começando com a identificação dos processos automáticos e com o decorrer do processo terapêutico procede-se ao estudo dos erros cognitivos, terminando com a avaliação e conseqüente reestruturação das atitudes disfuncionais (Gonçalves, 2006).

“A Terapia Cognitivo-Comportamental consiste na aplicação de várias teorias da aprendizagem a um problema de vida, com o objetivo de ajudar o doente a superar dificuldades em quaisquer áreas de atividade e da experiência humana. É totalmente centrada no doente e no presente, orientada para a resolução do problema, em que o foco está no autocontrolo do doente, pelo que é uma técnica educativa e não curativa, antes construtora de habilidades em que o terapeuta assume um papel de facilitador” Stuart e Laraia (2001, pg.679).

A terapia cognitiva deve ser variada e individualizada para os doentes, de acordo com o seu diagnóstico específico, os seus sintomas e o seu nível de funcionamento.

De acordo com Stuart e Laraia (2001, pg.691), “esta terapia coloca uma grande ênfase na avaliação, sendo necessário o dinamizador avaliar ações, pensamentos e sentimentos do doente em situações particulares. A avaliação cognitivo-comportamental é baseada nas evidências obtidas pela observação, entrevista e mensuração”.

No terceiro e último módulo de estágio, dei especial ênfase à realização de um estudo de caso sobre um doente com problemas aditivos (consumo de heroína).

A concretização de um estudo de caso possibilita a fundamentação teórica de uma patologia, permite uma assistência individual e personalizada do doente e família, facilita a comunicação multidisciplinar, facilita a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, e contribui para melhorar o desempenho da equipa de enfermagem (Galdeano et al., 2003).

Com a realização de um estudo de caso o enfermeiro observa, analisa e descreve a situação clínica de um doente, formalizando conhecimentos para o desenvolvimento pessoal e profissional, ao mesmo tempo que aplica um plano de cuidados individualizado e dinâmico ao doente em estudo.

Seguidamente irei apresentar os resultados da revisão bibliográfica que senti necessidade de recorrer para o enquadramento teórico sobre a droga na adolescência (por o doente ter iniciado consumos nesta fase da sua vida) e ainda sobre a heroína, opiáceo maioritariamente consumido pelo próprio.

A análise de caso é uma metodologia que permite de forma fiel seguir o processo de enfermagem, e tem como principais objetivos: caracterizar o doente enquanto ser holístico de forma a promover cuidados individualizados e integrados, sintetizar o processo de enfermagem e desenvolver o espírito crítico, reflexivo e criativo.

Os adolescentes estão mais sujeitos ao contacto com as drogas devido ao ambiente em que estão inseridos, companhias erradas, acontecimentos inesperados. A isso, acrescenta-se a frequente ausência dos pais que assim criam condições favoráveis para que os filhos adolescentes se sintam livres para aventuras deste tipo, sem refletirem nas consequências que isso lhes trará para a vida. Nesta fase da vida, eles afirmam a sua personalidade, há novas descobertas, novo corpo, explosões de emoção e temperamento, que contribuem para o surgimento de novos e difíceis problemas, procurando nas drogas uma saída para a resolução dos mesmos.

"Droga é toda a substância que, introduzida num organismo vivo, pode modificar uma ou mais das suas funções" OMS (2010). É compreendida também como o nome genérico de substâncias químicas, naturais ou sintéticas, que podem causar danos físicos e psicológicos a quem as consome. O seu uso constante pode levar à mudança de comportamento e à criação de uma dependência, um desejo compulsivo de usar a droga habitualmente. Os problemas para a saúde dos adolescentes decorrentes do uso/abuso de drogas ilícitas são

inúmeros e de várias ordens. Podem-se listar desde os de ordem orgânica e funcional de sistemas do corpo até os de ajustamento social, provocados por modificações neuroquímicas que causam prejuízos no controle dos impulsos.

Segundo Kaplan e Sadock 2007, independentemente da sociedade considerar o uso de substâncias um problema moral ou legal, quando este cria dificuldades para a pessoa, deixa de ser algo inteiramente volitivo e torna-se uma preocupação para os profissionais de saúde. Algumas substâncias podem afetar estados mentais percebidos internamente, como o humor, e atividades observadas de forma externa como o comportamento. Podem causar certos sintomas neuropsiquiátricos indistinguíveis de psicopatologias comuns sem causas conhecidas tal como a esquizofrenia e transtornos de humor, o que permite concluir que há relação entre os transtornos psiquiátricos primários e os que envolvem o uso de substâncias.

As palavras opióide e opiáceo vêm de ópio, o sumo da papoula *Papaver Somniferum*, que contém aproximadamente 20 alcalóides do ópio, incluindo a morfina.

No que reporta à epidemiologia, pessoas com dependência de opióides usam heroína de uma forma mais ampla. Os consumidores em geral começam a usar substâncias na adolescência. A dependência de opióides não se limita às classes socioeconômicas inferiores, embora a incidência seja maior nesses grupos do que em classes com maior poder econômico. Na generalidade, metade dos consumidores de heroína são filhos de pais solteiros ou divorciados e vêm de famílias nas quais pelo menos um membro sofre de transtorno relacionado a substâncias. A dependência pode acarretar muitos custos, assim o dependente de opióides precisa de obter dinheiro por meio de atividades criminosas ou ilegais quando não tem poder financeiro necessário para o consumo.

Relativamente à tolerância, esta não é uniforme para todas as ações dos opióides. A tolerância pode ser tão alta que é necessário aumentar a dose em cem vezes mais para produzir o efeito inicial.

Como co-morbilidade, cerca de 90% das pessoas dependentes de opióides têm pelo menos um transtorno psiquiátrico. Os diagnósticos mais comuns são os transtornos depressivos major, alcoolismo, perturbação de personalidade do tipo anti-social e transtornos de ansiedade. Cerca de 15% das pessoas com dependência de opióides tentam cometer suicídio pelo menos uma vez.

Segundo Gabbard 2009, os objetivos da desintoxicação são de livrar o corpo da dependência fisiológica aguda associada ao uso diário e crónico de opióides, reduzir ou eliminar a dor e o desconforto da abstinência, proporcionar um ambiente que aumente a probabilidade de o doente permanecer em tratamento após a desintoxicação, identificar possíveis problemas médicos e trata-los ou indicar outros tratamentos após a desintoxicação, educar o doente sobre aspetos relacionados com a saúde e a prevenção de recaídas e explorar questões relacionadas com apoio familiar. O sucesso da desintoxicação é função do grau de segurança e conforto, e ainda da retenção no tratamento e participação num tratamento de maior duração.

Relativamente aos sinais e sintomas da abstinência, quando são consumidos opióides de forma crónica de ação curta, como o caso da heroína, a abstinência começa com ansiedade e desejo intenso, 8 a 10 horas após a última dose, avançando para a disforia, bocejos, lacrimejamento, rinorreia, inquietação e sono fragmentado. Após os primeiros sintomas, ocorrem ondas de arrepios, calores e calafrios, dores ósseas e musculares, náuseas, vômitos, diarreia, cólicas abdominais, perda de peso e hipotermia.

Em modo de conclusão, para a maioria dos dependentes de opióides, a desintoxicação é apenas o primeiro passo no longo processo de permanecer abstémico. Em comparação com há sessenta anos atrás, os atuais métodos de desintoxicação são mais rápidos e mais confortáveis. A questão mais urgente que envolve o tratamento está em melhorar a retenção dos doentes em todas as fases de tratamento.

A enorme amplitude de um estudo de caso é facilitadora da abordagem de uma variedade de situações que fomentam o desenvolvimento de conhecimentos em enfermagem. A sua concretização proporcionou-me a aquisição de conhecimentos e envolvimento científico muito pertinentes, enquanto aluna do MEEESMP.

Cuidadosamente estudei os problemas físicos, mentais e sociais do doente em estudo, o que favoreceu o meu crescimento profissional e pessoal.

Nem sempre o doente em estudo mostrou disponibilidade emocional para a implementação das atividades de enfermagem e objetivos delineados, mas a junção dos vários períodos em que se apresentou colaborante permitiu a concretização adequada deste estudo de caso. Constatar que houve mudança de pensamento e postura por parte do doente ao longo da intervenção foi muito gratificante para o meu percurso.

Considero que, de uma forma geral, a planificação de cuidados foi concretizada (segundo a linguagem CIPE), tendo o doente apresentado uma evolução favorável ao longo do internamento. As intervenções autónomas de enfermagem realizadas, nomeadamente as intervenções especializadas, permitiram melhorar a capacidade do doente na resolução de problemas, dotando-o de conhecimentos e competências sobre estratégias de coping adequadas para futuras crises. Foi promovido o conhecimento sobre a psicopatologia da doença e clarificados aspetos importantes para a promoção da adesão ao regime terapêutico e a motivação para a manutenção da abstinência, esperando com estas intervenções prevenir futuros reinternamentos e recaídas; deste modo penso ter atingido os objetivos propostos para a concretização do estudo de caso.

3 Módulo I: Unidade de Cuidados na Comunidade Assucena Lopes Teixeira

3.1 Contexto da Intervenção na Promoção da Saúde Mental

A UCC Assucena é uma Unidade de Cuidados na Comunidade do Agrupamento de Centros de Saúde Cávado I Braga. Assume-se como uma unidade dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica.

A UCC Assucena pretende contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. É constituída por uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte enfermeiros, assistente técnica, assistente social, nutricionista, psicólogo e médicos.

A área geográfica abrangida pela UCC Assucena inclui 18 freguesias do concelho de Braga: Espinho, Esporões, Este São Mamede, Este São Pedro, Fraião, Gualtar, Lamações, Morreira, Nogueiró, Nogueira, Pedralva, São João de Souto, São José de São Lázaro, São Paio de Arcos, São Victor, Sobreposta, Tenões, Trandeiras.

A população abrangida na UCC Assucena ronda um total de 78000 utentes.

A missão da UCC Assucena assenta na prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário a pessoas, famílias e grupos vulneráveis e que requeiram acompanhamento próximo.

A visão da UCC Assucena é o reconhecimento como uma organização de excelência, que assume a Saúde das populações da sua área geográfica como o seu principal compromisso.

A UCC Assucena tem como valores intrínsecos à sua prestação de cuidados a responsabilidade, integridade, compromisso e excelência.

A coordenadora da UCC Assucena é a enfermeira Especialista Maria do Céu Martins Silva Talaia Mota.

Os parceiros comunitários da UCC Assucena integram a Câmara Municipal de Braga, as Juntas de Freguesia, o Contrato Local de Desenvolvimento Social, as Escolas, o Núcleo Local de Inserção, a Comissão de Protecção a Crianças e Jovens, o Gabinete de Apoio à Acção Social, a Cruz Vermelha Portuguesa, a Cáritas, a Casa de Saúde do Bom Jesus e a CAFAP – Associação Famílias.

A carteira de serviços da UCC Assucena é constituída pelos seguintes projetos de saúde escolar: Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), Gabinete Integrado de Informação ao Aluno e Escola Inclusa.

A saúde escolar engloba os Agrupamentos de escolas Carlos Amarante, D. Maria II, Francisco Sanches, André Soares, Gualtar e a escola Calouste Gulbenkian.

3.2 Objetivos Propostos e Atividades Desenvolvidas

Os objetivos específicos propostos para a elaboração do Módulo I foram:

- Identificar necessidades de temáticas relevantes para a realização de duas sessões de educação para a saúde no campo de estágio, visando a contribuição e manutenção dos cuidados de enfermagem;
- Ingressar em projetos de saúde mental, na área da saúde escolar, a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade Assucena Lopes Teixeira, com vista a aprofundar conhecimentos e técnicas na saúde mental;
- Participar activamente na organização de uma tertúlia subordinada à temática do suicídio.

A ARS Norte tem um compromisso com a saúde escolar e a saúde mental, e está a desenvolver-se de uma forma mais abrangente dia após dia. A saúde escolar e a saúde mental trabalham cada vez mais em parceria, sendo necessária a intervenção de um EESMP nos agrupamentos escolares frequentemente, e esse foco é relevante na UCC Assucena.

Segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar (2014, pg. 14, 19, 21) “ Não existe saúde sem saúde mental. Estar em boas condições de saúde física e emocional permite às crianças e jovens lidar com os desafios do crescimento e facilita a sua transição para a vida adulta. Por isso, a saúde mental é a base do modelo de intervenção que se preconiza para a capacitação inicial e contínua.

A saúde escolar, ao investir na saúde da comunidade educativa, pretende contribuir para ganhos em saúde. Por isso, numa perspetiva holística de intervenção da saúde na escola, advoga que nunca como hoje foi tão importante investir em literacia em saúde, capacitação, promoção da saúde mental e emocional, desenvolvimento sustentável e ambientes escolares seguros e saudáveis, promotores da saúde e do bem-estar de todos. Este é o núcleo central do novo paradigma de intervenção da saúde escolar. Esta mudança do paradigma obriga à promoção de projetos que melhorem as competências dos alunos

nas relações interpessoais e em saúde, na resolução de problemas comportamentais e na redução dos comportamentos de risco. A evidência científica sobre promoção da saúde na escola tem revelado resultados muito positivos nas intervenções dirigidas para a promoção da saúde mental e emocional. Pelo impacto que estas intervenções têm na saúde é crucial trabalhá-las ao longo do ciclo de vida escolar ”.

Este módulo de estágio foi para mim o início de um grande percurso profissional e pessoal na área da enfermagem de saúde mental.

A enfermagem é uma atividade em que a aptidão pessoal, a preparação teórica e prática e a formação específica em determinadas áreas, assume expoentes elevados, tecendo deste modo, contornos teórico-práticos rigorosos.

É uma profissão extremamente exigente, mas quando o intuito é ser útil aos outros preenche-me completamente: Promover a Saúde, Prevenir a Doença, Curar e Reabilitar são etapas que só com a constante intervenção dos enfermeiros, nomeadamente dos EESMP se melhor concretiza.

A conciliação da saúde física, mental e social são vistos pelas sociedades em crescente de importância, com o passar dos anos. Desta forma, a saúde mental é percecionada cada vez mais, como ponto fulcral do bem-estar dos indivíduos e da sociedade. Ainda aquém da plenitude deste entendimento vários são os esforços para que seja obtido a curto prazo.

O presente módulo incidiu essencialmente na promoção da saúde mental na comunidade, com especial ênfase a crianças e jovens em idade escolar, já que os programas de saúde mental implementados na UCC Assucena assentam nesta faixa etária. Permitiu-me ainda um conhecimento de abordagens de saúde mental em contexto domiciliário e contexto prisional, outrora por mim desconhecido.

No que reporta à Psicoeducação realizada sobre a forma de sessões de educação para a saúde com as temáticas de Sono e Ansiedade dirigidas aos reclusos e fundamentadas teoricamente no capítulo anterior, tiveram a presença dos reclusos institucionalizados no EP de Braga, do meu orientador de Estágio, da coordenadora da UCC Assucena e dos diversos órgãos do EP. Os planeamentos das intervenções encontram-se sobre a forma de anexos: (Anexo 2: Planeamento da intervenção terapêutica de educação para a saúde: “Higiene do Sono”) e (Anexo 3: planeamento da intervenção terapêutica de educação para a saúde: “Ansiedade”), bem como as apresentações também em anexos: (Anexo 4:

Apresentação “Higiene do Sono”) e (Anexo 5: Apresentação “Ansiedade”), e ainda a respetiva avaliação (Anexo 6: Avaliação das Intervenções Terapêuticas de Educação para a Saúde, Indicadores de Avaliação).

Estas intervenções decorreram sem intercorrências, com a participação dos reclusos, e foi sem dúvida, pertinente no contexto das necessidades identificadas para o público-alvo. Os reclusos demonstraram interesse nos temas e a adesão superou as expectativas esperadas; tiraram dúvidas relativas às temáticas abordadas e partilharam experiências.

Para a avaliação das intervenções terapêuticas, foi apenas utilizado o feedback demonstrado pelos reclusos, já que o baixo nível de escolaridade da grande maioria da amostra estava bem destacado e o grau de impulsividade dos mesmos não lhes permitiu fazer uma avaliação ponderada com um instrumento validado. Ainda assim a adesão e o interesse demonstrado nestas sessões foi uma constante no decorrer das mesmas.

Na minha ótica, a realização destas intervenções terapêuticas de educação para a saúde foram uma mais-valia para a população envolvida, promovendo desta forma, o aumento da literacia em saúde mental.

Para além do trabalho realizado no EP, pude desenvolver diversas atividades no presente módulo de estágio.

Por forma a dar cumprimento aos objetivos propostos, ingressei logo nos primeiros dias de estágio em projetos de saúde mental, na área da saúde escolar, a decorrer na UCC Assucena, com vista a aprofundar conhecimentos e técnicas na saúde mental.

Segundo a Comissão das Comunidades Europeias no seu Livro Verde, editado em 2005 com o título Melhorar a Saúde Mental da População, a promoção da saúde mental e a prevenção de doença mental abrangem as determinantes individuais, familiares, comunitárias e sociais da saúde mental, ao reforçarem os fatores protetores e ao diminuir os fatores de risco. As escolas e os locais de trabalho, onde as pessoas passam muito do seu tempo, são terrenos privilegiados de ação.

Uma das propostas de ação da Comissão é a de promover a saúde mental da população: saúde mental na infância e na adolescência, pois os primeiros anos de vida são fundamentais para um bom desenvolvimento psicológico; desenvolver as competências parentais contribuindo para um melhor desenvolvimento infantil.

É este o foco da saúde escolar da UCC Assucena, no que reporta à saúde mental.

Pude então assistir a formações organizadas pela UCC Assucena no âmbito PRESSE, que é promovido pela Administração Regional de Saúde do Norte, em que é reforçada e ressaltada a importância de as escolas serem promotoras da educação sexual em meio escolar.

As finalidades do PRESSE assentam no apoio na implementação da educação sexual nas escolas de forma estruturada e sustentada, atuando em conjunto com profissionais de saúde escolar e professores, e ainda no contributo para a diminuição de comportamentos de risco e para o aumento dos fatores de proteção relativos à sexualidade.

O PRESSE apoia pais, encarregados de educação e professores para a educação de uma sexualidade segura e aprazível. Visa o envolvimento de alunos, professores de primeiro, segundo, terceiro ciclos e ensino secundário, pais, encarregados de educação, pessoal não docente e comunidade em geral.

A elaboração, implementação, monitorização e avaliação do PRESSE é da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar, com formação e experiência em educação sexual.

A equipa de saúde escolar da UCC Assucena dirige a formação aos professores dos agrupamentos de escolas da área de abrangência, efetuada por enfermeiros certificados com formação PRESSE. Os formadores seguem um guião orientador e cadernos já existentes no sentido de direcionarem as formações de forma semelhante para a população abrangida.

Assisti ainda a reuniões do Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno. Este Gabinete está inserido no Programa Nacional de Saúde Escolar da UCC Assucena, e tem como objetivo a definição de critérios de referência, atuação e encaminhamento de jovens. Compete à equipa com formação na área da educação para a saúde e educação sexual da UCC Assucena, a implementação deste procedimento. A criança ou jovem deve estar matriculado numa escola de segundo ou terceiro ciclo do ensino básico ou secundário dos agrupamentos de escolas da área geográfica de abrangência da UCC Assucena.

O acesso ao Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno é livre e desburocratizado pelo que o jovem não necessita de estar referenciado para aceder ao mesmo. Ainda assim, um professor ou o diretor de turma pode sugerir ao aluno o seu atendimento, e encaminhá-lo

para o profissional de saúde de forma informal. Os jovens, com a sua livre e espontânea vontade, devem tirar as suas dúvidas sobre sexualidade.

