



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por Carla Sofia Rodrigues Ventura

Sob orientação da Professora Olga Sousa Valentim

Lisboa, Novembro de 2010

*Conscientizar-se da própria ignorância é um grande passo para aprender.
(Benjamin Disraeli)*

AGRADECIMENTOS

Ao Joaquim e ao Francisco pelo apoio e paciência que demonstraram nas minhas ausências.

À Clarisse pela sua disponibilidade e colaboração que este percurso académico exigiu e que sem ela teria sido muito difícil chegar ao fim.

À Sra Enfª Lídia Moutinho pela orientação dada no segundo e terceiro módulo, por me incentivar e colaborar no aprofundamento de conhecimentos, por proporcionar e contribuir para o desenvolvimento de competências especializadas em saúde mental e psiquiatria, pelo seu apoio e disponibilidade.

À Sra. Enfª Olga Valentim pela reconhecida orientação tutorial, pelas sugestões dadas, pelo contributo no meu percurso académico e profissional e acima de tudo pela sua constante e inteira disponibilidade.

O meu MUITO OBRIGADO!

RESUMO

O Módulo I foi realizado na UCCPO e onde desenvolvi competências no diagnóstico da ansiedade e promoção de estilos de vida saudáveis através de sessões de educação para a saúde sobre estratégias para prevenir e para lidar com o *stress*, com recurso à Escala de Hamilton no diagnóstico do problema e avaliação da intervenção e, na prevenção de reinternamentos através do acompanhamento em consulta externa e por visita domiciliária.

O Módulo II decorreu na CPI e onde desenvolvi competências na intervenção na crise através de intervenções breves, individuais e em grupo. Foram, também, utilizados o Inventário de Resolução de Problemas e o State Trait Anxiety Inventory como instrumentos de avaliação das intervenções. Neste módulo foram aprofundados conhecimentos e competências na prestação de cuidados ao utente com alcoolismo, contribuindo para a formação em serviço com a análise das práticas e a apresentação de um estudo de caso.

O Módulo III incidiu no desenvolvimento de competência na área da reabilitação do utente com alcoolismo, no qual se promoveu estilos de vida saudáveis no contexto de abstinência, com recurso aos questionários: “O Meu estilo de Vida” e Inventário de Resolução de Problemas, recorrendo a sessões de educação para a saúde como metodologia.

Palavras-chave: *Stress*, Alcoolismo, Promoção de Estilos de Vida Saudáveis, Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica

ABSTRACT

Module I was held in UCCPO and develop skills in the diagnosis of anxiety and promoting healthy lifestyles through education sessions on health strategies to prevent and cope with stress, using the Hamilton Rating Scale for diagnosis of the problem and evaluation of the intervention, and prevention of re-admission through follow-up outpatient and home visit.

Module II took place in the CPI and has been developed skills in crisis intervention through brief interventions individual and group. Have also been use Inventory Troubleshooting and State Trait Anxiety Inventory instruments for intervention. In this module were further knowledge and skills in providing care to the patient with alcoholism, contributing to in-service training with the practical analysis and presentation of a case study.

Module III focused on development of competence in the field of rehabilitation of the wearer with alcoholism, which promoted healthy lifestyles in the context of abstinence, using the questionnaires: "My style of Life Inventory and Problem Resolution, and using education sessions for health and methodology.

Keywords: Stress, Alcoholism, Promotion of Healthy Lifestyles, Nursing Specialized Mental Health and Psychiatric

LISTA DE ABREVIATURAS

AD – Área de Dia

ACS – Alto Comissariado da Saúde

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

CPI – Clínica Psiquiátrica I

Enf^a – Enfermeira

HD – Hospital de Dia

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

IRP – Inventário de Resolução de Problemas

NIC – Núcleo de Intervenção Comunitária

OMEV – “O meu Estilo de Vida”

PIB – Produto Interno Bruto

REPE – Regulamento do Exercício profissional do Enfermeiro

SDA – Síndrome Dependência Alcoólica

Sec – Século

Sr - Senhor

Sra – Senhora

STAI – “State Trait Anxiety Inventory”

UCCPO – Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas.