Tive ainda a oportunidade de assistir e intervir no projeto “Escola Inclusa” num agrupamento de escolas abrangido pela UCC Assucena.

O projeto está integrado no programa de saúde escolar, criado com o objetivo de apoiar a integração de crianças com necessidades especiais nas escolas da área de abrangência da UCC Assucena, em prol da aceitação da diferença, da promoção de atitudes de respeito, de reconhecimento do valor e de mérito pessoal. A educação e a saúde, em parceria, devem contribuir para o processo de inclusão.

A referenciação de crianças com perturbações do desenvolvimento, deficiência ou doença crónica, pode ser feita pelo centro de saúde ou hospital, através do médico de família ou do enfermeiro de família, bem como de saúde infantil, assim como outro profissional de saúde, pelos pais, encarregados de educação ou pela escola.

Foi realizada escuta ativa, incentivada a comunicação expressiva de emoções e a mudança de comportamentos.

Finalmente, e relativamente aos programas de saúde escolar, assisti a uma sessão de educação para a saúde num agrupamento de escolas pertencente à UCC Assucena, integrada no projeto “Tu Decides.” É um programa dedicado à adolescência, focado na prevenção de dependências e comportamentos de risco no meio escolar, baseado na etapa crítica de vida para a experimentação e consumo de substâncias psicoativas e desenvolvimento de outras dependências.

Este programa pretende abranger toda a comunidade envolvente à dinâmica escolar: alunos (principal objeto do programa), professores, técnicos dos gabinetes de apoio, pais e encarregados de educação.

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, em Portugal é urgente desenvolver serviços e programas que permitam respostas de qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência a nível da prevenção e do tratamento de acordo com os seguintes objetivos DGS (2008, pg.15):

- Promover a saúde mental infantil e juvenil junto da população;

- Melhorar a prestação de cuidados favorecendo e implementando a articulação entre os serviços de saúde mental infanto-juvenil e outras estruturas ligadas à saúde, educação serviços sociais e direito de menores e famílias.

Ainda assim, o diagnóstico dos transtornos mentais em crianças e adolescentes tem sido um grande desafio na prática clínica, dada a heterogeneidade dos quadros clínicos e as peculiaridades diagnósticas.

As instituições educativas são importantes parceiros para o enquadramento das ações em prol da saúde e bem-estar mental nas crianças e adolescentes.

Idealmente, as intervenções em saúde escolar devem atender às necessidades particulares de cada comunidade e cobrir um vasto conjunto de problemáticas de saúde. Contudo, pretendo sublinhar a necessidade de valorizar uma das problemáticas menos exploradas: a da saúde mental. Fazê-lo é um investimento sério no desenvolvimento pessoal, familiar e social.

Por se achar pertinente, juntamente com um agrupamento de escolas abrangido pela UCC Assucena, realizou-se uma tertúlia subordinada à temática do suicídio, intitulada por “Uma vida, um sentido”.

Participei ativamente na organização do evento. Foram efetuados os convites (Anexo 18: Convite “Uma Vida, Um Sentido”) e o cartaz de divulgação (Anexo 19: Póster “Uma Vida, Um Sentido”). Foram ainda organizados os aspetos formais a ter em conta no Agrupamento dos Centros de Saúde em Braga com os órgãos de administração, e Câmara Municipal de Braga com os órgãos envolvidos na tertúlia. Finalmente delinearão-se estratégias e meios de divulgação da tertúlia.

O papel da escola e da família são essenciais ao desenvolvimento da criança e jovem, não devendo por isso ser descurado nem confundido.

“Muitos pesquisadores pensam que o suicídio é uma tentativa de obter atenção e não representa, necessariamente, um desejo real de morrer. Não importando a razão, trata-se de uma súplica por ajuda que deve ser reconhecida” Stuart e Laraia (2001, pg.418).

Ainda assim a observação de sintomas é essencial na prevenção do suicídio – deteta-se através do comportamento, e a escola é um lugar privilegiado para o alerta por os jovens passarem neste espaço físico grande parte do seu tempo, sendo necessário o estado de

alerta para tentativas, manifestações verbais de suicídio e comportamentos suspeitos por parte do jovem.

O antecedente pessoal de tentativa de suicídio é um risco elevado de suicídio consumado. O suicídio é sempre multideterminado, e o locus de controlo interno da pessoa faz a diferença na consumação do ato.

Estas ações de sensibilização, nomeadamente com os grandes nomes da saúde mental convidados, são momentos de grande aprendizagem e enriquecimento. São estes momentos que podem marcar a viragem da saúde mental, para que possa ser cada vez mais encarada como um problema global e do interesse de todos.

A tertúlia foi um espaço aberto a dúvidas, explicações e partilha de aprendizagem. A adesão foi enorme por parte de jovens, pais, professores e profissionais de saúde.

Os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas através de atos praticados, mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar junto com eles para conseguirem uma saúde melhor. A saúde comunitária assenta muito neste pressuposto.

Na minha ótica, promover a saúde mental da população não é fazer grandes investimentos em hospitais psiquiátricos e clínicas de reabilitação e tratamento. Promover a saúde mental é investir na prevenção da doença mental, a destacar as escolas, já que as crianças de hoje são os adultos de amanhã, encontrando-se a construir a sua identidade e personalidade; devem-se realizar atividades que as façam sentir bem, atividades como exercício físico, artes, música, evitando desta forma, o adoecer mental.

3.3 Competências Adquiridas no Módulo I: UCC Assucena

Nas componentes do meu desenvolvimento no Módulo I: promoção da saúde mental, com a realização de atividades de Psicoeducação nas sessões de educação para a saúde dirigidas aos reclusos do EP de Braga, de entre as várias competências adquiridas, as que maioritariamente se destacaram foram:

- Capacidade de coordenar e desenvolver programas de promoção e participação ativa através da educação para a cidadania e empoderamento das pessoas com doença mental;
- Planear e efetuar intervenções psicoeducativas adaptadas às capacidades e necessidades dos doentes, promovendo a motivação e alteração de

comportamentos, bem como promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental.

Com a organização da tertúlia subordinada à temática do suicídio, dirigida aos pais, alunos e professores do agrupamento de escolas Carlos Amarante:

- Capacidade para fomentar a evolução de competências de outros profissionais e integrar a organização de eventos e estudos científicos, mobilizando conhecimentos e recursos humanos e físicos;
- Competência para intervir na promoção da saúde mental e na diminuição do estigma, programando intervenções dirigidas e globais, adaptadas às necessidades de cada contexto (doente, família, comunidade, adolescente e adulto).

Com a realização das visitas domiciliárias em contexto de famílias desajustadas:

- Competências de desempenho na comunidade efetuando o diagnóstico de situações de crise, dificuldades de adaptação, e ajustamento aos processos de saúde-doença mental da pessoa e família; a gestão de casos que envolvam intervenções especializadas e a garantia da continuidade dos cuidados de enfermagem de saúde mental aos doentes mentais graves na comunidade.

4 Módulo II: Unidade São João de Deus, Casa de Saúde do Bom Jesus

4.1 Intervenção na Crise em fase da Doença Aguda

A CSBJ, fundada em 1932, é um dos doze centros da Província Portuguesa da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Trata-se de uma instituição particular de solidariedade social, que tem como missão:

- Defender a dignidade da pessoa assistida, respeitando e promovendo os seus direitos e deveres, articulando as várias fases: preventiva, curativa, reabilitadora e de reinserção social;
- Promover uma assistência integral nas suas dimensões social, psicológica, cultural, ética, relacional e espiritual a doentes psíquicos, idosos, deficientes, toxicodependentes e outros, segundo as necessidades dos tempos e lugares, em especial os mais pobres.

A CSBJ recebe doentes com patologia psiquiátrica, oriundos do Sistema Nacional de Saúde, reencaminhados principalmente pela Psiquiatria do Hospital de Braga, mas também doentes referenciados através de outros subsistemas públicos, privados e do Instituto da Droga e da Toxicoddependência.

É constituída por unidades de internamento, reabilitação, ocupação, apoio domiciliário e apoio com encaminhamento na área da saúde mental. As unidades de internamento são ainda distinguidas em unidades de Longo Internamento, como a Unidade Sagrado Coração de Jesus (Unidade 1), a Unidade S. Bento (Unidade 2), a Unidade S. José (Unidade 3) e a Unidade Nossa Senhora de Fátima (Unidade 4); e em unidades de Curto Internamento, como a Unidade S. João de Deus (Unidade 5) e a Unidade S. Luís (Unidade 6).

Os enfermeiros da CSBJ têm como funções prestar cuidados de enfermagem centrados nas doentes segundo o Modelo Assistencial e a Filosofia Hospitaleira. A aplicação deste modelo revela-se vantajosa uma vez que permite o estabelecimento de uma relação mais profunda entre o enfermeiro e as doentes, proporcionando maior segurança às mesmas. Sabendo que as doentes são da sua responsabilidade, o enfermeiro demonstra um maior empenhamento na qualidade e continuidade dos cuidados prestados.

A Unidade de S. João de Deus (Unidade 5) destina-se ao internamento de doentes do foro psiquiátrico do sexo feminino em situação de agudização da doença, em regime de curto internamento; Tem uma capacidade máxima de 68 doentes.

São fundamentais pessoas para cuidar de pessoas. No sentido de proporcionar às doentes uma assistência global de qualidade, personalizada e humanizada, a equipa da USJD conta com pessoas de formação diversa, nomeadamente: médicos, enfermeiros, assistentes operacionais de saúde, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, professor de ginástica; educador social (das 9 às 19 horas) e a irmã religiosa para assistência às doentes nas refeições.

4.2 Objetivos Propostos e Atividades Desenvolvidas

Os objetivos específicos propostos para a elaboração do Módulo II foram:

- Acompanhar doentes ao tratamento com Eletroconvulsivoterapia;
- Desenvolver competências no âmbito das técnicas de relaxamento com as doentes internadas no serviço;
- Planear e desenvolver técnicas de intervenção psicoterapêuticas individuais ou em grupo para a manutenção do bem-estar, qualidade de vida ou adaptação da doente com patologia mental.

A técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, bem como o planeamento e avaliação encontram-se neste relatório sobre a forma de anexo (Anexo 7: Guião e Planeamento da Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson).

A avaliação da ansiedade foi efetuada com uso do Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger, validado e adaptado à população portuguesa por Teresa McIntyre e Scott McIntyre (Anexo 8: Inventário de Ansiedade Traço Estado de Spielberger STAI Y1 e STAI Y2).

Foi aplicada a escala de avaliação da ansiedade traço, através do Inventário de Ansiedade de Spielberger – STAI Y2. Seguidamente foi aplicada a escala de avaliação da ansiedade estado, através do Inventário de Ansiedade de Spielberger – STAI Y1 antes e após cada intervenção.

Para o tratamento estatístico dos dados foi criada uma base de dados no programa Statistical Package of Social Sciences (SPSS).

Os resultados encontram-se sobre a forma de anexo (Anexo 9: Avaliação da Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson).

Para além das sessões de relaxamento muscular progressivo de Jacobson descritas no capítulo da fundamentação científica das intervenções realizadas, pude desenvolver diversas atividades no presente módulo de estágio.

Tive a oportunidade de acompanhar doentes ao tratamento com Eletroconvulsivoterapia (ECT).

A ECT surgiu na primeira metade do século XX, usada inicialmente no tratamento de esquizofrenias, passa depois a constituir, também, um tratamento para as depressões agudas e fases maníacas de doença bipolar. Baseia-se na indução de atividade convulsiva nos lobos bitemporais através da passagem de corrente elétrica pelo cérebro inibindo alguma atividade cerebral aberrante (Davison e Neale 2003).

Uma das grandes vantagens deste tratamento é que o alívio da sintomatologia pode ocorrer rapidamente, nomeadamente após a primeira sessão de tratamento. As desvantagens prendem-se, entre outras, pelo risco de perda de memória (Bear 2008).

O modo específico como a ECT funciona tem sido o tema de inúmeras pesquisas, mas o mecanismo preciso de ação ainda é desconhecido. Acredita-se que a corrente elétrica que passa pelo cérebro cause uma resposta bioquímica.

Apesar das perguntas sem obtenção de resposta acerca do mecanismo de acção, a ECT é um tratamento efetivo para muitos transtornos psiquiátricos e é segura quando administrada corretamente.

A ECT constitui um tratamento muito pavoroso para a maioria dos doentes, tendo os enfermeiros que garantir o suporte emocional que antecede, acompanha e segue este tratamento. Pude acompanhar as doentes desde a preparação psicológica para a intervenção, à intervenção propriamente dita e após o procedimento.

A intervenção psicoterapêutica de promoção da autoestima com recurso à reestruturação cognitivo-comportamental foi também abordada no capítulo da fundamentação científica das intervenções realizadas.

Para realizar a avaliação e reestruturação cognitivo comportamental, Stuart e Laraia sugerem a utilização de uma folha para registo estruturado do acontecimento preenchida em conjunto com o doente, através de uma entrevista estruturada (Anexo 10: Folha de Registo de Problemas).

Para apreciação da própria intervenção psicoterapêutica foi aplicada a folha de registo de problemas e a folha de registo de pensamentos disfuncionais (Anexo 11: Folha de Registo Diário de Pensamentos Disfuncionais).

Foi aplicado o questionário de “Inventário de Depressão de Beck”, no sentido de classificar o grau de depressão da doente (Anexo 12: Inventário de Depressão de Beck).

Foi ainda efetuada uma avaliação da autoestima (antes e após a intervenção), de acordo com a Escala de Autoestima de Rosemberg (Anexo 13: Escala de Autoestima de Rosemberg).

Foi efetuado o planeamento e a respetiva avaliação da intervenção (Anexo 14: Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica de Promoção da Autoestima com recurso à Reestruturação Cognitivo-Comportamental) e (Anexo 15: Avaliação da Intervenção Psicoterapêutica de Promoção da Autoestima com recurso à Reestruturação Cognitivo-Comportamental).

O balanço desta intervenção foi muito positivo, dado possibilitar-me a estruturação de uma intervenção psicoterapêutica individual, a procura de fundamentação teórica para a mesma e a aprendizagem estruturada sobre técnicas cognitivas.

A presente intervenção psicoterapêutica permitiu-me, para além de uma consolidação de conhecimentos e descoberta de novas técnicas terapêuticas, a consolidação de competências a nível de comunicação, consciência crítica e melhoria na interpretação dos problemas abordados.

Baseado no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (2015, pg. 5,6,7), foram desenvolvidos e ressaltados durante o módulo II os seguintes conceitos:

Pretendi sempre promover o empowerment dos doentes internados, definido como a capacidade para tomar decisões e exercer controlo sobre a vida pessoal e sobre a sua saúde. O Estigma ainda está muito relacionado com a doença mental; estigma é o processo pelo qual se identifica e rotula uma pessoa em virtude de uma característica não necessariamente visível. O estigma contra a pessoa portadora de doença mental pode envolver a representação dolorosa das pessoas como incompetentes, objetos de medo e desprezo. Na realidade uma pessoa altamente deprimida, não apresenta controlo sobre a sua vida, ao contrário do controlo que uma pessoa com uma doença física, como por exemplo com uma fratura óssea possa ter. A doença física é legitimada e validada, pelo contrário a doença

mental ainda é estigmatizada e os doentes tendem a perpetuar o sofrimento e incapacidade pela ausência de patologia orgânica demonstrável.

Ao longo do meu percurso de estágio tentei ao máximo a minimização do estigma na doença mental.

O conceito de Recovery também foi especialmente induzido nos doentes internados nesta unidade. Recovery define-se como um processo pessoal, de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos e funções; Recovery é uma forma de viver a vida com satisfação e esperança, quando as doentes aceitam ter uma doença mental.

Foram ensinadas aos doentes estratégias de COPING. Possuir estas estratégias, permite aos doentes estabelecer um controlo sobre a sua situação; é a globalidade de esforços comportamentais e cognitivos feitos pelas doentes para gerir situações, externas ou internas; é basicamente a sua capacidade de dar resposta aos seus problemas.

Foi incentivada a capacidade de RESILIÊNCIA, que se define como a capacidade dos doentes para promover resultados positivos como o bem-estar e a saúde mental, e ainda de proporcionar proteção contra fatores que possam colocar a vida em risco, e que tem como principal função de resistência à tensão.

4.3 Competências Adquiridas no Módulo II: USJD

Nas componentes do meu desenvolvimento no Módulo II: intervenção na crise, com a realização das sessões individuais de promoção da autoestima com recurso à reestruturação cognitivo-comportamental dirigidas a uma doente internada na USJD, de entre as várias competências adquiridas, as que maioritariamente se destacaram foram:

- Prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico ao doente, mobilizando o contexto e dinâmica individual, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde; fornecimento de orientações ao doente para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais;
- Capacidade de elaborar e implementar o plano de cuidados a desenvolver com o doente por forma a aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social, e ainda competências na implementação de intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais.

Com as diversas sessões de relaxamento dirigidas a um grupo de doentes internados na USJD:

- Capacidade de identificar, descrever e monitorizar os resultados clínicos individualizados para o doente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental;
- Competência para a implementação de atividades psicoterapêuticas e técnicas de intervenção na área da saúde mental nas diversas faixas etárias e nos diversos contextos de psiquiatria, que aumentam o “insight” dos doentes;
- Capacidade de execução de dinâmicas de grupo com objetivos terapêuticos, baseados em diagnósticos de enfermagem detetados, promovendo o processo terapêutico e a estimulação de capacidade e relaxamento dos doentes intervencionados.

5 Módulo III: Unidade de São Luís, Casa de Saúde do Bom Jesus

5.1 Intervenção de Enfermagem em Comportamentos Aditivos

A USL (Unidade 6) foi criada em 1992, destina-se ao internamento de doentes do foro psiquiátrico do sexo feminino e masculino, com problemas de consumo e adição de substâncias com necessidade de desabituação.

Apesar de a instituição ser de domínio privado, a CSBJ presta serviços ao estado. O internamento é direcionado para todos os doentes do Centro de Apoio a Toxicodependentes, atualmente denominado por Centro de Respostas Integradas com prevenção e tratamento em todos os distritos, a ainda direcionado para particulares com projeto terapêutico.

O objetivo da USL é a desabituação sem sofrimento físico e psicológico e ainda dar continuidade aos projetos das Equipas de Tratamento dos CRIS.

A desabituação incide em substâncias como: heroína, cocaína e benzodiazepinas; álcool como co morbilidade, metadona e buprenorfina como programas de substituição.

É uma das seis unidades da CSBJ em regime de curto internamento; tem uma capacidade máxima de 10 camas, mais um quarto de proteção, um quarto de urgência e um quarto de observação. Há casas de banho distribuídas pelos quartos, há ainda um gabinete médico, um gabinete e sala de trabalho de enfermagem, duas salas de convívio para os doentes, refeitório e copa.

O internamento é estabelecido de acordo com a delegação regional do Instituto da Droga e Toxicodependência. Este internamento é sempre programado e voluntário, será pelo período de 10 dias no máximo se a intenção é a desabituação de toxicodependentes; até 14 dias se é um doente em programa de substituição opiácea nomeadamente com cloridrato de metadona, e até 21 dias se o tratamento for de toxicodependente portador de doença mental.

No que reporta a recursos humanos, a USL dispõe de 8 enfermeiros, uma psicóloga, 3 psiquiatras, uma monitora de atividades ocupacionais, uma assistente social e 3 assistentes operacionais.

É comum a todos os doentes um período de sedação de 3 a 4 dias como prevenção do síndrome de privação, evitando deste modo o sofrimento e o abandono do tratamento.

5.2 Objetivos Propostos e Atividades Desenvolvidas

Os objetivos específicos propostos para a elaboração do Módulo III foram:

- Desenvolver competências no âmbito das técnicas de relaxamento com os doentes internados no serviço;
- Elaborar um estudo de caso relativo a um doente internado no serviço com problemas de adição;
- Elaborar com os doentes intervenções breves com recurso à entrevista motivacional, e à utilização do questionário AUDIT.

Para a elaboração do estudo de caso recorri à pesquisa bibliográfica, à informação obtida durante as aulas teóricas e orientação pedagógica, bem como à consulta do processo do doente e recolha de dados junto deste e dos enfermeiros da USL.

O Estudo de Caso está descrito neste relatório sobre a forma de anexo (Anexo 16: Estudo de Caso: Problemas de Adição).

A utilização da CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) constituiu um importante meio para a concretização do Plano de Cuidados apresentado em anexo (Anexo 17: Plano de Cuidados do Estudo de Caso: Problemas de Adição).

Os objetivos deste estudo de caso foram:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para cuidar do doente com problemas aditivos;
- Planear cuidados de enfermagem com o doente;
- Avaliar a necessidade de cuidados ao doente;
- Identificar necessidades, capacidades e limitações do doente;
- Avaliar os cuidados de enfermagem prestados;
- Formular um plano de cuidados segundo a linguagem da CIPE.

Para além do estudo de caso referente a problemas de adição, maioritariamente descrito no capítulo da fundamentação das intervenções realizadas, pude desenvolver diversas atividades no presente módulo de estágio.

Em seguimento do módulo de estágio anterior, e para diversificar e adquirir competências na realização de várias técnicas de relaxamento, pude realizar a Técnica de Relaxamento

com adaptação do Treino Autogénico de Shultz em quatro sessões a três doentes internados na USL com diagnóstico de alcoolismo crónico e alteração de comportamento, e com o diagnóstico de enfermagem de ansiedade presente.

O treino autogénico de Schultz teve origem na hipnose terapêutica e poderá ser efetuado autonomamente, após ensino e treino, ou com ajuda de um profissional (individualmente ou em grupo). Segundo Leal (2005) o princípio do método é de obter uma descontração a partir da própria concentração, através do abandono das representações e das sensações corporais.

O objetivo fundamental é a obtenção do relaxamento através da descontração muscular e da vasodilatação, com incidência no controlo respiratório e perceção do próprio ritmo cardíaco.

Segundo Leal (2005), a ansiedade pode ser combatida através de técnicas de relaxamento, que apesar de serem variadas, tem como objetivo a descontração psicofísica através de uma ação sobre o corpo nas suas vertentes tónica, muscular e visceral.

De uma forma geral, o relaxamento aumenta a vitalidade, o equilíbrio, a clareza da consciência, proporcionando maior controlo da dor, maior capacidade de auto-monitorização, maior tranquilidade na realização das tarefas quotidianas, melhora a capacidade de aprendizagem, diminui a agressividade, favorece o bem-estar emocional, melhora a capacidade de concentração e memorização, havendo um aumento da clareza e organização do pensamento (Dias, 2007).

Segundo Payne 2003, os sintomas fisiológicos que evidenciam existência de stress são o aumento do ritmo cardíaco, suores, aumento da taxa de coagulação sanguínea, aumento da ventilação, aumento do nível de glicose no sangue. Relativamente aos sintomas comportamentais pode incluir-se o aumento do consumo de álcool, aumento do consumo de tabaco, aumento do consumo de alimentos, aumento do consumo de medicamentos, aumento do consumo de drogas, perda ou excesso de apetite, inquietação, perda de interesse sexual, tendência para sofrer acidentes. O relaxamento funciona como complemento de ajuda médica, e não um substituto.

O relaxamento com adaptação do treino autogénico de Shultz surge na década de 30 na Alemanha e é elaborado a partir das manifestações psicofisiológicas da hipnose, ou seja o sono, sensação de peso e de calor. É uma das técnicas mais conhecidas de relaxamento, consistindo numa série de frases que induzem à auto-sugestão e proposição de bem-estar. A pessoa provoca alterações no seu estado tónico num processo de auto descontração; trabalha-se ao nível muscular, de respiração, indução de repouso e exercício de peso.

Foi preparada previamente a sala nas quatro sessões com luminosidade baixa e ambiente isento de ruídos externos, foram preparados os colchões individuais e providenciada uma música relaxante em todas as sessões realizadas. As mesmas tiveram a duração de trinta minutos e decorreram sem intercorrências.

Esta intervenção de relaxamento com adaptação do treino autogénico de Shultz decorreu com bastante adesão por parte dos doentes. Foram referidas sensações como: “diminuição do stress”, “relaxamento”, “momento de reflexão”.

A técnica de relaxamento com adaptação do treino autogénico de Shultz, bem como o planeamento e avaliação encontram-se neste relatório sobre a forma de anexo (Anexo 20: Guião e Planeamento da Técnica de Relaxamento com adaptação do Treino Autogénico de Shultz).

A avaliação da ansiedade foi efetuada com uso do Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger, validado e adaptado à população portuguesa por Teresa McIntyre e Scott McIntyre, que já se encontra em anexo, dado ser a mesma escala aplicada no módulo de estágio anterior.

Em seguimento do relaxamento realizado no anterior módulo de estágio, foi aplicada a escala de avaliação da ansiedade traço, através do Inventário de Ansiedade de Spielberger – STAI Y2. Seguidamente foi aplicada a escala de avaliação da ansiedade estado, através do Inventário de Ansiedade de Spielberger – STAI Y1 antes e após cada intervenção.

Para o tratamento estatístico dos dados foi criada uma base de dados no programa SPSS. Os resultados encontram-se sobre a forma de anexo (Anexo 21: Avaliação da Técnica de Relaxamento com adaptação do Treino Autogénico de Shultz).

Foram cumpridos os objetivos das sessões de relaxamento dirigida aos doentes, a destacar a sensibilização para a importância e os benefícios do relaxamento, alcançar o relaxamento através da descontração muscular e da vasodilatação com incidência no controlo

respiratório e percepção do próprio ritmo cardíaco, bem como todos os outros objetivos definidos no planeamento da atividade.

Destaco no relaxamento, o facto de ser uma metodologia na qual se procura ajudar o doente, observar os seus pensamentos e a desacelerá-los consoante a sua vontade, tornando-os mais leves, tranquilos e até suspensos por momentos e assim encontrar uma fonte de serenidade no seu quotidiano.

Não é uma sessão isolada que permite visualizar o evidente benefício para os doentes, mas o acumular de experiências é proporcionador de melhoras significativas e o treino é imperativo.

Relativamente aos dados estatísticos, conforme descritos na avaliação da atividade, foram satisfatórios e refletiram ganhos efetivos em saúde mental.

No final do último módulo de estágio, elaborei intervenções breves com recurso à entrevista motivacional, e à utilização do questionário AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) com um doente com diagnóstico de alcoolismo crónico internado na USL no período em que foi efetuada a intervenção.

A intervenção realizou-se em quatro sessões, cada uma com a duração de aproximadamente vinte minutos.

Em anexo encontra-se o planeamento da intervenção (Anexo 22: Planeamento das Intervenções Breves com recurso à Entrevista Motivacional e à utilização do Questionário AUDIT para Consumidor de Risco III), bem como o questionário AUDIT (Anexo 23: Questionário AUDIT).

O consumo de álcool e outras drogas está inserido no quotidiano de grande parte da população mundial. Tal realidade está associada a uma série de outras situações de risco à saúde e vem sendo observada em diferentes países, em todos os continentes.

De acordo com a OMS, 2010 cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.

O nosso país é um grande produtor de bebidas alcoólicas existindo um largo consumo de álcool, havendo uma ampla aceitação social apesar dos perigos inerentes, com dependência, sinistralidade rodoviária, violência doméstica, entre outros.

A OMS, 2010 determina que o alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, estendendo-se em vários planos, causando perturbações orgânicas e psíquicas, da vida familiar, profissional e social, com repercussões económicas, legais e morais.

O simples conceito de alcoolismo como doença, alvo de cuidados médicos é uma perspectiva que já está ultrapassada. Os problemas ligados à dependência alcoólica, se bem que extensos e graves, não representam senão uma pequena parte de todos os problemas ligados ao álcool.

Pela especificidade e complexidade dos problemas e da abordagem do doente alcoólico, a existência de serviços especializados é fundamental, bem como o aumento de técnicos com formação nesta área.

O problema maioritário inerente ao doente alcoólico são os sucessivos internamentos por recaída, o que leva muitas vezes a pensar no que falha, qual a razão que se esconde por trás de cada recaída.

Por não ser apenas uma ideia isolada, mas sim uma preocupação partilhada pela maioria dos elementos da equipa da USL, resolvi realizar um conjunto de intervenções breves alusivas ao doente alcoólico, com o objetivo de informar, esclarecer e evitar recaídas sucessivas.

As intervenções breves têm por objetivo a identificação de um problema relacionado com o álcool e motivar o indivíduo a tomar uma atitude, visando a sua resolução (Babor e Biddle, 2001). Os seus fundamentos teóricos baseiam-se na teoria comportamental e cognitivista.

Tevyaw e Monti, (2004) referem que as intervenções utilizam uma abordagem de redução dos danos para visar o consumo de bebidas perigoso e excessivo, *versus* uma abordagem baseada na abstinência que poderá ser indicada para casos de dependência do álcool. Estas são delineadas de acordo com as necessidades e problemas do indivíduo visado, o que por sua vez pode aumentar a necessidade de intervenção.

Vários estudos recentes têm utilizado intervenções de reforço motivacional após acontecimentos negativos relacionados com o álcool, e a sua aplicação após um acontecimento negativo pode aumentar a relevância do evento e o desejo de evitar tais acontecimentos no futuro (Barnett *et al.* 2002).

O objetivo fundamental de qualquer intervenção breve é reduzir o risco de danos proveniente do uso continuado de substâncias psicoativas ou, mais precisamente, reduzir as condições que favoreçam o desenvolvimento de problemas relacionados com o uso de substâncias. As metas são estabelecidas para cada indivíduo, a partir da identificação do seu padrão atual de consumo e riscos associados.

Furtado e Marques (2004) evidenciam que os elementos representados pelo acrónimo FRAMES são essenciais e devem estar presentes para caracterizar eficazmente a intervenção:

- **Feedback** permite através da comunicação fornecer ao indivíduo os resultados da sua avaliação, obtidos pela aplicação de um instrumento de rastreio, por exemplo, o AUDIT. O profissional de saúde informa-o do resultado da pontuação e esclarece-o sobre o nível de risco e as consequências de ultrapassar esse nível;
- **Responsability** que se refere à ênfase na autonomia do indivíduo e à sua responsabilidade nas decisões e compromisso com a mudança;
- **Advice** que corresponde às orientações e recomendações que o profissional deve transmitir fundamentadas no conhecimento empírico, devendo estas ser objetivas, diretas e desvinculadas de juízos de valor moral e social, e preservar a autonomia de decisão do indivíduo;
- **Menu** que consiste em fornecer ao indivíduo em catálogo de alternativas de ações, direcionadas à sua autoajuda ou a opções de tratamento que podem ser implementadas por ele;
- **Empathic** que se traduz pelo modo empático, solidário e compreensivo adotado pelo profissional de saúde;
- **Self-Efficacy** em que o profissional, deve promover a confiança do indivíduo nos seus recursos e no seu sucesso, e reforçar com otimismo direcionado a uma maior autoperceção deste na sua eficácia pessoal e na consecução de metas atingidas.

A Entrevista Motivacional assenta numa técnica simples e breve, que habitualmente é empregue na promoção de comportamentos saudáveis e na limitação de comportamentos nocivos ou prejudiciais para a saúde. Esta técnica foi primeiramente apresentada por Prochaska e Diclemente (1983), e tem como objetivo principal auxiliar os doentes a

diminuir a ambivalência no processo de mudança, sendo que as pessoas transitam de um estágio de mudança para outro, de acordo com o seu comportamento. A Entrevista Motivacional é uma técnica que ajuda o EESMP a identificar a fase em que o doente se encontra a nível da motivação para a resolução/manutenção de um problema, os valores e crenças de cada um e igualmente os recursos de que o doente dispõe, estabelecendo-se uma relação de associação entre a vontade do doente e a do enfermeiro.

A Entrevista Motivacional é uma abordagem criada para auxiliar o doente a reconhecer os seus problemas atuais e potencialidades quando há ambivalência em relação à mudança comportamental, e para estimular o comprometimento à realização dessa mudança. A motivação caracteriza-se por ser um processo dinâmico, devendo ser entendida como a capacidade do indivíduo se envolver e aderir a uma estratégia específica de mudança; não deve ser encarada como um traço de personalidade ou um aspeto estático de carácter do indivíduo, mas como um estado de prontidão ou vontade de mudança, que pode flutuar de um momento para o outro.

Esta motivação poderá ser identificada na Entrevista Motivacional de acordo com cinco estádios:

- Estádio 1: pré-contemplanção;
- Estádio 2: contemplanção;
- Estádio 3: preparação;
- Estádio 4: ação;
- Estádio 5: manutenção.

No Estádio 1 (pré-contemplanção), o doente com consumo de risco ou nocivo não considera a possibilidade de mudar os seus consumos e não tem consciência dos efeitos, e a intervenção breve com elementos a destacar é o *Feedback* dos resultados e informação sobre os riscos do consumo excessivo de álcool.

No Estádio 2 (contemplanção), o doente tem noção dos efeitos do álcool e está ambivalente sobre a mudança de hábitos, e a intervenção breve com elementos a destacar é o ênfase nos benefícios de mudança, informação sobre os efeitos do álcool e escolher uma meta a atingir com reforço positivo na capacidade.

No Estádio 3 (preparação), o doente está decidido a mudar de hábitos e planeia passar à ação, e a intervenção breve com elementos a destacar é analisar a escolha da meta e como atingi-la, com reforço positivo na capacidade.

No Estádio 4 (ação), o doente já começou a reduzir ou parou de beber, mas ainda não é constante a mudança, e a intervenção breve com elementos a destacar passam por avaliar o processo de mudança, situações difíceis e encorajamento.

No Estádio 5 (manutenção), o doente adquiriu hábitos diferentes de consumo ou está abstinente de uma forma constante, e a intervenção breve com elementos a destacar é o encorajamento.

Vários estudos têm demonstrado que com uma duração de cinco a dez minutos até trinta minutos e podendo decorrer entre duas a cinco sessões, a entrevista motivacional tem por finalidade modificar o comportamento de risco de um indivíduo, nomeadamente na redução dos seus níveis de consumo de álcool (Minto, 2007).

A recaída também pode acontecer, e ser mais um passo no sentido da mudança efetiva em que o doente beneficia da experiência anteriormente realizada.

O EESMP, ao seguir os princípios e técnicas da Entrevista Motivacional, centra a abordagem no doente e deixa-o conduzir o processo, evitando a confrontação. Avalia desta forma, em que fase o mesmo se situa no processo de mudança e ajusta a intervenção às suas necessidades e interesse.

Neste contexto, o EESMP deve:

- Aplicar um estilo empático demonstrado por técnicas de escuta reflexiva e uma postura de não julgamento, sem juízos de valor ou críticas, executando escuta reflexiva e aceitando a ambivalência;
- Desenvolver a discrepância, o que é conseguido questionando o doente em relação aos seus objetivos de vida, para analisar a disjunção entre as expectativas para o futuro e o estado atual. A discrepância entre o comportamento atual e os objetivos de vida significativos poderá motivar a mudança;
- Evitar a argumentação e não debater sobre as crenças, as perceções e comportamentos do doente. A confrontação não favorece a análise dos fatores motivacionais para o processo terapêutico. Argumentar é contra-producente, e a etiquetagem é desnecessária e muitas vezes prejudicial;
- Acompanhar a resistência para que o profissional e o doente não se aproximem de pontos de vista opostos, mas sejam colaboradores alinhados pelo lado do mesmo; este é o elemento central na procura de soluções para os problemas;

- Apoiar e reforçar a auto-eficácia com base no modelo da aprendizagem social, salientando que a crença na probabilidade da mudança é um aspeto motivador importante, e que o doente é o responsável pela sua escolha. É importante reforçar a confiança do doente e acreditar que ele é capaz de mudar, transmitindo um sentimento de esperança em relação às diferentes abordagens propostas.

Existem vários questionários breves que permitem identificar o consumo excessivo de álcool. Nestas intervenções optei pela utilização do AUDIT desenvolvido pela OMS, por se apresentar como um método simples e eficaz de identificação dos diferentes níveis de risco relativos ao consumo de álcool (consumo de risco, nocivo e dependência). Foi validado em vários países e validado em Portugal por Roque da Cunha (Gomes, 2004). Este questionário divide-se em dez questões. As primeiras três questões avaliam a quantidade e a frequência do consumo regular e ocasional de álcool. As três questões seguintes centram-se na ocorrência de possíveis sintomas de dependência, e as quatro últimas perguntas incidem sobre problemas recentes e passados, associados ao álcool (Babor *et al*, 2001).

O AUDIT tem sido amplamente utilizado, nacional e internacionalmente, sendo descrito como um instrumento de avaliação que ajuda os profissionais de saúde a identificar níveis variados de consumo, desde o de risco, o nocivo e ainda a dependência, de uma forma rápida e simplificada, o que previne riscos e danos na saúde (Gomes, 2004).

Os resultados refletirão os níveis de risco relacionados com o consumo de álcool. Os quatro níveis de risco que o score do questionário AUDIT apresenta, permitem uma intervenção adequada em cada um deles.

A intervenção deverá ser desenvolvida de acordo com o resultado do AUDIT:

- Score 0: Abstinentes;
- Score 1-7 (Zona I): Bebedores de baixo risco ou moderado;
- Score 8-19 (Zona II e III): Bebedores de risco (8-15) e Bebedores nocivos (16-19);
- Score 20-40 (Zona IV): Dependência

A intervenção desenvolvida dependeu do nível em que o doente se situou. De acordo com a presente situação problema, a atuação centrou-se na zona de risco III (Resultado de Score de AUDIT 17: Consumo nocivo).

A estrutura para o aconselhamento breve neste caso incluiu o fornecimento de aconselhamento breve baseado no acrónimo FRAMES (acima referido), e ainda foi

avaliado e adequado o aconselhamento em função do estágio de mudança em que o doente se encontrou (Estádio 2: contemplação).

O doente apresentou-se entusiasmado sessão após sessão, e apresentou-se no final motivado para manter a abstinência.

A motivação foi também prioritariamente abordada neste módulo de estágio. Para o EESMP deve existir um reconhecimento inicial da possibilidade de ajudar, aquando o estabelecimento de uma relação terapêutica, no sentido de avaliar as necessidades do doente e a sua vontade em lidar com estilos de vida que o possam prejudicar.

O reconhecimento dessa motivação poderá ser fundamental para a construção de uma aliança terapêutica sólida e estruturada, tanto da parte do doente ajudado como da parte do enfermeiro, ou de qualquer outro profissional de saúde.

Enquanto futura EESMP não posso deixar de enfatizar a importância atribuída às intervenções de enfermagem consubstanciadas nas competências do EESMP em contexto de comportamentos aditivos. Esta importância advém do facto de acreditar que através da sua aplicação, dependerá a qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente, por forma a maximizar o potencial do mesmo, a minimizar complicações devido aos comportamentos aditivos e a aumentar a visibilidade destes cuidados.