UTRA – Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoologia

ÍNDICE:

O – INTRODUÇÃO	19
1. MÓDULO I: PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO	21
1.1 – Caracterização da UCCPO	22
1.2 – Fundamentação da promoção de estilos de vida saudáveis no âmbito da prevenção e redução do <i>stress</i>	23
1.3 – Objectivos	25
1.4 – Análise Reflexiva e auto-avaliação	34
2. MÓDULO II: INTERVENÇÃO NA CRISE	36
2.1 – Caracterização da CPI	36
2.2 – Fundamentação da Intervenção em utentes com SDA	37
2.3 – Objectivos	41
2.4 – Análise Reflexiva e auto-avaliação	50
3. MÓDULO III: TRATAMENTO E REABILITAÇÃO EM ALCOOLOGIA	53
3.1 – Caracterização da UTRA	53
3.2 – Fundamentação da reabilitação psicossocial em utentes com alcoolismo	54
3.3 – Objectivos	55
3.4 - Análise Reflexiva e auto-avaliação	63
4. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	65
5. CONCLUSÃO	68
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	77
Anexo I: Caracterização do CHPL e dos serviços do Sector A	79
Anexo II: Modelo de Intervenção de Betty Neuman: uma abordagem para a prática	95
Anexo III: Diário de Bordo	101
Anexo IV: Poster e artigo: “UM POUCO É BOM ... MUITO É UM DESASTRE ... STRESS! COMO LIDAR COM O STRESS? QUAL O PAPEL DO ENFERMEIRO?”, apresentado no I Fórum da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental	113
Anexo V: Folhetos informativos	127

Anexo VI: Reflexão crítica: levantamento das necessidades e diagnóstico do nível de ansiedade dos utentes da Área de Dia	147
Anexo VII: Sessão de educação para a saúde: “Um pouco é bom... Muito é um desastre... <i>Stress!</i> Como lidar com o <i>stress?</i> ”	153
Anexo VIII: Sessão de educação para a saúde: higiene do sono – estratégias para prevenir o <i>stress</i>	183
Anexo IX: Sessão de educação para a saúde: exercício físico – uma estratégia para prevenir e para lidar com o <i>stress</i>	189
Anexo X: Sessão de educação para a saúde: alimentação – uma estratégia para prevenir o <i>stress</i>	195
Anexo XI: Análise dos resultados da aplicação da Escala de Hamilton	201
Anexo XII: Reflexão crítica de uma visita domiciliária	207
Anexo XIII: Reflexão Crítica: consulta externa	213
Anexo XIV: Reflexão Crítica das competências desenvolvidas e auto-avaliação no módulo I	217
Anexo XV: Reflexão Crítica sobre a produção científica dos enfermeiros portugueses, no âmbito o alcoolismo	223
Anexo XVI: Esquema sequencial de Intervenção	231
Anexo XVII: Intervenção de Enfermagem com o Sr. G	237
Anexo XVIII: Sessões de Relaxamento	253
Anexo XIX: Estudo de caso	273
Anexo XX: Reflexão Crítica sobre a intervenção de enfermagem na crise	327
Anexo XXI: Intervenção de Enfermagem com a D. C	331
Anexo XXII: Sessão de educação para a saúde sobre a adesão ao regime terapêutico	339
Anexo XXIII: Formação em Serviço: apresentação do estudo de caso	345
Anexo XXIV: Análises das Práticas	359
Anexo XXV: Reflexão Crítica sobre as competências desenvolvidas no módulo II	369
Anexo XXVI: Estudo de Caso	373
Anexo XXVII: Dinâmicas de Grupo	437
Anexo XXVIII: O questionário “O Meu Estilo de Vida”	443
Anexo XXIX: Análise estatística dos instrumentos: OMEV e IRP	449
Anexo XXX: Sessões de educação para a saúde sobre o exercício físico	459
Anexo XXXI: Sessões de educação para a saúde sobre a nutrição	467
Anexo XXXII: Sessões de educação para a saúde sobre o autocuidado	497
Anexo XXXIII: Sessões de educação para a saúde do uso de drogas e similares	515
Anexo XXXIV: Sessões de educação para a saúde sobre a segurança rodoviária	527
Anexo XXXV: Formação em serviço: apresentação dos resultados da intervenção na promoção de estilos de vida saudáveis, na reabilitação do alcoolismo	533
Anexo XXXVI: Reflexão das competências desenvolvidas no módulo III	553