Atendendo ao facto de existirem múltiplos fatores que contribuem para o desenvolvimento dos problemas relacionados com o álcool, torna-se imperativo implementar e integrar as intervenções relacionadas com o consumo excessivo (risco e nocivo) de álcool. Neste âmbito, as intervenções breves foram por mim consideradas uma estratégia eficaz ao nível dos cuidados ao doente alcoólico.

Os meus objetivos com esta intervenção foram realizados, com o meu contributo para a melhoria da qualidade de vida do dependente alcoólico durante a abstinência.

5.3 Competências Adquiridas no Módulo III: USL

Nas componentes do meu desenvolvimento no Módulo III: problemas de adição, com a realização do estudo de caso dirigido a um doente internado na USL, de entre as várias competências adquiridas, as que maioritariamente se destacaram foram:

- Capacidade em executar uma avaliação das capacidades internas do doente e recursos externos no sentido de manter ou recuperar a saúde mental;

- Identificar os problemas e necessidades específicos do doente; implementar estratégias de empoderamento que permitam ao doente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção de modo a minimizar ou reduzir o risco de perturbação mental;
- Elaboração e implementação do plano de cuidados, dirigido ao doente em estudo.

As competências adquiridas com as sessões de intervenção psicoterapêutica de relaxamento estão descritas no capítulo anterior.

6 Competências Adquiridas como Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Segundo o REPE (1998, pg.3), “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”.

É essencial que os enfermeiros possuam competências específicas em determinadas áreas, para que se possam tornar visíveis e indispensáveis aos cuidados de qualidade especializados em enfermagem. Neste sentido, o EESMP possui competências específicas da área da saúde mental, que apesar de funcionalmente semelhantes às outras áreas, e não obstante serem significativas e indispensáveis, são ainda pouco reconhecidas e valorizadas. O regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2010, pg.4), realizado pela Ordem dos Enfermeiros, oficializa e define as competências com o contributo de contrariar a sua subvalorização, apresentadas seguidamente:

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

Segundo Fernandes, 2006, o termo competência pode ser definido como um conhecimento, skills, habilidade ou característica associada a uma performance no trabalho, demonstrada pela resolução de problemas, pensamento crítico e analítico, capacidade de liderança, podendo incluir motivação, crenças e valores.

No que reporta às competências adquiridas ao longo do percurso de estágio, é de salientar que houve reforço de algumas e houve ainda o adquirir de novas, tudo isto aliado à exaustiva pesquisa bibliográfica que me permitiu enriquecer a nível pessoal e profissional, adquirindo desta forma uma resposta crítica de bom nível aumentando a autoconfiança e demonstrando um Saber-Fazer digno de EESMP.

Relativamente às competências adquiridas no decorrer dos três módulos de estágio, o percurso de aprendizagem iniciou na escola com todo o enquadramento e suporte teórico necessários, com recurso a pesquisa bibliográfica e revisão da literatura. Teve ainda especial relevância a minha disponibilidade mental para aprender e intervir de acordo com as minhas capacidades em todos os momentos de pesquisa e na abordagem ao doente mental.

As competências não se adquirem isoladamente nos diferentes contextos, elas estão interligadas no somatório total do percurso de estágio. O crescimento como EESMP pretende-se que seja sempre alinhado de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde mental propostos pela Ordem dos Enfermeiros. Foi nesse fio condutor que realizei o meu percurso académico, valorizando sempre a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica e a redução do estigma com a promoção da inclusão social.

O meu desenvolvimento como EESMP foi notório ao longo dos três módulos de estágio, senti evolução no desenvolvimento de competências diariamente com o decorrer do planeamento das intervenções, das atividades efetuadas e da melhoria no processo de comunicação com o doente mental e família.

Relato então as restantes competências adquiridas, transversais a todos os módulos de estágio, que considero serem imprescindíveis para o meu futuro enquanto EESMP:

- Capacidade para avaliar o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do doente, com ênfase na funcionalidade e autonomia;
- Aptidão para estabelecer relação de ajuda formal e informal com os doentes e família em situações de agudização ou cronicidade da doença mental, utilizando-as no desenvolvimento construtivo do processo terapêutico;
- Autonomia no processo de desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas na área da saúde mental, mobilizando recursos humanos, técnicos e científicos disponíveis;
- Conhecimento de comunicação terapêutica e assertiva e habilidades para a sua aplicabilidade, para que o doente durante o processo terapêutico viva experiências gratificantes, quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais;
- Capacidade de aprendizagem, abertura à mudança, flexibilidade, sentido de qualidade/excelência, gestão de informação e conhecimentos;
- Capacidade de identificar emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais que podem interferir na relação terapêutica com a pessoa.

7 Notas Conclusivas

Os momentos mais gratificantes do meu percurso acadêmico foram aqueles que me fizeram acreditar que apesar de todos os sacrifícios e obstáculos, foi possível ultrapassá-los por serem reconhecidos como incentivos, permitindo-me crescer e enriquecer como pessoa e como profissional.

O facto de ter conseguido concretizar este percurso formativo, significa alcançar um desejo, pois tive que lutar constantemente contra o tempo, por um lado devido às minhas obrigações profissionais, por outro lado por cumprir com o horário de estágio.

Acredito que só o EESMP possui competências indispensáveis para valorizar a utilidade das pequenas coisas para a saúde das pessoas, pois só ele através da sua “lente” de EESMP consegue “ver” muito mais do que simplesmente o estado físico, ele “vê” os sentimentos e emoções, o pensamento, o sofrimento; mas para isso é necessário compreender a pessoa, aceitá-la incondicionalmente sem fazer juízos de valor.

Aprendi essencialmente que o EESMP não tem pressa em dar respostas mas tenta compreender, respeitar o silêncio, escutar ativamente e deixar que a pessoa expresse os seus sentimentos e emoções.

Também no decorrer dos três módulos de estágio consolidei o sentimento que durante o percurso acadêmico me foi sendo transmitido, de que tenho o dever como futura EESMP, de ser capaz de me transformar em agente de mudança, de ser capaz de melhor compreender a sociedade numa perspetiva bio-psico-social e cultural, e de agir sobre as estruturas onde desempenho funções, modificando-as e tomando consciência do meu poder como agente atuante, e de me desenvolver como profissional autónomo que compreendo o ambiente que me rodeia e influencia, num “jogo” relativo entre aquilo que a sociedade espera e os meus próprios objetivos e competências.

O meu desempenho foi positivo, pois acredito ter adquirido um “olhar” especializado sobre a fase do ciclo vital em que a pessoa se encontra, reconhecendo sinais de agudização da doença, podendo precocemente ajudá-la a procurar estratégias eficazes para recuperar o seu equilíbrio.

Com a realização deste relatório, considero que todas as experiências que advieram da minha presença nos diferentes campos de ação, durante a evolução dos módulos de estágio, foram essenciais para visualizar a importância da ESMP na sociedade moderna, e que ainda existe muito a realizar neste âmbito. Considero com a evolução do meu percurso na área da saúde mental, ter contribuído para este trabalho, de forma segura e construtiva. As experiências no contexto de estágio foram elaboradas e desenvolvidas de forma crescente, e, acima de tudo, de forma sustentada.

Sei igualmente que adquiri outro tipo de conhecimento, competências e experiências, tanto a nível da relação, da profissão e especialização, como da assertividade, e estes são fundamentais para uma melhor Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

8 Referências Bibliográficas

- BABOR, Thomas F; HIGGINS Biddle e BRIEF John C 2001. **Intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care**. 2ª Edição. Who: Geneva
- BARBOSA, Laura Monte Serrat 2003. **O projeto de trabalho: Uma forma de atuação psicopedagógica**. Curitiba
- BEAR, Mark F. 2008. **Neurociências: desvendando o sistema nervoso**. 3ª Edição. Artmed: Porto Alegre
- BENNER, Patrícia 2001. **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Edição Comemorativa. Quarteto Editora: Coimbra
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS 2005. **Livro Verde – Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a união europeia**. Bruxelas
- DAVIDSON, Gerald C., NEALE, John M. 2003. **Psicologia do Comportamento Especial**. 8ª Edição. LTC: Rio de Janeiro
- DIAS, M. I. 2007. **O treino de relaxamento como potenciador de sucesso educativo em jovens do 3.º ciclo**. Dissertação de mestrado. Coimbra
- Direção Geral de Saúde 2014. **Programa Nacional de Saúde Escolar**. Lisboa
- FERNANDES, B. H. R. 2006. **Competências e Desempenho Organizacional**. Saraiva: São Paulo
- FURTADO, Erikson F., MARQUES, Ana C. P. R. 2004. **Intervenções Breves para problemas relacionados ao Álcool**. Revista Brasileira de Psiquiatria. 26, Suplemento I
- GABBARD, Glen O. 2009. **Tratamento dos transtornos psiquiátricos**. 4.ª Edição. Artmed: Porto Alegre
- GOMES, Maria Pires R.G. 2004. **Papel do médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos cuidados de saúde primários**. Revista portuguesa de clínica geral. Janeiro/Fevereiro

- GONÇALVES, Óscar 2006. **Terapias cognitivas: teoria e prática**. Afrontamento: Porto
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2011. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2** (Ordem dos Enfermeiros, trad.). Lusodidacta: Santa Maria da Feira
- KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamim J.e SADOCK, Virgínia Alcott 2007. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9.^a Edição, Artmed: Porto Alegre
- McINTYRE, T. M. (1995). Inventário de Comportamento Interpessoal ICI: Provas Psicológicas em Portugal. I. Apport
- MINTO, Elaine Cristina et al 2007. **Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária**. Epidemiol. Serviços de Saúde. Julho-Setembro
- MONIZ, José Manuel Nunes 2003. **A enfermagem e a pessoa idosa**. Lusociência: Loures
- ORDEM DOS ENFERMEIROS 2010. **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental**. 20 de Novembro
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE 2010. **Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options: summary report/ a report f the World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijimegen and Maastricht**
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE 2010. **MI-Gap Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. WHO-World Health Organization
- PAYNE, Rosemary A. 2003. **Técnicas de Relaxamento, um guia prático para profissionais de saúde**. Lusociência: Loures
- PEPLAU, H. E. 1988. **Interpersonal relations in Nursing: a conceptual frame of references for psychodynamic nursing**. MacMillan Educacion: Kingdon
- PORTUGAL, Ministério da Saúde 2008. **PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2007-2016 – Resumo Executivo**. Coordenação Nacional para a Saúde Mental ISBN 978-989-95146-6-9: Lisboa

- PROCHASKA, Jo e Diclemente, CC. 1983. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**
- STUART, G. e LARAIA, M. 2001. **Enfermagem Psiquiátrica, Princípios e Prática**. 6.^a Edição. Artmed Editora: Porto Alegre
- SERRA, A. V. 1999. **O stress na vida de todos os dias**. Gráfica de Coimbra: Coimbra
- SILVA, Abel Paiva 2007. **“Enfermagem Avançada”**: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Revista Servir 55: Janeiro-Abril
- TEVYAW, T. O. e MONTI, P. M. 2004. **Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations**. In: Addiction Volume 99
- TOWNSEND, Mary C. 2009. **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência**. 6.^a Edição. (Sílvia Costa Rodrigues, trad.). Lusociência: Loures.

Legislação

- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DOS ENFERMEIROS - Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril de 1998. Diário da república - I Série-A. 93
- REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS – Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro de 1996. Diário da república - I Série-A. 205
- REGULAMENTO DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL 25 de Junho. Diário da República, 2.^a Série, n.º 122/2015.

Anexos

Anexo 1
Projeto de Estágio

**Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde–Porto**

***Mestrado em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica***



**CATÓLICA
PORTO**
CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROJETO DE ESTÁGIO Em Busca da Saúde Mental Ideal

Dina Lopes

Porto, Janeiro de 2016

**Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde–Porto**

***Mestrado em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica***



PROJETO DE ESTÁGIO Em Busca da Saúde Mental Ideal

Dina Lopes

Número: 361614001

Porto, Janeiro de 2016



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

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Em busca da Saúde Mental Ideal

Projeto de Estágio

Aluno: Dina Patrícia Florindo Fernandes Lopes

Sob orientação de: Luís Octávio de Sá

Porto, Janeiro de 2016

Índice

1- Introdução.....	1
2 - Planeamento	3
2.1 - Objetivos Gerais.....	5
2.2 - Objetivos Específicos.....	6
3 - Conclusão.....	8
4 - Bibliografia.....	9

“O projeto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma “ideia”, é o futuro a “fazer”, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato”

Barbier 1993

Introdução

A elaboração do Projeto de estágio insere-se no âmbito da unidade Curricular: Estágio na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP) do Curso de Mestrado Profissional da Universidade Católica Portuguesa (UCP), através do Instituto de Ciências da Saúde - Porto.

A palavra projeto deriva do latim *projectu*, que significa “lançado”, “lançado para a frente”. Trabalho por projeto, segundo Thinés (1984) “*é um método de trabalho que requer a participação de cada membro de um grupo, segundo as suas capacidades, com o objetivo de realizar um trabalho conjunto, decidido, planificado e organizado de comum acordo. É orientado para a resolução de problemas e estes deverão ser pertinentes para quem procura resolvê-los e devem constituir uma ocasião para novas aprendizagens e ter uma ligação à sociedade, devem ainda ser realizáveis com o tempo, e as pessoas e os recursos devem estar disponíveis ou acessíveis. Trata-se pois de uma aprendizagem ativa e direcionada que permite ao aluno pesquisar e investigar*”.

Um projeto caracteriza-se por um conjunto de diretrizes e estratégias que expressam um produto final previamente definido cujo resultado deve ser identificável, observável e mensurável. Assim, a existência de um projeto representa um instrumento de avaliação e orientação de todo o trabalho que se desenvolverá nos três módulos de estágio.

A Enfermagem é, por natureza, uma atividade em que a aptidão pessoal, a preparação teórica e prática, a formação específica em determinadas áreas, adota expoentes elevados. Ultrapassado o período em que a primeira destas componentes era entendida como a única exigida, a profissão assume contornos teórico-práticos extremamente rigorosos.

Promover a saúde, prevenir a doença, curar e reabilitar são etapas que só com a constante intervenção dos enfermeiros, nomeadamente dos enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria se melhor concretiza. O desafio entre a especificidade da Saúde Mental e Psiquiatria e a sua total abrangência de áreas de intervenção, constitui para mim o propósito da realização desta especialidade.

A Saúde Mental e Psiquiátrica tem um longo trajeto histórico, marcado por avanços e retrocessos no que respeita à dignidade atribuída ao doente mental. Desde a antiguidade até aos nossos dias, o doente mental foi tido como “louco”, “possuído por demónios”, queimado, acorrentado, até chegar à, ainda insuficiente, compreensão da sua condição.

A conciliação da saúde física, mental e social são vistos pelas sociedades em crescente importância, com o passar dos anos. Desta forma, a saúde mental é percecionada, cada vez mais, como ponto fulcral do bem-estar dos indivíduos e sociedade. Ainda aquém da plenitude deste entendimento, vários são os esforços para que seja obtido a curto prazo.

Para a melhor concretização dos estágios, preconiza-se a elaboração de um projeto visando o desenvolvimento de capacidades de planificação e auto-orientação, ao mesmo tempo que traça o fio condutor das actividades a experienciar.

Assim, a realização deste projeto tem como finalidade:

- Definir objetivos de forma a orientar o processo de aprendizagem durante o estágio;
- Servir de guia orientador pessoal;
- Dar a conhecer aos orientadores de estágio, os objetivos propostos e atividades para os mesmos.

Tendo em conta o Guia de Estágio onde são definidos os objetivos, pretendo delinear um conjunto de objetivos gerais, específicos e atividades que vão ao encontro das minhas expectativas, das necessidades de desenvolvimento, de forma a adquirir competências que me permitam a prestação de cuidados especializados ao indivíduo, família e comunidade.

Estruturalmente, este trabalho, para além da introdução, planeamento, conclusão e bibliografia, contém descritos os objetivos específicos e um esboço das atividades a realizar para a concretização desses mesmos objetivos.

A metodologia utilizada na elaboração deste trabalho foi o método exploratório descritivo, através da pesquisa bibliográfica e orientação pedagógica.

Planeamento

A elaboração do presente projeto surge de acordo com o plano de estudos do 2º Semestre do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa - Porto, no ano letivo de 2014/2015. De acordo com o regulamento, a Unidade Curricular Estágio tem 30 ECTS aos quais correspondem um total de 750h de trabalho, das quais 540h são de contato, sendo as restantes para trabalho individual, e está dividido em 3 Módulos, cada um dos quais com 10 ECTS, ou seja, 180h de contato, a realizar entre 27 de Abril de 2015 e 20 de Janeiro de 2016.

Os três módulos de Estágio vão ser tutorados por Enfermeiros com a Especialidade na área de Saúde Mental e Psiquiátrica e coordenados pelo Professor Luís Sá. Encontram-se então divididos em três Módulos:

- **Módulo I** – Promoção de estilos de vida saudável, Diagnóstico e Prevenção;

Será realizado na UCC Assucena Lopes Teixeira, a iniciar em 27-04-2015 e a terminar a 20-06-2015.

- **Módulo II** – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos;

Será realizado na CSBJ, Unidade São João de Deus, a iniciar em 14-09-2015 e a terminar em 07-11-2015.

- **Módulo III** – Estágio de Opção – Comportamentos Aditivos;

Será realizado na CSBJ, Unidade de São Luís, a iniciar em 09-11-2015 e a terminar em 20-01-2016.

A escolha dos locais de estágio supracitados são uma mais-valia para o meu percurso académico e profissional.

Os cuidados de saúde primários, a incidir na promoção de saúde mental, vão-me providenciar uma perspectiva nova e enriquecedora do que é trabalhado nesta área de actuação, já que a UCC em causa tem projectos de saúde escolar a decorrer, o que vai ser uma altamente enriquecedor para o meu percurso.

O estágio em unidade de agudos complementa o meu quotidiano da unidade de agudos aonde exerço funções, adquirindo assim novas realidades e formas de trabalhar.

O estágio de opção em Problemáticas Aditivas é muito pertinente para o meu cotidiano, dada a prevalência de doentes internados com comportamentos aditivos no meu local de trabalho, tornando, desta forma, esta temática mais aprofundada.

O planeamento requer que se pense no futuro e dele fazem parte várias etapas interdependentes, as quais no seu conjunto possibilitam à pessoa atingir os objetivos a que se propõe. Pode-se ainda considerar planeamento como a previsão metódica de uma ação a ser desencadeada e racionalização dos meios para atingir os fins.

Planeamento é um processo contínuo que se preocupa com o para onde ir e quais as maneiras adequadas para lá chegar, tendo em vista a situação presente e possibilidades futuras. Prepara um conjunto de decisões para ação posterior e consecução dos objetivos propostos.

Segundo o Dicionário de Psicologia, objetivo é *“num sentido pouco rigoroso, mas fiel ao emprego comum do termo, qualquer pesquisa de efeitos, explicitada ou não previamente pelos actores, cuja procura é suposto dar um sentido a uma atividade educativa. O termo é, com frequência, equivalente a finalidade.”*

O planeamento das atividades será feito com base nos objetivos que pretendo atingir.

Objetivos Gerais

Objetivos de Enfermagem, segundo Carpenito (1997, pp.4) são “*enunciados que descrevem ações mensuráveis que demonstram a responsabilidade profissional do enfermeiro pela situação*”.

A sua formulação deriva de uma necessidade detetada, ou seja, de um problema. São estabelecidos a curto prazo e englobam um limite temporal, isto é, a previsão de um momento ou de uma data para a sua consecução e avaliação, devendo ser definidos de forma clara e precisa, sendo pertinente, lógico, razoável, observável e sobretudo mensurável.

Os objetivos propostos são:

Objectivo Geral 1:

Dinamizar actividades que envolvam a participação da comunidade e a mobilização de recursos existentes.

Objectivo Geral 2:

Prestar cuidados de enfermagem especializados baseados na evidência, no âmbito da saúde mental e psiquiátrica ao indivíduo e família.

Objectivo Geral 3:

Descrever a estrutura física inerente aos locais de Estágio, os contextos, a missão, os valores e os recursos humanos.

Objetivos Específicos e Atividades

Os objetivos específicos são partes de um todo, parcelares, avaliam comportamentos, contribuindo para que o objetivo geral seja atingido. Devem ser pertinentes e sobretudo descrever o comportamento desejado (conhecimentos acerca do assunto); descrever o produto de aprendizagem; não devem enumerar o conteúdo programático e devem incluir um único resultado de aprendizagem.

As vantagens dos objetivos específicos prendem-se logicamente, com a sua maior clarificação e precisão, facilitando a comunicação entre os interessados no processo de ensino, a planificação deste e a avaliação da aprendizagem, permitindo uma melhor individualização do ensino, ao explicar níveis de competência demonstrados por cada profissional.

Com vista a atingir os objetivos gerais, preconizo os seguintes objetivos específicos e respetivas atividades planeadas para a sua concretização.

Objetivos Específicos (Estágio de Promoção de Saúde Mental):

- Identificar necessidades de temáticas relevantes para a realização de duas sessões de educação para a saúde no campo de estágio, visando a contribuição e manutenção dos cuidados de enfermagem;
- Ingressar em projectos de saúde mental, na área da saúde escolar, a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade Assucena Lopes Teixeira, com vista a aprofundar conhecimentos e técnicas na saúde mental;
- Participar activamente na organização de uma tertúlia subordinada à temática do suicídio.

Atividades planeadas:

- Efetuar pesquisa bibliográfica cm revisão da literatura para a documentação e preparação das sessões de educação para a saúde;
- Realizar reuniões formais e informais com a comissão de honra proposta para a tertúlia relativa ao suicídio;
- Refletir sobre a prática de forma crítica;
- Consultar o Programa Nacional de Saúde Escolar para consolidação de conhecimentos sobre estratégias para a melhoria da educação e da saúde nos projetos de saúde escolar a decorrer na UCC Assucena.

Objetivos Específicos (Estágio de Intervenção na Crise):

- Acompanhar doentes ao tratamento com eletroconvulsivoterapia;

- Desenvolver competências no âmbito das técnicas de relaxamento com as doentes internadas no serviço;
- Planear e desenvolver técnicas de intervenção psicoterapêuticas individuais ou em grupo para a manutenção do bem-estar, qualidade de vida ou adaptação da doente com patologia mental.

Atividades planeadas:

- Intervir com a doente antes, durante e após o tratamento por eletroconvulsivoterapia;
- Efetuar uma pré-avaliação das doentes que possam obter maior benefício com intervenções psicoterapêuticas específicas;
- Aperfeiçoar continuamente a minha intervenção, tendo por base a reflexão e aplicação dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos no decorrer do mestrado profissional;
- Planear técnicas de relaxamento, proceder à execução e avaliação das mesmas.

Objetivos Específicos (Estágio de Opção – Comportamentos Aditivos):

- Desenvolver competências no âmbito das técnicas de relaxamento com os doentes internados no serviço;
- Elaborar um estudo de caso relativo a um doente internado no serviço com problemas de adição;
- Elaborar com os doentes intervenções breves com recurso à entrevista motivacional, e à utilização do questionário AUDIT.

Atividades planeadas:

- Planear técnicas de relaxamento com recurso ao Treino Autogénico de Shultz, proceder à execução e avaliação das mesmas;
- Realizar pesquisa bibliográfica de acordo com as dificuldades sentidas relativas à temática de adições;
- Motivar os doentes a expressarem os seus sentimentos e a modificarem comportamentos, providenciando aconselhamentos oportunos;
- Realizar medidas de intervenção com vista à redução de riscos/minimização de danos.

Conclusão

A realização do projeto individual é um momento privilegiado no ensino clínico, dado permitir realizar um caminho orientador e um ponto de partida para a prática futura, através da organização e sistematização dos objetivos e atividades a desenvolver.

Estou consciente que continuarei a desenvolver competências no Saber Ser, Saber Estar e Saber Fazer, de forma a melhorar o meu desempenho como prestadora de cuidados.

Estes estágios, bem como a elaboração do projeto, são por excelência, tempos para desenvolver e mobilizar as competências técnicas, científicas, relacionais, crítico-reflexivas e pessoais. Julgo ser esta, uma das formas mais capazes de me fazer melhorar, cimentar e interiorizar toda uma vasta gama de saberes académicos, conduzindo ao desenvolvimento de todas as componentes profissionais e pessoais.

A realização deste Projeto de Estágio contribuiu para enriquecer os meus conhecimentos, desenvolver capacidades para fazer diagnósticos de necessidades e realização de algumas atividades a que me proponho ao longo do estágio.

No entanto, é importante referir que este planeamento não é rígido nem fechado, sendo pelo contrário dinâmico, aberto a críticas, flexível a sugestões, e até mesmo passível de ser repensado e reformulado, caso se verifique essa necessidade para melhor alcançar os objetivos pré-definidos.

Ao longo dos estágios, vou encarar todos os obstáculos com que me possa deparar, como um incentivo na procura de melhorar competências, com o intuito de poder desempenhar eficazmente a minha missão profissional e social.

Bibliografia

PORTO, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (2014) – **Guia de Estágio**, Porto;

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1998 – Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro;

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, 2010 – 20 de Novembro.

Anexo 2

Planeamento da Intervenção Terapêutica de Educação para a
Saúde “Higiene do Sono”

Intervenção Terapêutica de Educação para a Saúde: Higiene do Sono

Contexto: Unidade Curricular (UC) Estágio do Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MEEESMP)

Destinatários: Reclusos do Estabelecimento Prisional (EP) de Braga

Data: 29 de Maio de 2015

Tempo: Vinte minutos de exposição do tema mais dez minutos de debate/discussão

Recursos Necessários: Sala, cadeiras, computador, retroprojektor

Objetivo Geral: Educar para uma boa higiene do sono

Objetivos Específicos:

- Definir o conceito de sono e as suas diferentes fases
- Informar sobre as consequências da privação do sono
- Informar e diferenciar as alterações de sono
- Apresentar as medidas fundamentais para uma boa noite de sono
- Promover relação terapêutica entre enfermeiro - recluso

Guião da Intervenção:

- Providenciar os recursos necessários supra-citados
- Proceder à apresentação dos formadores
- Utilizar os meios audiovisuais para a projeção e apresentação dos conteúdos

Prover o debate/discussão através do esclarecimento de dúvidas ou sugestões

Anexo 3

Planeamento da Intervenção Terapêutica de Educação para a Saúde “Ansiedade”

Intervenção Terapêutica de Educação para a Saúde: Ansiedade

Contexto: UC Estágio do Mestrado MEEESMP

Destinatários: Reclusos do EP de Braga

Data: 29 de Maio de 2015

Tempo: Vinte minutos de exposição do tema mais dez minutos de debate/discussão

Recursos Necessários: Sala, cadeiras, computador, retroprojektor

Objetivo Geral: Ensinar estratégias para minimização da ansiedade

Objetivos Específicos:

- Definir o conceito de ansiedade e os seus diferentes níveis
- Informar sobre as manifestações psíquicas e físicas da ansiedade
- Informar sobre estratégias para minimizar a ansiedade
- Promover relação terapêutica entre enfermeiro - recluso

Guião da Intervenção:

- Providenciar os recursos necessários supra-citados
- Proceder à apresentação dos formadores
- Utilizar os meios audiovisuais para a projeção e apresentação dos conteúdos
- Prover o debate/discussão através do esclarecimento de dúvidas ou sugestões

Anexo 4
Apresentação “Higiene do Sono”

Higiene do Sono



Sono

- É um mecanismo biológico básico, como comer, beber e respirar, fundamental para a nossa sobrevivência
- Em média passamos um terço da nossa vida a dormir
- A necessidade de dormir é diferente de pessoa para pessoa, pode variar entre 4 a 10 horas por dia (normalmente 5 a 8 horas para os adultos)
- A eficácia do sono é mais importante que a sua duração, o sono tem que ser reparador

Fases do Sono

- Sono profundo: o cérebro está muito lento, a frequência cardíaca e respiratória baixam, é muito difícil acordar
- Sono superficial: fica-se mais reativo a estímulos exteriores
- Sono REM: o cérebro volta a estar rápido, sonha-se mais
- Acordar Transitório: é o despertar

Durante o Sono

- A temperatura do cérebro e do corpo baixam, assim como o metabolismo é reduzido. Por isto, quando dormimos temos de nos tapar para não acordarmos com frio
- São estabilizados processos imunológicos, ou seja, as defesas do organismo e a resistência às infeções. A redução do sono aumenta a probabilidade de doenças infecciosas

Consequências da Privação do Sono

- Sonolência



Consequências da Privação do Sono

- Fadiga



Consequências da Privação do Sono

- Ansiedade e irritabilidade



Consequências da Privação do Sono

- Falta de concentração



Consequências da Privação do Sono

- Confusão



Consequências da Privação do Sono

- Lapsos e acidentes



Consequências da Privação do Sono

- Defeitos de compreensão da linguagem verbal



Alterações do Sono

1. Insónias
2. Hipersónias
3. Parassónias

1. Insónias

- É a queixa de perturbação do sono mais frequente
- É a sensação subjetiva de sono insuficiente, de má qualidade ou não reparador



1. Insónias - Sintomas

Diurnos	Nocturnos
Fadiga, cansaço, tensão	Sono curto e agitado
Redução do rendimento mental	Múltiplos despertares
Sintomas de depressão e ansiedade	Sensação de mau sono
Sonolência diurna	Dificuldade em adormecer
Redução da quantidade e qualidade do sono	

Sub-Tipos de Insónias

- Insónia Inicial: dificuldade em adormecer
- Insónia Intermédia: acordar a meio da noite
- Insónia Terminal: acordar de manhã muito cedo

2. Hipersónias

- Sonolência diurna excessiva e cansaço persistente
- É um aumento das horas absolutas de sono, em 25% mais do que o habitual
- A pessoa adormece em situações inapropriadas



3. Parassónias

▪Referem-se a comportamentos, movimentos, sensações ou outras manifestações que ocorrem durante o sono

▪Ex: síndrome das pernas inquietas, pesadelos, sonambulismo



Outras variantes de perturbações do Sono

- Sono leve: interrompido por sonhos desagradáveis e pesadelos
- Sono demasiado profundo
- Insónia quase total
- Sonilóquios (falar de noite)
- Bruxismo (ranger os dentes)
- Enurese nocturna
- Ritmo de sono invertido (quando as pessoas dormem de dia e agitam à noite)

Apesar de ser o desejável



Adormecer é apenas desligar o botão para o modo "OFF"



Tente abstrair-se de situações menos boas, e tente relaxar, concentrar-se apenas em adormecer

HIGIENE DO SONO



*Medidas fundamentais para
uma boa noite de sono*

Café

- Evite a ingestão elevada e regular de cafeína ao longo do dia
- O efeito da cafeína pode durar 8 a 14 horas
- O excesso de cafeína também gera tremores nas mãos e agrava dores de cabeça



Tabaco

- O uso crónico de tabaco perturba o sono
- A nicotina tem efeitos diversos sobre o sistema nervoso, sendo esta prejudicial ao sono



Álcool

- O álcool pode gerar um estado de sonolência, mas não favorece um sono reparador
- A respiração fica prejudicada, surgem roncos, despertares, sonhos desagradáveis
- O álcool cria **dependência física e psíquica**



Medicamentos



- **A medicação a tomar deve obedecer rigorosamente à prescrição feita pelo seu médico**

Relaxamento

- **Tente criar um ritual agradável para a hora de dormir**
- **A leitura não relacionada com trabalho ou problemas é um bom hábito**
- **Pensamentos e situações causadoras de apreensão devem ser evitados quando próximas da hora de deitar**
- **Não olhe para o relógio cada vez que acordar a meio da noite**

Sestas

- **A tendência para a sesta é fisiológica: a seguir ao almoço há uma baixa da temperatura corporal e daí a maior tendência para a sonolência**
- **Se não houver contra-indicações, sestas de 20 a 30 minutos são desejáveis e refrescantes**



Exercício físico



- **Uma atividade física regular melhora o sono**
- **Evite o exercício físico próximo da hora de deitar**

Ambiente

- Mantenha um ambiente no quarto adequado para dormir, evitando o calor, frio, ruído e luz
- Mantenha um horário regular de adormecer e acordar à mesma hora todos os dias
- Apague todas as luzes

Ceia

- A fome pode perturbar o sono
- É necessário realizar uma refeição leve antes de se deitar, para não acordar durante a noite com fome



"O sono é um bálsamo curador para todos os males."



Obrigado

Anexo 5
Apresentação “Ansiedade”

Ansiedade



O que é a ansiedade

- É um sinal de alerta que nos avisa de perigo e nos prepara para lidar com ameaças
- É sentida de forma desagradável e com apreensão
- É a resposta a uma ameaça desconhecida, interna e conflituosa
- É uma experiência desagradável e incómoda, que se deve procurar evitar

Níveis de ansiedade

- Leve: a pessoa está alerta, está associada com a tensão da vida quotidiana
 - Moderada: o foco está na concentração em preocupações imediatas, que inquietam a pessoa naquele momento
- Os níveis leve e moderado de ansiedade aumentam a capacidade da pessoa, podem ser uma fonte de impulso, dedicação e criatividade

Níveis de ansiedade

- Intensa: a pessoa focaliza-se num detalhe específico e não pensa em qualquer outra coisa
 - Pânico: está associado com perplexidade, temor e terror. Há uma perda completa do controlo, a pessoa é incapaz de fazer coisas, não é capaz de funcionar como um ser humano organizado, nem de socializar
- Os níveis intenso e pânico paralisam e sobrecarregam as capacidades, perturbam o comportamento

Manifestações psíquicas da ansiedade

- Medo e apreensão



Manifestações psíquicas da ansiedade

- Dificuldade em adormecer



Manifestações psíquicas da ansiedade

- Irritabilidade e tensão



Manifestações psíquicas da ansiedade

- Agitação psicomotora



Manifestações psíquicas da ansiedade

- Perda de concentração



Manifestações psíquicas da ansiedade

- Pensamentos e avaliações negativas da vida em geral



Manifestações físicas da ansiedade

- Desmaio, tonturas e vertigens



Manifestações físicas da ansiedade

- Taquicardia e palpitações



Manifestações físicas da ansiedade

- Dor ou desconforto abdominal e alterações do comportamento alimentar



Manifestações físicas da ansiedade

- Sudorese e ondas de calor ou frio



- Comportamento de isolamento social



- Sentir-se distanciado do seu próprio corpo e ter a sensação de que o ambiente que o rodeia é estranho ou desconhecido



Estratégias para minimizar a ansiedade



- Falar dos seus sentimentos ou escrevê-los num diário



- Manter-se positivo e otimista



- Manter o seu sentido de humor



- Ouvir as suas músicas favoritas



Estratégias para minimizar a ansiedade

- Fazer trabalhos manuais, artísticos ou ler



- Planear e fazer atividades que lhe dão prazer



- Rever os problemas do passado e não os trazer para o presente nem para o futuro



- Praticar exercício físico regularmente



Lidar eficazmente com a ansiedade é a chave para uma vida bem sucedida e gratificante, para poder alcançar os seus objetivos pessoais

Obrigado

Anexo 6

Avaliação das Intervenções Terapêuticas de Educação para a Saúde (Indicadores de Avaliação)

Avaliação das Intervenções Terapêuticas de Educação para a Saúde (Indicadores de Avaliação)

Procurei definir um conjunto de Indicadores de Estrutura, de Processo e de Resultado para a avaliação das duas Intervenções de Educação para a Saúde.

“(...) indicadores são concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população.” (Ordem Enfermeiros, 2007).

Indicadores de Estrutura:

- A especificidade das instalações do E.P. de Braga;
- O processo de entrada no E.P., dada a rigorosidade do mesmo;
- O caminho para a sala de reuniões aonde decorreram as sessões;
- A postura e acolhimento dos guardas prisionais.

Indicadores de Processo:

- Perceber e detetar a importância das temáticas escolhidas para a população alvo;
- Articular com a escola e a coordenação a escolha das temáticas;
- Efetuar o planeamento da sessões.

Indicadores de Resultados:

- Mudanças significativas na minha intervenção com a população-alvo;
- Mudanças significativas de ganhos em conhecimento sobre as temáticas do Sono e Ansiedade por parte dos formandos.

Não foi possível fazer uma avaliação por escrito, com objeto palpável com os formandos, dada a especificidade da população-alvo. Ainda assim, da minha observação, posso constatar que pude enriquecer os formandos de informação necessária e pertinente para o seu quotidiano, com o aumento da literacia e a sua adesão foi muito positiva.

Anexo 7
Guião e Planeamento da Técnica de Relaxamento Muscular
Progressivo de Jacobson

Guião da Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

“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 e relaxada, todos os seus músculos se encontram relaxados.”

“Feche a sua mão esquerda como se fosse dar um “soco”, e aperte o máximo possível, procurando ficar atento para a sensação de tensão memorizando-a. Agora relaxe, deixe a mão confortavelmente apoiada na superfície em que está. Respire calma e tranquilamente, procurando perceber a diferença entre as duas sensações, a da contração e a do relaxamento. Agora, dobre o pulso esquerdo para cima, elevando a palma da mão, sem movimentar o braço, sinta a contração e procure memorizar esta sensação. Relaxe, deixe a mão apoiada na superfície em que está, procurando comparar e diferenciar as duas sensações. Respire calma e tranquilamente, usando somente a musculatura abdominal.

Dobre o pulso para baixo tentando alcançar com os dedos o braço. Contraia o máximo possível. Sinta a contração e, em seguida, relaxe comparando as duas sensações. Respire tranquilamente.

Dobre o cotovelo, sinta a contração nesta musculatura e memorize-a. Agora, relaxe, acomode o braço confortavelmente, procure senti-lo como se não conseguisse movimentar. Respire calmamente, use somente a musculatura abdominal.

Feche a sua mão direita como se fosse dar um “soco”, e aperte o máximo possível, procurando ficar atento para a sensação de tensão memorizando-a. Agora relaxe, deixe a mão confortavelmente apoiada na superfície em que está. Respire calma e tranquilamente, procurando perceber a diferença entre as duas sensações, a da contração e a do relaxamento. Agora, dobre o pulso direito para cima, elevando a palma da mão, sem movimentar o braço, sinta a contração e procure memorizar esta sensação. Relaxe, deixe a mão apoiada na superfície em que está, procurando comparar e diferenciar as duas sensações. Respire calma e tranquilamente, usando somente a musculatura abdominal.

Dobre o pulso para baixo tentando alcançar com os dedos o braço. Contraia o máximo possível. Sinta a contração e, em seguida, relaxe comparando as duas sensações. Respire tranquilamente.

Dobre o cotovelo, sinta a contração nesta musculatura e memorize-a. Agora, relaxe, acomode o braço confortavelmente, procure senti-lo como se não conseguisse movimentar. Respire calmamente, use somente a musculatura abdominal.

Agora, concentre a sua atenção na sua perna esquerda. Estique o seu pé o máximo possível, levando a ponta do pé o mais distante possível do seu corpo. Sinta a contração, memorize esta sensação. Agora, solte e relaxe. Compare as duas sensações. Respire tranquilamente, Use apenas a musculatura abdominal.