Anexo XXXVII: Reflexão sobre os recursos disponíveis para as sessões.....557

0 – INTRODUÇÃO

O II Mestrado de Natureza Profissional, Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria, é um curso que visa o aprofundamento de conhecimentos e o desenvolvimento de competências na área de especialização, numa perspectiva académica avançada.

Este curso teve início com a fundamentação teórica básica da área de especialização e culmina num percurso de três módulos nos quais se aprofunda e adquire conhecimentos de diversas áreas de intervenção e se desenvolve diferentes competências que devem estar inerentes à prestação de cuidados especializados.

O estágio dividiu-se em três módulos.

O Módulo I foi realizado na Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (UCCPO), no qual desenvolvi competências na área do **diagnóstico, promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de reinternamentos** através de intervenções de enfermagem de âmbito individual, de grupo, psicoeducação e visitas domiciliárias.

Este módulo decorreu de 20 de Abril a 20 de Maio de 2009 e teve como tema central o *stress*, tendo em conta o diagnóstico das necessidades realizado e por se tratar de um tema que condiciona o bem-estar físico e psíquico do indivíduo, no qual o enfermeiro tem um papel relevante na promoção da saúde e prevenção da doença a este nível.

O Módulo II foi realizado na Clínica Psiquiátrica I (CPI), do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), no qual desenvolvi competências na intervenção do utente em crise do utente com problemas de alcoolismo, com depressão e na formação em serviço.

Este decorreu entre 28 de Setembro e 20 de Novembro e incidiu na prestação de cuidados especializados **ao utente em crise**, nomeadamente ao utente com dependência alcoólica, por várias razões, nomeadamente: a epidemiologia relacionada com esta doença, que coloca Portugal no grupo dos países com maior consumo de álcool puro e de vinho na Europa e, as consequências a nível físico, social e cultural que daí advém (Filho, 2005).

Outro dos motivos por ter escolhido esta população prende-se com um contributo à equipa de enfermagem através de uma análise das práticas e da apresentação de um estudo de caso, com o objectivo de incentivar o investimento na intervenção de enfermagem nesta área, tendo em conta a reestruturação dos serviços e a integração do internamento dos utentes com dependência alcoólica na CPI.

O Módulo III foi efectuado na Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoologia (UTRA), do CHPL.

Este módulo decorreu entre 23 de Novembro de 2009 e 4 de Fevereiro de 2010 e pretendia o desenvolvimento de competências na **área de reabilitação do utente com problemas de**

alcooolismo, tendo para isso realizado várias sessões de educação para a saúde, no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis, com o objectivo de contribuir para o reajuste ao estilo de vida sem álcool, reduzindo desta forma, a probabilidade de recaídas e a redução de situações indutoras de *stress*.

Este relatório de estágio é um documento cujos objectivos são: descrever de forma sucinta e organizada as intervenções e competências desenvolvidas na área de especialização, durante o estágio; contribuir para uma análise crítica e reflexiva do que foi desenvolvido; contribuir com experiências que possam ser integradas e melhoradas em intervenções de enfermagem e; servir como meio de avaliação de uma unidade curricular, com vista à obtenção do grau de especialista de saúde mental e psiquiátrica, contemplado neste curso e, ao grau de mestre após a aprovação e discussão do mesmo.