Dobre o pé, trazendo a ponta do pé em direção ao seu corpo. Contraia mais e mais, sinta a contração. Relaxe, compare essas sensações, procure memorizar a diferença entre elas. Respire calma e tranquilamente.

Eleve um pouco a coxa, a perna e o pé. Contraia essa musculatura para a manter elevada, preste atenção na contração. Agora, relaxe, apoie a coxa, a perna e o pé confortavelmente na superfície. Sinta toda a musculatura mais e mais relaxada, dando a impressão de não poder mover. Respire pausadamente. Use somente a musculatura abdominal.

Agora, concentre a sua atenção na sua perna direita. Estique o seu pé o máximo possível, levando a ponta do pé o mais distante possível do seu corpo. Sinta a contração, memorize esta sensação. Agora, solte e relaxe. Compare as duas sensações. Respire tranquilamente, Use apenas a musculatura abdominal.

Dobre o pé, trazendo a ponta do pé em direção ao seu corpo. Contraia mais e mais, sinta a contração. Relaxe, compare essas sensações, procure memorizar a diferença entre elas. Respire calma e tranquilamente.

Eleve um pouco a coxa, a perna e o pé. Contraia essa musculatura para a manter elevada, preste atenção na contração. Agora, relaxe, apoie a coxa, a perna e o pé confortavelmente na superfície. Sinta toda a musculatura mais e mais relaxada, dando a impressão de não poder mover. Respire pausadamente. Use somente a musculatura abdominal.

Agora contraia ambos os ombros, elevando-os como se fosse encostá-los na ponta das orelhas. Contraia, mais e mais. Relaxe, deixe os ombros apoiados de maneira confortável, sinta a diferença entre a sensação da contração e a do relaxamento. Respire tranquilamente.

Eleve a cabeça como se fosse alcançar com o queixo o peito. Sinta a contração, procure memorizar esta sensação. Agora, solte, relaxe, deixe a cabeça apoiada de forma bem confortável. Compare as duas sensações tentando memorizar a diferença entre elas. Respire pausadamente.

Franza a testa e os olhos e cerre os dentes. Aperte, preste atenção nessa sensação. Agora, solte, relaxe, sinta o rosto pesado, os olhos fechados suavemente. Memorize as duas sensações. Respire somente com a musculatura abdominal.

Aperte os dentes, os de baixo de encontro aos de cima. Sinta a tensão, e agora compare com a de relaxamento, soltando o seu rosto mais e mais. Respire calmamente.

Nos próximos minutos mantenha o seu corpo todo relaxado, confortavelmente apoiado na superfície em que está, respirando tranquilamente, use apenas a musculatura abdominal, deixando o ar entrar e sair suavemente.

Agora espreguice-se e calmamente abra os olhos.”

Planeamento da Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

<p>Nº de Sessões: 5 Duração: Aproximadamente 45 minutos Local: Sala de tratamentos Data: 02, 06, 09, 12 e 16 de Outubro de 2015 Hora: 11 – 11:45 horas Grupo: Três doentes da USJD da CSBJ com o diagnóstico de depressão, perturbação de personalidade e esquizofrenia compensada Dinamizadora: Enfermeira do MEEESMP: Dina Lopes Metodologia: Interativa, expositiva e reflexiva Recursos materiais: Colchões, computador</p>		
<p>Indicações: Em situações de stress e ansiedade, e quando as doentes querem desenvolver competências para lidar com essas mesmas sensações no futuro.</p>		
<p>Contra-indicações: O relaxamento é uma técnica que está contra-indicada em pessoas demasiado ansiosas e em doentes psicóticos sem medicação de controlo.</p>		
<p>Avaliação Inicial: Após observar o comportamento das doentes, pode verificar que algumas delas, com depressão, perturbação de personalidade e esquizofrenia compensada, apresentavam comportamento ansioso. Pode ainda verificar que estas mesmas doentes não interagem muito umas com as outras. Após realizar pesquisa bibliográfica, pode comprovar que a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson evidencia benefícios claros na ansiedade e na interação social, por tratar-se de uma atividade de grupo, assim como tem também benefícios ao nível da autoestima.</p>		
<p>Recomendações Instruir as doentes para usar roupa confortável e não limitante; Vigiar a presença de lesões ortopédicas no pescoço e coluna, em que a hiperextensão da coluna superior possa aumentar o desconforto e as complicações.</p>		
<p>Objetivos Gerais: Promover o relaxamento muscular e mental das doentes selecionadas.</p>		
<p>Objetivos Específicos: Diminuir o nível de stress e ansiedade; Promover a autoestima, coordenação motora e comunicação; Incentivar a interação grupal; Estabelecer com as doentes uma interação terapêutica; Promover a diminuição do fluxo de pensamentos, do ritmo cardíaco, respiratório e da pressão sanguínea; Promover a distração, de forma a desviar a mente de pensamentos inoportunos; Contribuir para que as doentes se concentrem nas sensações de relaxamento; Aumentar a concentração e memória; Diminuir a insónia e o cansaço.</p>		
<p>Preparação do ambiente: Escolher um local calmo, sem ruído e onde não haja possibilidade de interrupções; Controlar a temperatura do ar; Suavizar a luminosidade; Escolher um som ambiente agradável para o grupo; Deitar o grupo confortavelmente de costas com os braços e pernas soltos.</p>		
Etapas	Descrição da Etapa	Tempo de Duração
Iª Etapa	Apresentação da dinamizadora; Avaliação prévia do inventário de ansiedade traço, de	5 Minutos

	Spielberger – STAI Y 2; Avaliação, imediatamente antes do início da intervenção, da ansiedade estado, através do Inventário de Ansiedade de Spielberger – STAI Y I; Exposição de regras de participação e compromisso grupal.	
2ª Etapa	Aplicação da Técnica de Relaxamento muscular progressivo de Jacobson.	30 Minutos
3ª Etapa	Avaliação, após a intervenção, da ansiedade estado, através do Inventário de Ansiedade de Spielberger – STAI Y I	10 Minutos

Anexo 8
Inventário de Ansiedade Traço Estado de Spielberger STAI Y1 e
STAI Y2

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Desenvolvido por Charles Spielberger em colaboração com R. L. Gorus, R. Lushene, P.R. Vagg, e G.A.

Jacobs

Traduzido por Teresa McIntyre, Ph. D. e Scott McIntyre, Ph. D.
STAI Formulário Y-1

Instruções: Abaixo encontra várias afirmações que as pessoas usam para descreverem como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois ponha uma cruz no número à direita para indicar como se sente agora, isto é, neste momento. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente agora.

	De modo nenhum	Um Pouco	Mais ou menos	Muito
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro ou livre de perigo	1	2	3	4
3. Sinto-me tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me sob pressão	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me irritado	1	2	3	4
7. Presentemente estou preocupado com coisas más que possam acontecer	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante em mim próprio	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Sinto-me agitado	1	2	3	4
14. Estou indeciso	1	2	3	4
15. Sinto-me relaxado	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me estável	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO STAI Formulário Y-2

Instruções: Abaixo encontra várias afirmações que as pessoas usam para descreverem como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois ponha uma cruz no número à direita para indicar como se sente geralmente, isto é, a maior parte do tempo. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente geralmente.

	Quase Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase Sempre
1. Sinto-me bem	1	2	3	4
2. Sinto-me nervoso e inquieto	1	2	3	4
3. Sinto-me satisfeito comigo próprio	1	2	3	4
4. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4
5. Sinto que sou um fracasso	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado	1	2	3	4
7. Sinto-me calmo e bem comigo mesmo	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades se estão a acumular de tal modo que não consigo vencê-las	1	2	3	4
9. Preocupo-me demasiado com as coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11. Tenho pensamentos que me incomodam	1	2	3	4
12. Tenho falta de confiança em mim próprio	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro ou livre de perigo	1	2	3	4
14. Toma decisões com facilidade	1	2	3	4
15. Sinto-me incapaz	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Vêem-me a cabeça pensamentos que não são importantes e me incomodam	1	2	3	4
18. Levo as desilusões tanto a sério que não consigo deixar de pensar nelas	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso ou transtornado quando penso nos meus interesses e preocupações mais recentes	1	2	3	4

Anexo 9
Avaliação da Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de
Jacobson

Avaliação da Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Procurei definir um conjunto de Indicadores de Estrutura, Processo e Resultado para a avaliação da técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson, no sentido de me ajudar a formar um raciocínio mais simples e eficiente.

“(...) indicadores são concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população.” (Ordem Enfermeiros, 2007).

Como indicadores de Estrutura defini:

- O desenvolvimento para o profissional, neste caso para mim e para a evolução da minha prestação ao longo das várias sessões realizadas;
- As condições aonde foram realizadas as sessões;
- A temperatura, o ruído proveniente do exterior da sala e o conforto da mesma;
- Os materiais usados, a destacar o computador com música de relaxamento.

Como indicadores de Processo defini:

- O resultado para o processo, a técnica em si teve melhorias sessão após sessão;
- A competência do profissional para a realização da intervenção;
- A adequação do método de abordagem ao grupo de doentes selecionadas;
- A comunicação, o processo terapêutico.

Como indicadores de resultado defini:

- Mudanças significativas de ganhos em conhecimento sobre a temática de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson por parte das doentes (benefício para as mesmas);
- Os indicadores clínicos das doentes;
- Melhorias que se possam propor ao longo das sessões para a estrutura, processo e resultado.

Uma das maiores limitações do estudo foi o facto de a amostra ser muito limitada, pelo facto de o tempo de estágio não me ter permitido realizar mais sessões de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson com as doentes. Ainda assim, realizei cinco sessões, cada uma com três doentes.

A avaliação da ansiedade foi efetuada com uso do Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger, validado e adaptado à população portuguesa por Teresa McIntyre e Scott McIntyre.

Foi aplicada a escala de avaliação da ansiedade traço, através do Inventário de Ansiedade de Spielberger – STAI Y 2. Seguidamente foi aplicada a escala de avaliação da ansiedade estado, através do Inventário de Ansiedade de Spielberger – STAI Y 1 antes e após cada intervenção.

Para o tratamento estatístico dos dados foi criada uma base de dados no programa Statistical Package of Social Sciences (SPSS).

O inventário estado requer que as doentes descrevam como se sentem em relação a 20 itens apresentados numa escala de *Likert* de 4 pontos: 1- de modo algum; 2- um pouco; 3- mais ou menos; 4- muito. Acresce-se que alguns itens foram analisados de forma invertida, nomeadamente os itens 1, 15 e 20. De forma semelhante, o inventário de ansiedade traço também é composto por 20 itens, todavia as doentes recebem a instrução de que devem responder como «se sente geralmente.», de acordo com uma nova escala de *Likert* de 4 pontos: 1-quase nunca; 2- algumas vezes; 3- frequentemente; e 4 – quase sempre.

No que reporta a resultados, a média da ansiedade traço foi de 46,00, que corresponde a ansiedade elevada.

A média da ansiedade estado antes da intervenção foi de 46,73 e após a intervenção, a média da ansiedade estado foi de 43,00, confirmando-se assim ganhos em saúde e redução da ansiedade, já que houve a diminuição de 3,73 valores na escala.

O objetivo geral de diminuição de sintomas de ansiedade foi atingido, foi promovido o aumento de bem-estar e foram obtidos ganhos efetivos em saúde mental.

Anexo 10
Folha de Registo de Problemas

Folha de Registo de Problemas

Problemas ou eventos desencadeantes	Sentimentos ou emoções associados aos problemas	Pessoas mais importantes na sua vida e aspetos positivos	Estratégias alternativas que poderá adotar para a resolução dos problemas

Anexo 11

Folha de Registo Diário de Pensamentos Disfuncionais

Registo de Pensamentos Disfuncionais

Quando o seu humor estiver alterado, pergunte a si mesmo o que lhe está a passar pela cabeça nesse momento. Logo que lhe seja possível, descreva o pensamento ou imagem mental na coluna “Pensamento automático” e de seguida preencha as restantes colunas.

Data e Hora	Situação	Pensamento Automático	Emoção	Resposta Racional	Resultado
	Que situação real, pensamentos, devaneios ou recordações levaram à emoção desagradável?	Quais foram os pensamentos automáticos que passaram pela cabeça?	Que emoção sentiu? Tristeza, ansiedade, raiva...	Quais as respostas racionais aos pensamentos automáticos? Identifique os erros cognitivos.	Descreva as mudanças de comportamento. Quais as emoções que sente agora?

Anexo 12

Inventário de Depressão de Beck

Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você se tem sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.

- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

- 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 Acho que nada tenho a esperar.
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.

- 1 Eu me sinto culpado às vezes.
- 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.

- 1 Acho que posso ser punido.
- 2 Creio que vou ser punido.
- 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

- 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
- 2 Estou enojado de mim.
- 3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

- 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
- 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.

2 Gostaria de me matar.

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava.

2 Agora, choro o tempo todo.

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.

3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.

1 Adio minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.

2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.

3 Considero-me feio.

15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.

1 Não durmo tão bem quanto costumava.

2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.

1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.

2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

2 Meu apetite está muito pior agora.

3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 Kg.

2 Perdi mais de 5,0 Kg.

3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo

Anexo 13

Escala de Autoestima de Rosemberg

Escala de Autoestima de Rosemberg

Folha de Respostas

Nome _____ Idade _____ Sexo (M/F) _____

As perguntas que aqui apresentamos estão relacionadas com o modo como tu te vês a ti mesmo. Assinala com x o teu grau de acordo ou desacordo em relação a cada uma das frases apresentadas, tendo em conta que:

1. Totalmente em desacordo
2. Algo em desacordo
3. Algo em acordo
4. Totalmente de acordo

	1	2	3	4
1. Creio que sou uma pessoa digna de estima, pelo menos na mesma medida que os outros				
2. Tenho tendência a sentir que sou um fracasso em tudo				
3. Creio que tenho muitas qualidades boas				
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas				
5. Creio que não tenho muitos motivos para me orgulhar de mim mesmo				
6. Tenho uma atitude positiva acerca de mim mesmo				
7. No global, estou satisfeito comigo mesmo				
8. Desejaria ter mais respeito por mim mesmo				
9. Às vezes sinto-me realmente inútil				
10. Às vezes penso que não sou grande coisa				

Anexo 14

Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica de Promoção da
Autoestima com recurso à Reestruturação Cognitivo-
Comportamental

Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica de promoção da autoestima com recurso à reestruturação cognitivo-comportamental

<p>Nº de Sessões: 4 Duração: Aproximadamente 45 minutos Local: Sala de tratamentos Data: 16, 19, 22 e 30 de Outubro de 2015 Hora: 09:30 – 10:15 horas Grupo: Doente da USJD da CSBJ com o diagnóstico perturbação de personalidade com componente altamente depressiva Dinamizadora: Enfermeira do MEEESMP: Dina Lopes Metodologia: Interativa, expositiva, reflexiva e interrogativa Escala Aplicada: Inventário de depressão de Beck e Escala de autoestima de Rosemberg</p>
<p>Objetivos gerais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar as situações e causas desencadeantes de sintomatologia ansiosa e depressiva;• Contribuir para a diminuição de sintomas de ansiedade;• Ajudar a recuperar estratégias individuais para a promoção da autoestima.
<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ajudar a doente a identificar problemas e dificuldades;• Executar escuta ativa e comunicação expressiva de emoções;• Reforçar laços familiares e promover suporte familiar;• Promover a perceção das qualidades individuais;• Estimular o autoconhecimento;• Aumentar estratégias de coping;• Providenciar suporte emocional.
<p>1.ª Sessão</p> <ul style="list-style-type: none">• Apresentação da dinamizadora;• Explicação do funcionamento das sessões;• Aplicação do Inventário de depressão de Beck;• Aplicação da escala de autoestima de Rosemberg (início);• Entrega da folha de registo diário de pensamentos disfuncionais e explicação do funcionamento da mesma;• Fornecer à doente uma folha de registo dividida em quatro colunas, em que a primeira coluna consiste em descrever os seus problemas ou eventos desencadeantes, a segunda coluna consiste em descrever os sentimentos ou emoções associados a esses problemas, a terceira coluna em descrever as pessoas mais importantes da sua vida e aspetos positivos, a quarta e última coluna consiste em descrever estratégias alternativas que poderá adotar para a resolução dos problemas;• A doente preenche a primeira e a segunda coluna da folha de registo;• Partilha dos problemas e sentimentos associados;• Resumo e avaliação da sessão.
<p>2.ª Sessão</p> <ul style="list-style-type: none">• Explicação do funcionamento desta sessão;• A doente deverá refletir e preencher a terceira coluna da folha de registo;• Partilha dos problemas e sentimentos associados;• Resumo e avaliação da sessão.
<p>3.ª Sessão</p> <ul style="list-style-type: none">• Explicação do funcionamento desta sessão;• A doente deverá preencher a quarta coluna da folha de registo;• Discussão da pertinência e eficácia de cada uma das estratégias adotadas;

- Resumo e avaliação da sessão.

4.ª Sessão

- Explicação do funcionamento desta sessão;
- Conversar com a doente relativamente a como se tem sentido após as sessões;
- Aplicação da escala de autoestima de Rosemberg (final);
- Incentivar o planeamento das atividades futuras, nomeadamente na ocupação de tempos livres;
- Planear projetos de vida.

Anexo 15

Avaliação da Intervenção Psicoterapêutica de Promoção da
Autoestima com recurso à Reestruturação Cognitivo-
Comportamental

Avaliação da Intervenção Psicoterapêutica de promoção da autoestima com recurso à reestruturação cognitivo-comportamental

Procurei definir um conjunto de Indicadores de Estrutura, Processo e Resultado para a avaliação da Intervenção Psicoterapêutica de promoção da autoestima com recurso à reestruturação cognitivo-comportamental, no sentido de me ajudar a formar um raciocínio mais simples e eficiente.

“(...) indicadores são concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população.” (Ordem Enfermeiros, 2007).

Como indicadores de Estrutura defini:

- O desenvolvimento para o profissional, neste caso para mim e para a evolução da minha prestação ao longo das várias sessões realizadas;
- As condições aonde foram realizadas as sessões;
- A temperatura, o ruído proveniente do exterior da sala e o conforto da mesma;
- Os materiais usados, a destacar os questionários e caneta para o preenchimento.

Como indicadores de Processo defini:

- O resultado para o processo, a técnica em si teve melhorias sessão após sessão;
- A competência do profissional para a realização da intervenção;
- A adequação do método de abordagem à doente selecionada;
- A comunicação, o processo terapêutico.

Como indicadores de resultado defini:

- Mudanças significativas de ganhos em conhecimento sobre a temática de Promoção de Autoestima por parte da doente (benefício para a mesma);
- Os indicadores clínicos da doente;
- Melhorias que se possam propor ao longo das sessões para a estrutura, processo e resultado.

Foram realizadas quatro sessões com a doente selecionada. As particularidades da doente em causa, assim como a história atual e passada estão descritas neste mesmo portfólio, na reflexão crítica 2.

Inicialmente, para apreciação da intervenção psicoterapêutica foi aplicado o questionário de “Inventário de Depressão de Beck”, no sentido de classificar o grau de depressão da doente, que após a sua avaliação, deu um total de 25, o que corresponde a uma depressão classificada em moderada a grave.

Foi ainda efetuada uma avaliação da autoestima (antes e após a intervenção), de acordo com a Escala de Autoestima de Rosemberg, que resultou em baixa auto-estima antes da intervenção com uma classificação de 15 valores. Após as quatro sessões de intervenção, a escala de autoestima classificada pela doente resultou em 22 valores; houve assim uma melhoria significativa do valor da autoestima classificada pela doente, com o aumento de 7 valores, o que proporcionou ganhos em saúde efetivos e palpáveis.

Relativamente ao item 6 “Tenho uma atitude positiva acerca de mim mesmo”, o valor obtido antes da intervenção foi de 2 valores (algo em desacordo), e após a intervenção foi de 3 valores (algo em acordo), obtendo assim resultados positivos.

Relativamente ao item 7 “No global, estou satisfeito comigo mesmo”, o valor obtido antes da intervenção foi de 1 valor (totalmente em desacordo), após a intervenção foi de 3 valores (algo em acordo), resultando igualmente em melhoria da satisfação da doente em relação a si própria.

Foram analisadas juntamente com a doente a “folha de registo de pensamentos disfuncionais” e a “folha de registo de problemas”.

Os resultados foram positivos, não só, mas também devido ao facto da intervenção com a doente ser estabelecida de forma continuada no tempo (com quatro sessões), e bem estruturada.

Anexo 16

Estudo de Caso: Problemas de Adição

Estudo de Caso: Problemas de Adição

As definições encontradas para definir estudo de caso são várias. Desde Florence Nightingale que este método é utilizado visando o desenvolvimento de conhecimentos de enfermagem. Embora com um caráter precário, esta enfermeira requeria dos seus alunos o registo dos casos mais interessantes que observassem para, *à posteriori* serem indagados e avaliados sobre o assunto.

A concretização de um estudo de caso possibilita a fundamentação teórica de uma patologia, permite uma assistência individual e personalizada do doente e família, facilita a comunicação multidisciplinar, facilita a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, e contribui para melhorar o desempenho da equipa de enfermagem (Heidgerken, 1963, citada por Galdeano et al., 2003).

Com a realização de um estudo de caso o enfermeiro observa, analisa e descreve a situação clínica de um doente, formalizando conhecimentos para o desenvolvimento pessoal e profissional, ao mesmo tempo que aplica um plano de cuidados individualizado e dinâmico ao doente em estudo.

O presente estudo de caso baseia-se na apresentação de um doente com problemas aditivos (consumo de heroína).

Os objetivos deste trabalho são:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para cuidar do doente com problemas aditivos;
- Planear cuidados de enfermagem com o doente;
- Avaliar a necessidade de cuidados ao doente;
- Identificar necessidades, capacidades e limitações do doente;
- Avaliar os cuidados de enfermagem prestados;
- Formular um plano de cuidados segundo a linguagem da CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

Para a elaboração do presente documento recorri à pesquisa bibliográfica, à informação obtida durante as aulas teóricas e orientação pedagógica, bem como à consulta do processo do doente e recolha de dados junto deste e dos enfermeiros da USL. Desta forma, os resultados são apresentados de um modo descritivo baseado na componente teórica e prática. A utilização da CIPE constituiu um importante meio para a concretização do Plano de Cuidados seguidamente apresentado.

Relativamente à estrutura do documento, este será dividido em quatro partes: a presente introdução, um primeiro capítulo em que consta um breve enquadramento teórico sobre a droga na adolescência (por o doente ter iniciado consumos nesta fase da sua vida), seguindo-se de um outro constituído pela apresentação de um estudo de caso, especificamente entrevista de avaliação inicial, terapêutica, focos de atenção, vigilâncias e resultados, plano de cuidados e a sua avaliação.

Decidi analisar este caso (nome fictício: José), por possuir um interesse especial pela área dos comportamentos aditivos, dada a sua complexidade, e pelo doente ter inerente a si alguns problemas que suscitaram o meu interesse pelo desafio da possível intervenção. Todos os nomes das pessoas envolvidas são fictícios.

A análise de caso é uma metodologia que permite de forma fiel seguir o processo de enfermagem, e tem como principais objetivos: caracterizar o doente enquanto ser holístico de

forma a promover cuidados individualizados e integrados, sintetizar o processo de enfermagem e desenvolver o espírito crítico, reflexivo e criativo.

Droga na Adolescência

Os adolescentes estão mais sujeitos ao contacto com as drogas devido ao ambiente em que estão inseridos, companhias erradas, acontecimentos inesperados. A isso, acrescenta-se a frequente ausência dos pais que assim criam condições favoráveis para que os filhos adolescentes se sintam livres para aventuras deste tipo, sem refletirem nas consequências que isso lhes trará para a vida. Nesta fase da vida, eles afirmam a sua personalidade, há novas descobertas, novo corpo, explosões de emoção e temperamento, que contribuem para o surgimento de novos e difíceis problemas e procuram nas drogas uma saída para a resolução dos mesmos.

"Droga é toda a substância que, introduzida num organismo vivo, pode modificar uma ou mais das suas funções" (OMS). É compreendida também como o nome genérico de substâncias químicas, naturais ou sintéticas, que podem causar danos físicos e psicológicos a quem as consome. O seu uso constante pode levar à mudança de comportamento e à criação de uma dependência, um desejo compulsivo de usar a droga habitualmente. Os problemas para a saúde dos adolescentes decorrentes do uso/abuso de drogas (ilícitas) são inúmeros e de várias ordens. Podem-se listar desde os de ordem orgânica e funcional de sistemas do corpo até os de ajustamento social, provocados por modificações neuroquímicas que causam prejuízos no controle dos impulsos.

Avaliação Inicial

Data de Admissão: 17/ 11/ 2015

Colheita de dados: a colheita de dados ao doente José foi realizada no dia 17 de Novembro de 2015 às 12 horas na USL da CSBJ de Braga.

História biopsicossocial

Nome: José

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 02.11.1969

Estado Civil: Divorciado

Filhos: 1 filho

Agregado familiar composto por: O próprio, vive sozinho sem retaguarda familiar

Naturalidade: Portuguesa

Nacionalidade: Portuguesa

Habilitações Literárias: 4º ano

Profissão: Voluntário

Situação profissional: Encontra-se em trabalho precário como voluntário numa empresa de troca de roupa (neste momento em baixa médica para desintoxicação)

Religião: Católico

Pessoa a contactar: Mãe (em último recurso).

Motivo principal de queixa / internamento: O José deu entrada na USL da CSBJ de Braga no dia 17 de Novembro às 11 horas, acompanhado pela assistente social da USL, sem familiares, com o diagnóstico de consumo de substâncias ilícitas (Uma grama e meia por dia de heroína fumada), em regime de internamento particular, o que implica um internamento até 8 dias, para desintoxicação.

Vivência da doença/Adaptação à Doença: Quando abordado sobre o seu problema, o José refere que aceitou voluntariamente este internamento porque “quero sair desta vida e para isso preciso de ajuda” (sic). A causa de consumir substâncias ilícitas (heroína) foi devido

ao facto de viver numa zona em que grande parte das pessoas consumia e foi influenciado pela envolvência; iniciou consumos de haxixe aos 15 anos, aos 19 anos iniciou consumos de cocaína e heroína fumada, e aos 27 anos iniciou heroína injetada. Acompanhando estes consumos, juntou o consumo de álcool, ao qual está abstinente há 6 anos. Desde há 6 anos deixou heroína injetável e passou a fumar.

Diagnóstico: Uso de substâncias ilícitas.

Aceitação do estado de Saúde: aceita o internamento.

História psiquiátrica

Episódio: Derivado ao aumento de consumos, desenvolveu sintomatologia depressiva e psicótica

Acompanhamento em consulta: Desde há 6 anos

Internamentos anteriores/datas: USL da CSBJ de Braga em 17.02.2009, 16.09.2015 e 17.10.2015

Medicação Domiciliária (nome/dosagem):

Medicamento	Dosagem	Hora de toma
Lorazepam	2,5mg	22 Horas
Quetiapina	100mg	22 Horas

História clínica

Consultas em que foi seguido: Psiquiatria, Infeciologia

Motivo das consultas: Depressões recorrentes, sintomatologia psicótica, Hepatite C

Internamentos anteriores/datas: USL da CSBJ de Braga em 17.02.2009, 16.09.2015 e 17.10.2015

Alergias: desconhece

Próteses, dispositivos de auxílio: ausentes

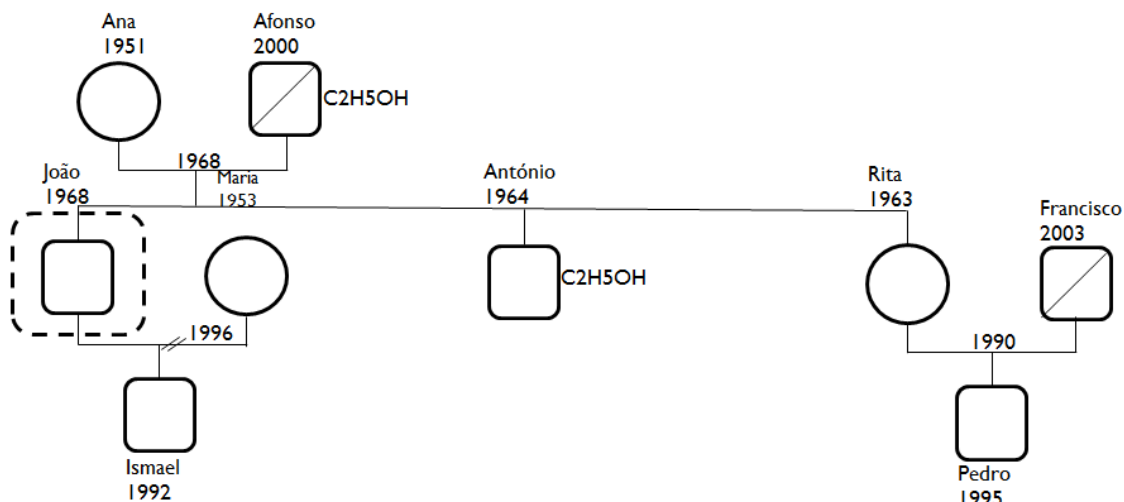
Transtornos neurológicos: desconhece.

História familiar: o doente refere que o pai faleceu com cirrose hepática. A mãe vive sozinha pelo ambiente familiar ter sido ao longo de grande parte da vida muito pesado e, segundo a mesma já não aguentar mais ninguém a partilhar o lar com ela. O pai tinha recorrentemente episódios de violência doméstica com a mãe e filhos, resultantes de alcoolismo crónico. O irmão António também tem alcoolismo crónico, e por terem ocorrido muitos acontecimentos negativos resultantes do consumo, o doente não tem relação com ele. A irmã Rita é a única pessoa do agregado familiar com quem mantém uma relação forte, está imigrada há alguns anos.

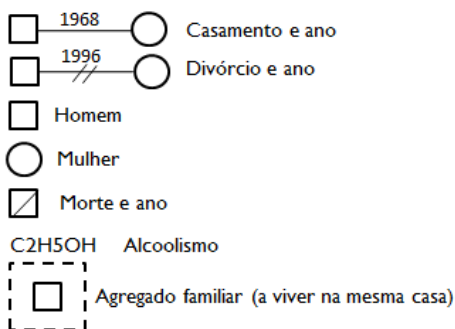
Vive num apartamento sozinho, sem qualquer suporte familiar. A ex-mulher reside na Régua, mantendo uma relação distante e tem a seu cuidado o filho de ambos, com o qual mantém uma relação conflituosa.

Genograma:

Para uma melhor compreensão, apresento o seguinte Genograma, de forma a espelhar as ligações dentro do sistema multigeracional familiar.



Legenda:



História do desenvolvimento

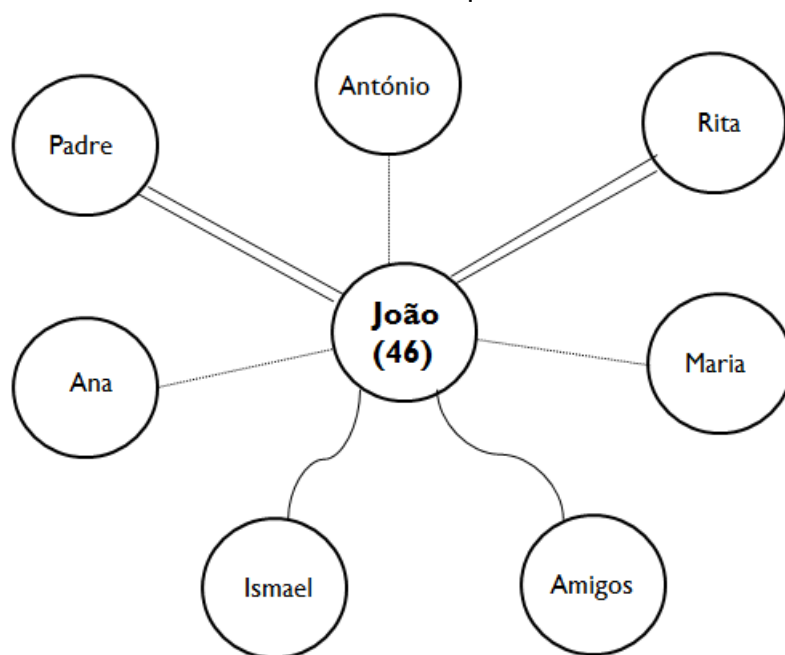
História da infância: Considera ter tido uma infância conflituosa, onde vivia com os pais e irmãos num bairro problemático na Régua, havendo muitas dificuldades económicas. Havia episódios recorrentes de violência doméstica do pai contra a mãe, o próprio e irmãos, derivados ao consumo excessivo de álcool. Frequentou a escola primária com muitas dificuldades de aprendizagem, sendo um aluno introvertido, desmotivado e desleixado. Ao quarto ano decidiu deixar de estudar.

História da Adolescência: iniciou o consumo de substâncias ilícitas aos 15 anos de idade; foi com esta idade que se deixou influenciar pelo grupo de amigos. Por esta altura começou a trabalhar na construção civil até aos 20 anos.

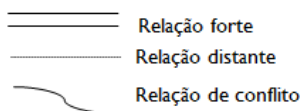
História Adulta: Com 20 anos começou a trabalhar numa loja de eletrodomésticos, ainda assim houve sempre problemas derivados aos consumos. Em 1990 casou-se, refere ter tido um casamento muito conflituoso, resultou em um filho em 1992 e divórcio em 1996.

História social

Ecomapa: de seguida apresento a representação gráfica das relações e ligações do José às pessoas e estruturas sociais do meio em que habita.



Legenda:



História ocupacional e educacional

Nível de funcionamento escolar: foi um aluno de nível baixo, nunca se interessou pelos estudos e nunca foi motivado no seu ambiente familiar.

Nível de funcionamento no trabalho: Inicialmente apresentava-se correto, mas com o decorrer do tempo, manifestava desinteresse e desleixo no trabalho. A única preocupação e prioridade do João eram os consumos.

Exame físico

Tensão Arterial: 123/73 mmHg

Pulso: 70 batimentos por minuto

Temperatura: 36,6°C

Peso: 64Kg

Altura: 1,73m

Cabeça / Tronco / Membros: simétricos, sem deformidades, sem cicatrizes, sem próteses

Peles e mucosas: Pálidas, desidratadas, sem edemas e com lesões nos membros por administração de drogas injetáveis

Visão: Diminuída (usa óculos)

Audição: Boa.

Hábitos de vida

Auto-cuidado, higiene: independente

Auto-cuidado, vestuário: independente

Auto-cuidado, arranjar-se: independente mas negligenciado

Auto-cuidado, comer e beber: independente mas pobre

Nº de refeições/dia: duas (o almoço é fornecido pela Santa Casa da Misericórdia da Régua e o jantar é feito pelo próprio quando sente necessidade)

Auto-cuidado, atividade física: Deixou de se exercitar por varizes nos membros inferiores

Auto-cuidado, sono/repouso: Horas de sono: 5h; não faz repouso durante o dia; refere recurso a medicação e insónias recorrentes

Estado Nutricional: mau estado nutricional

Eliminação intestinal: o doente refere períodos de diarreias ou obstipações prolongadas (pela má nutrição)

Eliminação urinária: o doente refere padrão normal.

Estilos de vida

Uso de substâncias: sim (heroína)

Data início: aos 15 anos de idade.

Exame psicológico (Interação social)

Relação (Contacto): fácil

Humor: deprimido

Comunicação expressiva: linha reta

Estado de Consciência: vigil

Comportamento: inquieto

Orientação: autopsíquica e alopsíquica

Afetividade: frieza afetiva

Pensamento: não alterado

Fobias: não refere

Perceção: sem alterações

Ansiedade: presente.

Autoestima

Verbalização de auto-aceitação: sim

Manutenção de uma postura erecta: não

Manutenção do contacto olho-no-olho: sim

Desejo de confrontar os outros: não

Descrição de sucesso nos grupos sociais: não

Descrição de orgulho de si mesmo: não

Sentimentos de autovalorização: não.

Aceitação do estado de Saúde: O doente refere: “eu estou viciado em heroína e sei que faço mal em continuar com isto para a frente. Agora com vossa ajuda quero mudar e tomar a decisão certa para a minha vida, como ir para uma comunidade terapêutica, porque sei que isto me faz mal e se não sair da droga isto irá arruinar o meu futuro” (sic).

Apresenta juízo crítico para o seu estado de saúde.

Adesão ao Regime Terapêutico: não.

Medicação prescrita no internamento:

Medicamento	Via Administração	Dosagem	9h	13h	19h	22h	SOS
Tramadol	PO	100mg	X	X	X		
Mirtazapina	PO	15mg				X	
Quetiapina	PO	100mg	X	X	X	X	X
Lorazepam	PO	2,5mg	X	X		X	X
Flurazepam	PO	30mg					X
Polivitamínico	PO	1 unidade		X			
Haloperidol	IM	10mg					X
Diazepam	IM	10mg					X

Anexo 17

Plano de Cuidados do Estudo de Caso: Problemas de Adição

Plano de cuidados do Estudo de Caso: Problemas de Adição

De acordo com Phaneuf (2001), a planificação de cuidados consiste em estabelecer um plano de ação, prever as etapas respetivas da sua realização, os gestos a fazer, os meios a disponibilizar e as precauções a tomar, portanto, a conceber e organizar uma estratégia de cuidados bem definida.

Seguidamente, será apresentado o plano de cuidados relativo ao João, composto pelo processo de enfermagem incluindo diagnósticos, intervenções de enfermagem, e avaliação.

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Data de Termo
17.11.2015	Gestão do Regime Terapêutico, Ineficaz	
	Intervenções de Enfermagem	
	Ensinar gestão do regime terapêutico Ensinar prevenção de complicações Ensinar resposta aos medicamentos	
	Avaliação	
	Toma a medicação conforme prescrição sem apresentar renitência.	24.11.2015

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Data de Termo
17.11.2015	Ansiedade, presente	
	Intervenções de Enfermagem	
	Gerir o ambiente físico Promover suporte emocional Ensinar o doente sobre estratégias que minimizem a ansiedade Executar escuta ativa Promover a participação em atividades de distração Proporcionar conforto Estabelecer relação terapêutica de confiança e empatia	
	Avaliação	
	O doente apresenta-se mais tranquilo com ansiedade diminuída.	24.11.2015

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Data de Termo
17.11.2015	Autoestima, baixa	
	Intervenções de Enfermagem	
	Gerir a comunicação Disponibilizar presença Facilitar a comunicação expressiva de emoções	
	Avaliação	
	O doente apresenta uma autoestima mais elevada.	24.11.2015

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Data de Termo
17.11.2015	Uso de Drogas	
	Intervenções de Enfermagem	
	Orientar o doente sobre mudança de comportamentos Orientar o doente para a aquisição de estilos de vida saudáveis Promover a mudança de comportamentos Incentivar a adoção de estratégias para a manutenção da abstinência Orientar para atividades que proporcionem prazer Aconselhar alterações da rotina que possam induzir consumos de droga	
	Avaliação	
	O doente apresenta-se aparentemente motivado para a abstinência, apresentando neste momento ausência de consumos de droga.	24.11.2015

Data de Início	Diagnóstico de Enfermagem	Data de Termo
17.11.2015	Sono, alterado	
	Intervenções de Enfermagem	
	Planear com o doente o horário de sono/repouso Promover hábitos de sono regulares Evitar a interrupção do sono Informar sobre estratégias a adotar para facilitar o sono Informar sobre a importância do sono	
	Avaliação	
	O doente apresenta padrão de sono normalizado.	24.11.2015

Anexo 18
Convite “Uma Vida, Um Sentido”

Tertúlia “Uma vida , um sentido.”