O relatório encontra-se organizado em seis capítulos:

- O primeiro refere-se à introdução no qual apresenta de uma forma sumária o conteúdo e a estrutura do relatório;
- O segundo descreve o local de estágio, a caracterização da população e a análise reflexiva do que foi desenvolvido no âmbito da promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção;
- O terceiro contempla igualmente a caracterização do local de estágio, as intervenções terapêuticas realizadas na situação de crise do utente com problemas de alcoolismo e a formação em serviço com o objectivo de contribuir para a melhoria da prestação de cuidados a estes utentes;
- O quarto descreve o projecto e a caracterização da UTRA e as intervenções realizadas no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis, com o objectivo de desenvolver competência na área da reabilitação do utente com problemas de alcoolismo;
- O quinto sistematiza as competências desenvolvidas durante este percurso académico;
- Por último na conclusão é feita uma análise do percurso formativo, das competências desenvolvidas, os aspectos facilitadores e as dificuldades sentidas.

A estrutura apresentada visa facilitar a consulta das intervenções e competências desenvolvidas em cada módulo e a sistematização dos objectivos por área de intervenção.

1. MÓDULO I: PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO

RESUMO DO CAPÍTULO

O Módulo I realizou-se na Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (UCCPO), do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e decorreu no período de 20 de Abril a 20 de Junho de 2009.

Este estágio teve como objectivo geral desenvolver competências na promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção.

Para concretizar este objectivo realizei várias intervenções fundamentadas pela evidência científica e numa perspectiva académica e profissional avançada.

Os cuidados de enfermagem na comunidade englobam um leque de intervenções em várias áreas, sendo por isso, uma mais valia no desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Na UCCPO intervém-se aos três níveis de prevenção: primária através da consulta externa, grupo de alcoologia e em parceria com a saúde escolar; prevenção secundária com o Hospital de Dia (HD) e terciária com a Área de Dia (AD), contudo o diagnóstico e a promoção de estilos de vida saudáveis é um tema transversal a todas elas e que reverte em ganhos para a saúde física e mental do indivíduo (Frasquilho e Guerreiro, 2009).

As intervenções que desenvolvi durante o estágio foram realizadas em parceria com a Sra. Enf.^a Maria do Céu Monteiro, igualmente aluna do II Mestrado de Natureza Profissional na área de especialização de Saúde Mental e de Psiquiatria, que desenvolveu o estágio no mesmo período e no mesmo Módulo de intervenção.

Neste estágio focalizei a minha intervenção na gestão do *stress* como uma forma de prevenir e promover o bem-estar físico e psíquico.

A gestão do *stress* está intimamente relacionada com a ansiedade (Chalifour, 2008). Desta forma, foi realizado o diagnóstico da ansiedade pela Sra. Enf.^a Maria do Céu Monteiro, com recurso à Escala de Hamilton e a qual revelou valores elevados, tendo em consideração esses dados desenvolvi várias intervenções em parceria e a título individual.

Em parceria foram realizadas: uma sessão de educação para a saúde, no qual abordei estratégias para prevenir e lidar com o *stress*; participei no Fórum da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental com um poster e um artigo para o livro de actas com o mesmo tema e elaborei folhetos informativos dos quatro grupos farmacológicos (ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores do humor), como contributo para a sistematização da informação na consulta externa e HD.

A nível individual foram planeadas e realizadas sessões de educação para a saúde, com o objectivo de reflectir sobre estratégias para prevenir e lidar com o *stress* e, avaliada a intervenção com a aplicação da Escala de Hamilton e a análise dos resultados.

A nível da formação em serviço participei na reunião de equipa na qual se realiza análise das práticas das intervenções de enfermagem na UCCPO.

1.1- CARACTERIZAÇÃO DA UCCPO

A UCCPO é uma unidade que presta cuidados psiquiátricos na comunidade de Odivelas e de Loures, visto não haver AD nem HD no Núcleo de Intervenção Comunitária (NIC) de Loures. Esta unidade pertence ao sector A do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e situa-se em Odivelas, num prédio de três andares, no qual ocupa a maior área do imóvel.

Tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde.

A unidade presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional que requeira acompanhamento próximo com vista à continuidade e qualidade dos cuidados (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro).

Os cuidados prestados incluem a consulta de: triagem, psiquiatria, alcoologia e grupo terapêutico, enfermagem na qual estão incluídas as visitas domiciliárias e a administração de terapêutica dêpot, psicoterapia individual e em grupo, apoio do serviço social, reabilitação psicossocial na AD e tratamento em ambulatório no HD (Anexo I).

Tanto na AD como HD as intervenções são realizadas com base na Terapia Cognitivo-Comportamental.

A equipa é multidisciplinar sendo constituída por enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes operacionais, administrativas e assistente social.

Todos os profissionais estão inseridos em equipas mais restritas como: consulta externa, AD e HD podendo, no entanto, haver profissionais que acumulam funções nomeadamente os enfermeiros.

A UCCPO presta cuidados a um universo de 133, 847 habitantes na consulta externa, na qual a média de idades se situa nos 40 anos. As patologias mais frequentes são psicoses (com terapêutica dêpot instituída) e depressões. Na AD e HD a população engloba o concelho de Loures, aumentando para 332,847 habitantes (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Censos 2001 [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde [consultada a 10 de Dezembro de 2009] Disponível na internet em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt_2001>).

Na AD deram entrada nos últimos 2 anos 33 utentes dos quais 17 são do sexo feminino e 16 do sexo masculino, destes 9 mantêm-se em tratamento, 6 abandonaram o tratamento ou necessitaram de internamento. As patologias mais frequentes são Psicoses e Esquizofrenias Paranóides, o tempo médio de tratamento varia entre os 12 e os 18 meses e a média de idades é de 40 anos.

Nos últimos 2 anos realizaram tratamento no HD 45 utentes, dos quais 10 estão em tratamento e os restantes tiveram alta. A média de internamento é de 92 dias, a prevalência dos sexos é equitativa, a média de idades centra-se nos 34 anos, as patologias mais frequentes são a depressão e as perturbações bipolares.

1.2 – FUNDAMENTAÇÃO DA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO E REDUÇÃO DO *STRESS*

O Módulo I tem como objectivo geral promover estilos de vida, diagnosticar e prevenir, na comunidade.

Segundo Frásquilho e Guerreiro (2009) e Bolander (1998), a promoção da saúde não é apenas dirigida a pessoas saudáveis e à comunidade em geral, mas também, aos indivíduos com incapacidades e doenças, dado os benefícios que advêm das actividades de promoção da saúde.

Frásquilho e Guerreiro (2009) consideram que a promoção da saúde é o processo que capacita as pessoas a aumentarem o controlo sobre os determinantes da sua saúde contribuindo: para ganhos em saúde, redução das desigualdades, promoção dos direitos fundamentais do Ser Humano e promovendo o desenvolvimento social.

Nesta linha de pensamento Carvalho e Carvalho (2006) ao citar Lalonde (1974) refere que o nível de saúde de uma comunidade é determinado pela biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e o sistema de saúde, sendo que os estilos de vida são responsáveis por 43% da mortalidade e no qual há um investimento muito menor comparado com os outros determinantes da saúde já citados. Assim, a promoção da saúde pode ser centrada na pessoa ou no sistema (Frásquilho e Guerreiro, 2009).

A promoção da saúde centrada na pessoa como um todo focaliza a atenção em diversos comportamentos indicadores de um estilo de vida saudável, nomeadamente: evitar o consumo de substâncias psicoactivas, praticar exercício físico, adoptar técnicas de controlo do *stress*, realizar uma alimentação equilibrada e variada e promover o combate à violência (Plano Nacional de Saúde 2004-2010; Potter e Perry, 2004; Bolander, 1998).

Para melhorar os comportamentos e promover estilos de vida saudáveis o Plano Nacional de Saúde sugere o reforço de acções de promoção da saúde e que isso seja uma prioridade nas consultas dos profissionais de saúde.