Convite

Organização: Equipa Saúde Escolar Agrupamento de Escola Carlos Amarante
Parceria:
Hospital Braga
UCC Assucena Lopes Teixeira
ACeS Braga
Casa Saúde Bom Jesus

Local:
Escola Carlos Amarante

Programa
29 de Maio

21h00m

Moderador : Leonel Fernandes

Dr Bessa Peixoto - Hospital Braga
Problemática do suicídio em Portugal

Prof António Pacheco Palha - Casa Saúde Bom Jesus
Factores protectores na prevenção do suicídio

Drº Amparo Barreiro - Unidade Saúde Pública
Suicídio como problemática de saúde pública

Drº Sameiro Araújo - Câmara Municipal Braga
Política local na prevenção do suicídio

Prof Doutora Emilia Araújo - Socióloga
Contextualização histórico-social do suicídio.

Tertúlia “Uma vida , um sentido.”

Convite

Organização: Equipa Saúde Escolar Agrupamento de Escola Carlos Amarante
Parceria:
Hospital Braga
UCC Assucena Lopes Teixeira
ACeS Braga
Casa Saúde Bom Jesus

Local:
Escola Carlos Amarante

Programa
29 de Maio

21h00m

Moderador : Leonel Fernandes

Dr Bessa Peixoto - Hospital Braga
Problemática do suicídio em Portugal

Prof António Pacheco Palha - Casa Saúde Bom Jesus
Factores protectores na prevenção do suicídio

Drº Amparo Barreiro - Unidade Saúde Pública
Suicídio como problemática de saúde pública

Drº Sameiro Araújo - Câmara Municipal Braga
Política local na prevenção do suicídio

Prof Doutora Emilia Araújo - Socióloga
Contextualização histórico-social do suicídio.

Anexo 19
Póster “Uma Vida, Um Sentido”

Uma Vida, Um Sentido

Comissão de Honra:

- Dra Isabela Chorão - Diretora executiva e clínico do ACeS Braga
- Enf^o Júlio Prieto - Vogal Enfermagem ACeS Braga
- Dr Bessa Peixoto - Diretor Serviço de Psiquiatria Hospital Braga
- Prof Doutor António Pacheco Palha - Diretor Clínico Casa Saúde Bom Jesus
- Dra Amparo Barreiro - Coordenadora local saúde escolar
- Dra Hortense Santos - Diretora Agrupamento de Escolas Carlos Amarante
- Enf^a Maria Céu Talaia - Coordenadora UCC Assucena Lopes Teixeira
- Dra Sameiro Araújo - Câmara Municipal Braga

Programa:

29 de Maio

21h 00m

Moderador: Leonel Fernandes

- Dr Bessa Peixoto - Hospital Braga: Problemática do suicídio em Portugal
- Prof António Pacheco Palha - Casa Saúde Bom Jesus: Factores protectores na prevenção do suicídio
- Dr^a Amparo Barreiro - Unidade Saúde Pública: Suicídio como problemática de saúde pública
- Dr^a Sameiro Araújo - Câmara Municipal Braga: Política local na prevenção do suicídio
- Prof Doutora Emília Araújo – Socióloga: Contextualização histórico-social do suicídio.

Organização: Equipa Saúde Escolar Agrupamento de Escola Carlos Amarante

Parcerias:

- Hospital Braga
- UCC Assucena Lopes Teixeira
- ACeS Braga
- Casa Saúde Bom Jesus

Local:

Escola Carlos Amarante

Anexo 20

Guião e Planeamento da Técnica de Relaxamento com Adaptação
do Treino Autogénico de Shultz

Técnica de Relaxamento com adaptação do Treino Autogénico de Shultz

“Concentro-me na minha respiração. Sinto que a minha respiração é suave, regular e profunda. Este é o caminho para dentro de mim. A cada respiração deixo-me ir mais fundo, mais fundo, mais e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxo e sinto a paz dentro de mim. Liberto a minha mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a minha tranquilidade. Liberto-me de todas as preocupações e influências do mundo exterior.

Neste momento a minha cabeça começa a ficar pesada...A cabeça encontra-se pesada...Muito pesada. Inspiro e expiro...

Sinto-me, agora, com os braços pesados...Os braços encontram-se pesados...As mãos também estão pesadas... Muito pesadas...Os braços e as mãos pesados...

O centro do meu corpo, a minha barriga, encontra-se pesada... Sinto o peso das costas para a barriga...Inspiro e expiro... Sinto o centro do meu corpo pesado... E, lentamente, começo a sentir o peso nas minhas pernas...Inspiro e expiro...

As minhas pernas estão pesadas...Muito pesadas. Não consigo mexer os pés...Estão muito pesados...Todo o meu corpo se encontra muito pesado...Como se não o conseguisse mexer.

- **Manter exercício:**

Neste momento a minha cabeça começa a ficar quente...A cabeça encontra-se quente...Muito quente. Inspiro e expiro...

Agora, sinto os meus braços muito quentes...Os braços encontram-se quentes... As mãos também estão quentes... Muito quentes. Braços e mãos quentes...

O centro do meu corpo, a minha barriga, encontra-se quente... Sinto o sangue a fluir das costas para a barriga...Inspiro e expiro... Sinto o centro do meu corpo quente... E, lentamente, começo a sentir o sangue quente nas minhas pernas...Inspiro e expiro...

As minhas pernas estão quentes...Muito quentes. Sinto o sangue a fluir pelos meus pés... Todo o meu corpo se encontra quente, com o sangue a fluir...

O sangue flui e corre, o meu coração bate calma e regularmente... Inspiro e expiro. Encontro-me calmo e tranquilo. Sinto-me calmo e tranquilo...Inspiro e expiro. A minha respiração é calma...Muito calma. Inspiro e expiro...Sinto-me a respirar calma e regularmente...

Todo o meu corpo se encontra quente...Inspiro e expiro. Encontro-me calmo e tranquilo. O meu sangue corre, flui, sinto-me tranquilo e relaxado...As minhas pernas sentem o sangue a fluir e estão relaxadas...Todos os meus músculos estão relaxados... Inspiro e expiro...

Neste momento, a minha cabeça começa a encontrar-se fresca...Muito fresca. Sinto-me bem... Sinto-me relaxado. Inspiro e expiro...Sinto a minha cabeça fresca...

- **Diminuir exercício:**

Agora, o meu corpo começa a ficar mais leve e a minha cabeça fresca e leve. Inspiro e expiro... Sinto-me relaxado...Calmo...Tranquilo...Inspiro e expiro... Sinto-me relaxado...Calmo...Tranquilo...Sinto a minha cabeça leve...

Agora, sinto os meus braços leves...Os braços encontram-se muito leves... As mãos também estão leves... Muito leves.

O centro do meu corpo, a minha barriga, encontra-se leve... Sinto a leveza fluir das costas para a barriga...Inspiro e expiro... Sinto o centro do meu corpo fresco... E, lentamente, começo a sentir o sangue fresco e leve nas minhas pernas...Inspiro e expiro...

As minhas pernas estão leves... Muito leves. Sinto a leveza fluir pelos meus pés... Todo o meu corpo se encontra fresco, leve e a fluir...

- **Induzir o regresso à realidade:**

Inspiro e expiro...O meu corpo encontra-se leve, a cabeça fresca e relaxada...Sinto-me tranquilo. Agora, sinto o meu corpo nesta sala, sinto a minha cabeça, os meus braços, as minhas mãos... Sinto o centro do meu corpo e as minhas pernas...Sinto os meus pés... Inspiro e expiro. Sinto a minha cabeça fresca...E lentamente abro os olhos”.

Planeamento da Técnica de Relaxamento com adaptação do Treino Autogénico de Shultz

<p>Nº de Sessões: 4</p> <p>Duração: Aproximadamente 45 minutos</p> <p>Local: Sala de formação I</p> <p>Datas: 09, 10, 15 e 17 de Dezembro de 2015</p> <p>Hora: 16:30 – 17:15 horas</p> <p>Grupo: Três doentes da USL da CSBJ com o diagnóstico de alcoolismo crónico e alteração de comportamento</p> <p>Dinamizadora: Enfermeira do MEEESMP: Dina Lopes</p> <p>Metodologia: Interativa, expositiva e reflexiva</p> <p>Recursos materiais: Colchões, computador</p>
<p>Indicações:</p> <p>Em situações de stress e ansiedade, e quando os doentes querem desenvolver competências para lidar com essas mesmas sensações no futuro.</p>
<p>Contra-indicações:</p> <p>O relaxamento é uma técnica que está contra-indicada em pessoas demasiado ansiosas e em doentes psicóticos sem medicação de controlo.</p>
<p>Avaliação Inicial:</p> <p>Após observar o comportamento dos doentes, pude verificar que alguns deles, com alcoolismo crónico e alteração de comportamento, apresentavam comportamento ansioso. Pude ainda verificar que estes mesmos doentes não interagiam muito uns com os outros.</p> <p>Após realizar pesquisa bibliográfica, pude comprovar que a técnica de relaxamento com adaptação do treino autogénico de Shultz evidencia benefícios claros na ansiedade e na interação social, por tratar-se de uma atividade de grupo, assim como tem também benefícios ao nível da autoestima.</p>
<p>Recomendações</p> <p>Instruir os doentes para usar roupa confortável e não limitante;</p> <p>Vigiar a presença de lesões ortopédicas no pescoço e coluna, em que a hiperextensão da coluna superior possa aumentar o desconforto e as complicações.</p>
<p>Objetivos Gerais:</p> <p>Promover o relaxamento dos doentes selecionados.</p>
<p>Objetivos Específicos:</p> <p>Diminuir o nível de stress e ansiedade;</p> <p>Promover a autoestima, coordenação motora e comunicação;</p> <p>Incentivar a interação grupal;</p> <p>Estabelecer com os doentes uma interação terapêutica;</p> <p>Promover a diminuição do fluxo de pensamentos, do ritmo cardíaco, respiratório e da pressão sanguínea;</p> <p>Promover a distração, de forma a desviar a mente de pensamentos inoportunos;</p> <p>Contribuir para que os doentes se concentrem nas sensações de relaxamento;</p> <p>Aumentar a concentração e memória;</p> <p>Diminuir a insónia e o cansaço.</p>
<p>Preparação do ambiente:</p> <p>Escolher um local calmo, sem ruído e onde não haja possibilidade de interrupções;</p> <p>Controlar a temperatura do ar;</p> <p>Suavizar a luminosidade;</p> <p>Escolher um som ambiente agradável para o grupo;</p>

Deitar o grupo confortavelmente de costas com os braços e pernas soltos.		
Etapas	Descrição da Etapa	Tempo de Duração
1ª Etapa	Apresentação da dinamizadora; Avaliação prévia do inventário de ansiedade traço, de Spielberger – STAI Y 2; Avaliação, imediatamente antes do início da intervenção, da ansiedade estado, através do Inventário de Ansiedade de Spielberger – STAI Y I; Exposição de regras de participação e compromisso grupal.	5 Minutos
2ª Etapa	Aplicação da técnica de relaxamento com adaptação do treino autogénico de Shultz.	30 Minutos
3ª Etapa	Avaliação, após a intervenção, da ansiedade estado, através do Inventário de Ansiedade de Spielberger – STAI Y I	10 Minutos

Anexo 21

Avaliação da Técnica de Relaxamento com Adaptação do Treino
Autogénico de Shultz

Avaliação da Técnica de Relaxamento com adaptação do Treino Autogénico de Shultz

Procurei definir um conjunto de Indicadores de Estrutura, Processo e Resultado para a avaliação da Técnica de Relaxamento com adaptação do Treino Autogénico de Shultz, no sentido de me ajudar a formar um raciocínio mais simples e eficiente.

“(...) indicadores são concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população.” (Ordem Enfermeiros, 2007).

Como indicadores de Estrutura defini:

- O desenvolvimento para o profissional, neste caso para mim e para a evolução da minha prestação ao longo das várias sessões realizadas;
- As condições aonde foram realizadas as sessões;
- A temperatura, o ruído proveniente do exterior da sala e o conforto da mesma;
- Os materiais usados, a destacar o computador com música de relaxamento.

Como indicadores de Processo defini:

- O resultado para o processo, a técnica em si teve melhorias sessão após sessão;
- A competência do profissional para a realização da intervenção;
- A adequação do método de abordagem ao grupo de doentes selecionadas;
- A comunicação, o processo terapêutico.

Como indicadores de resultado defini:

- Mudanças significativas de ganhos em conhecimento sobre a temática de Relaxamento com adaptação do Treino Autogénico de Shultz por parte dos doentes (benefício para os mesmos);
- Os indicadores clínicos dos doentes;
- Melhorias que se possam propor ao longo das sessões para a estrutura, processo e resultado.

Uma das maiores limitações do estudo foi o facto de a amostra ser muito limitada, pelo facto de o tempo de estágio não me ter permitido realizar mais sessões de Relaxamento com adaptação do Treino Autogénico de Shultz com os doentes. Ainda assim, realizei quatro sessões, cada uma com três doentes.

A avaliação da ansiedade foi efetuada com uso do Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger, validado e adaptado à população portuguesa por Teresa McIntyre e Scott McIntyre.

Foi aplicada a escala de avaliação da ansiedade traço, através do Inventário de Ansiedade de Spielberger – STAI Y 2. Seguidamente foi aplicada a escala de avaliação da ansiedade estado, através do Inventário de Ansiedade de Spielberger – STAI Y 1 antes e após cada intervenção.

Para o tratamento estatístico dos dados foi criada uma base de dados no programa Statistical Package of Social Sciences (SPSS).

O inventário estado requer que as doentes descrevam como se sentem em relação a 20 itens apresentados numa escala de Likert de 4 pontos: 1- de modo algum; 2- um pouco; 3- mais ou menos; 4- muito. Acresce-se que alguns itens foram analisados de forma invertida, nomeadamente os itens 1, 15 e 20. De forma semelhante, o inventário de ansiedade traço também é composto por 20 itens, todavia as doentes recebem a instrução de que devem responder como «se sente geralmente.», de acordo com uma nova escala de Likert de 4 pontos: 1-quase nunca; 2- algumas vezes; 3- frequentemente; e 4 – quase sempre.

No que reporta a resultados, a média da ansiedade traço foi de 50,67, que corresponde a ansiedade elevada.

A média da ansiedade estado antes da intervenção foi de 54,50 e após a intervenção, a média da ansiedade estado foi de 43,33, confirmando-se assim ganhos em saúde e redução da ansiedade, já que houve a diminuição de 11,17 valores na escala.

O objetivo geral de diminuição de sintomas de ansiedade foi atingido, foi promovido o aumento de bem-estar e foram obtidos ganhos efetivos em saúde mental.

Anexo 22

Planeamento das Intervenções Breves com recurso à Entrevista Motivacional e à utilização do Questionário AUDIT para Consumidor de Risco III

Planeamento das Intervenções Breves para consumidor de risco III

<p>Nº de Sessões: 4 Duração: Aproximadamente 20 minutos Local: Sala de tratamentos Data: 05, 07, 08 e 11 de Janeiro de 2016 Hora: 09:30 – 10:15 horas Grupo: Doente da USL da CSBJ com o diagnóstico alcoolismo crónico em desabituação Dinamizadora: Enfermeira do MEEESMP: Dina Lopes Metodologia: Interativa, expositiva, reflexiva e interrogativa Questionário Aplicado: AUDIT</p>
<p>Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none">• Reconhecer o doente com comportamentos de risco ligados ao consumo de álcool e facilitar o processo de tomada de decisão, desenvolvendo esforços para reduzir ou cessar consumos evitando o agravamento de problemas físicos, psicológicos e sociais.
<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ajudar a doente a identificar problemas e dificuldades relacionados com o consumo de álcool;• Executar escuta ativa e comunicação expressiva de emoções;• Reforçar laços familiares e promover suporte emocional;• Promover a perceção das qualidades individuais;• Estimular o autoconhecimento;• Aumentar estratégias de coping;• Ajudar a recuperar estratégias individuais para a manutenção da abstinência.
<p>1.ª Sessão</p> <ul style="list-style-type: none">• Explicação do funcionamento das sessões;• Aplicação do questionário AUDIT e feedback sobre os resultados do mesmo;• Perceber em que fase motivacional se encontra o doente;• Disponibilizar informação sobre a pirâmide do consumidor;• Partilha dos problemas e sentimentos associados.
<p>2.ª Sessão</p> <ul style="list-style-type: none">• Explicação do funcionamento desta sessão;• Fornecer informações sobre os efeitos do consumo de alto risco;• Partilha dos problemas e sentimentos associados.
<p>3.ª Sessão</p> <ul style="list-style-type: none">• Explicação do funcionamento desta sessão;• Debater a necessidade de interromper ou reduzir o consumo;• Aconselhar sobre os limites de risco;• Discussão da pertinência e eficácia de cada uma das estratégias adotadas.
<p>4.ª Sessão</p> <ul style="list-style-type: none">• Explicação do funcionamento desta sessão;• Explicar ao doente o que é uma bebida padrão;• Incentivar o planeamento de atividades futuras com encorajamento.

Anexo 23
Questionário AUDIT

QUESTIONÁRIO AUDIT E PONTUAÇÃO

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

- 0. Nunca
- 1 uma vez por mês ou menos
- 2 duas a quatro vezes por mês
- 3 duas a três vezes por semanas
- 4. quatro ou mais vezes por semana

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

- 0. uma ou duas
- 1. três ou quatro
- 2. cinco ou seis
- 3. de sete a nove
- 4. dez ou mais

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

- 0. nunca
- 1. menos de um vez por mês
- 2. pelo menos uma vez por mês
- 3. pelo menos uma vez por semana
- 4. diariamente ou quase diariamente

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

- 0. nunca
- 1. menos de um vez por mês
- 2. pelo menos uma vez por mês
- 3. pelo menos uma vez por semana
- 4. diariamente ou quase diariamente

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

- 0. nunca
- 1. menos de um vez por mês
- 2. pelo menos uma vez por mês
- 3. pelo menos uma vez por semana
- 4. diariamente ou quase diariamente

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

- 0. nunca
- 1. menos de um vez por mês
- 2. pelo menos uma vez por mês
- 3. pelo menos uma vez por semana
- 4. diariamente ou quase diariamente

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

- 0. nunca
- 1. menos de um vez por mês
- 2. pelo menos uma vez por mês
- 3. pelo menos uma vez por semana
- 4. diariamente ou quase diariamente

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

- 0. nunca
- 1. menos de um vez por mês
- 2. pelo menos uma vez por mês
- 3. pelo menos uma vez por semana
- 4. diariamente ou quase diariamente

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

- 0. não
- 2. sim, mas não nos últimos 12 meses
- 4. sim, aconteceu nos últimos 12 meses

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

- 0. não
- 2. sim, mas não nos últimos 12 meses
- 4. sim, aconteceu nos últimos 12 meses