Segundo Potter e Perry (2004) o papel do enfermeiro é enfatizar as estratégias de promoção de saúde baseadas nos recursos de cada indivíduo e, por outro lado, fazer uso das educações para a saúde no sentido de transmitir conhecimentos como cada indivíduo pode cuidar de si.

No entanto, Tones e Tilford (1994) citado por Carvalho e Carvalho (2006, p.25) considera que a educação para a saúde é muito mais do que transmitir conhecimentos, é “toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e a doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudança de convicções; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e estilos de vida”.

Tendo em consideração o que foi referido e o levantamento das necessidades junto dos profissionais da UCCPO através de entrevistas, o tema escolhido para intervir neste Módulo foi prevenir e gerir o *stress* – ajudando a adoptar técnicas de controlo do *stress*.

O *stress* é um fenómeno perceptual que surge a partir da comparação entre aquilo que é pedido ao indivíduo e a capacidade que ele tem para lidar com isso (Cox e Mckay, 1979, citado por Payne, 2003).

O *stress* é uma resposta necessária e adaptativa (Ericksen e Ursin, 2006, citado por Vaz Serra, 2007). Vários autores descrevem o *eustress* ou *stress* positivo como a tensão necessária para mover o indivíduo a vencer desafios e fazer face às exigências, contribuindo para o aumento da auto-confiança e do auto-controle (Vaz Serra, 2007, Chalifour, 2008 e Payne, 2003).

Payne (2003, p.23) abordando o *eustress*, considera que “trabalhar nos níveis de excitação em que se sente à vontade melhora não só a eficácia da produção do indivíduo, como também, o seu bem-estar mental”.

Do lado oposto ao *eustress* é descrito, por Vaz Serra (2007), o *distress* ou o *stress* negativo e define-o como uma tensão conotada negativamente, que quando se torna intenso, repetitivo e prolongado é susceptível de provocar consequências preocupantes no bem-estar e na saúde física e psíquica do indivíduo.

Vaz Serra (2007) ilustra o *stress* com três conceitos: **stress sob controlo**, sendo aquele que estimula, desafia e permite o indivíduo adaptar-se às situações contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional (exigências equilibradas com as aptidões e recursos); **stress excessivo**, quando as exigências são maiores do que as aptidões e recursos levando a mecanismos desadaptativos; **vida monótona** quando o indivíduo tem aptidões e recursos superiores ao que é exigido, podendo representar um nível de *stress* baixo ou, por outro lado, contribuir como um factor de *stress* e ser igualmente patológico.

Com base nisso, nas situações de *stress* o indivíduo recorre a mecanismos de adaptação (*coping*). O *Coping* é o modo como cada indivíduo se adapta psicológica, comportamental e

fisicamente a um factor de *stress*, ou seja, é a capacidade que cada um desenvolve para lidar conscientemente com os problemas (Neeb, 2000).

O *stress* excessivo pode ter repercussões prejudiciais por: evocar emoções negativas e fortes que são perturbadoras, desenvolver ou agravar doenças físicas e/ou psíquicas, ter uma influência negativa na família, trabalho e vida social, prejudicar os processos de tomada de decisão, poder ocasionar maior número de acidentes de trabalho e rodoviários, induzir alterações do sono, metabólicas, do sistema imunitário e a nível sexual (Vaz Serra, 2007)

Os custos do *stress* só podem ser calculados com indicadores indirectos que consistem no mal-estar, nas incapacidades, mortes prematuras, a forma como afecta órgãos vitais, nomeadamente, o coração, perturbações psíquicas e físicas, consumo de analgésicos, tranquilizantes, tabaco, drogas ilícitas ou bebidas alcoólicas, são atitudes utilizadas para tolerar os efeitos do *stress* (Vaz Serra, 2007).

Baseado na evidência científica considera-se que o *stress* excessivo ou a falta de aptidões e recursos para lidar com ele leva à ruptura, a mecanismos desadaptativos e à crise. Desta forma, existem várias estratégias para prevenir e para lidar com o *stress*, concretamente, a adopção de estilos de vida saudáveis como: a alimentação, o exercício físico, a gestão do *stress* através da gestão do tempo e de técnicas de relaxamento, higiene do sono e modificação da filosofia encarando os acontecimentos com um certo sentido de humor e optimismo associado ao esforço para encontrar facetas positivas nas circunstâncias que aparentemente são só negativas (Vaz Serra, 2007; Payne, 2003; Potter e Perry, 2004; Bolander, 1998).

Potter e Perry (2004) quando abordam o tema do *stress* evocam Betty Neuman, enfermeira norte-americana que elaborou, em 1970, o Modelo de Sistemas que se baseia nos conceitos e respostas do *stress*, sendo o enfermeiro responsável pelo desenvolvimento de intervenções para evitar ou reduzir os factores de *stress* ou torná-lo mais suportável. Considerando este tema, aprofundei conhecimentos no modelo teórico de enfermagem: o modelo de sistemas de Betty Neuman e sobre o qual realizei uma exposição do modelo tendo em conta a sua aplicabilidade na prática (Anexo II).

1.3 – OBJECTIVOS

Objectivo geral: Promover de estilos de vida, diagnóstico e prevenção.

Este é um objectivo de grande amplitude, tendo em conta que pressupõe três intervenções, embora diferentes, estão interligadas: promoção de estilos de vida, diagnóstico e

prevenção. Apesar da amplitude do objectivo, o local de estágio pelo facto de ter várias valências proporcionou o desenvolvimento uma intervenção especializada que vá de encontro aquilo que me proponho.

Para atingir este objectivo foram delineados objectivos mais específicos e realizadas várias intervenções para os atingir. As intervenções realizadas baseiam-se na evidência científica e são dinamizadas numa perspectiva académica avançada, atitude que deve estar presente num enfermeiro que aposta nos cuidados especializados.

1. Objectivo específico: Integrar a equipa multidisciplinar e a a orgânica funcional da Unidade.

A equipa multidisciplinar é constituída por um total de vinte e três profissionais de saúde das diferentes áreas.

O facto de ser um número elevado de profissionais associado ao método de trabalho em equipas mais restritas dificulta a integração na equipa. Porém as técnicas comunicacionais que se pretende desenvolver para melhorar/promover a relação de ajuda associadas ao humor e à criatividade não são apenas para desenvolver com o utente e a família, são também para utilizarmos como recurso para uma melhor integração.

Para facilitar este processo estive nas três valências da UCCPO (consulta externa, AD, HD) e participei em várias actividades, nomeadamente, numa saída ao “Monte Selvagem” e em vários grupos terapêuticos, assisti a consultas de enfermagem, tive uma presença assídua no estágio e participei no grupo de alcoologia (Anexo III)

Por outro lado, para me integrar melhor foi necessário conhecer o trabalho que é realizado por quem o planeia, executa e avalia. Assim, foi aferido com os enfermeiros responsáveis de cada valência e com outros profissionais quais os principais objectivos de cada valência, dificuldades em atingi-los e, diagnóstico dos principais problemas na relação de ajuda e no projecto terapêutico de cada um.

A integração inclui ainda a presença numa reunião de sector realizada na Clínica Psiquiátrica I (CPI), CHPL, no qual foram debatidas estratégias para o sector A.

As reuniões de enfermagem realizadas à quarta-feira, para análise da intervenção de enfermagem às três valências e estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, revelaram-se como facilitadoras na integração

2. Objectivo específico: Promover o desenvolvimento profissional

A aquisição e o aprofundamento de conhecimentos fazem parte do meu percurso pessoal e profissional, com o objectivo de fundamentar melhor as intervenções planeadas, enquadrando-as na formação avançada.

Por outro lado, o aprofundamento de conhecimentos permite uma análise criteriosa, gestão e interpretação adequada daquilo que se lê, permitindo fundamentar a minha opinião na evidência científica demonstrada pelo meio e formular questões de maior complexidade relacionada com a formação e a intervenção de enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

Considerando que os conhecimentos adquiridos/aprofundados devem ser divulgados para contribuírem, não só para a minha prática, como também para o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros, apresentámos no Fórum organizado pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental um poster e redigimos um artigo para o livro de actas do mesmo (Anexo IV), com o objectivo de divulgar a intervenção do enfermeiro na prevenção e redução do *stress* e, no qual envolvemos a equipa de enfermagem da UCCPO.

Realizámos psicoeducação através da realização e divulgação de folhetos informativos de quatro grupos farmacológicos: ansiolíticos, antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores de humor como uma forma de contribuir com os conhecimentos adquiridos/aprofundados para a sistematização da informação e no esclarecimento da terapêutica prescrita (Anexo V).

Com a realização do poster e dos folhetos informativos demonstrámos que se pode intervir recorrendo a diversas metodologias, a diferentes técnicas de comunicação, dirigidas a diferentes audiências.

Este objectivo foi concretizado em parceria com a Sra. Enf^a Maria do Céu Monteiro.

3. Objectivo específico: Diagnosticar as necessidades dos utentes para promover/melhorar o seu bem-estar.

A identificação do problema e o diagnóstico é a primeira etapa de qualquer método científico e, como tal, do processo de enfermagem. Esta fase consiste na colheita e análise dos dados que levam à formulação do problema, seguido da determinação das necessidades de enfermagem que se traduz no diagnóstico de enfermagem (Sequeira e Lopes, 2009)

O levantamento das necessidades dos utentes realizou-se com base no testemunho dos profissionais de saúde de cada área, pela observação directa dos utentes e consulta do processo clínico no sentido de perceber se havia acontecimentos de vida que estavam na origem da agudização ou no aparecimento de um episódio de crise na AD.

Após o levantamento realizado concluímos que tanto os utentes da AD como os da HD apresentavam baixo *coping* e dificuldades em lidar com situações de *stress*. Estes dados são congruentes com o que Vaz Serra (2007) e Stuart e Laraia (2001) descrevem.

Desta forma, planeámos utilizar os mesmos instrumentos tanto na AD como no HD e a partir dos resultados delinear-se um plano de sessões de educação para a saúde adequadas aos diferentes contextos.

O instrumento utilizado como indicador de saúde foi a Escala de Ansiedade de Hamilton. A escolha deste instrumento fundamentou-se nos argumentos descritos por Chalifour (2008) e Taylor

(1992). Segundo estes autores, a ansiedade é a mais universal das emoções e a mais experimentada por todas as pessoas, em algum momento, durante a vida. A ansiedade é a primeira emoção a manifestar-se quando a pessoa se sente ameaçada, frustrada ou em conflito.

A ansiedade é o modo como o indivíduo se liga ao *stress*, o aceita e o interpreta. Desta forma, o *stress* é uma situação intermediária que conduz à ansiedade e a ansiedade o modo como reagimos ao *stress* (Chalifour, 2008).

A Escala de Hamilton é uma escala de Lickert de 0-4 (que varia entre o ausente e o muito frequente) constituída por catorze questões divididas em duas categorias: ansiedade psíquica e ansiedade somática. A classificação varia entre 0 e 52 e divide-se em ansiedade normal, reacção patológica ligeira, ansiedade patológica moderada e ansiedade patológica grave, consoante os valores obtidos.

Na AD não foi possível proceder à aplicação dos instrumentos de avaliação devido a situações inerentes à orgânica do serviço e à limitação do planeamento das actividades da responsabilidade do enfermeiro (Anexo VI).

No HD o instrumento foi aplicado a dez utentes e os resultados revelaram que a maioria (quatro indivíduos) tem ansiedade patológica grave, três apresentam ansiedade patológica, dois ansiedade normal e um reacção patológica ligeira.

4. Objectivo específico: Promover estilos de vida saudáveis: prevenção e redução do stress.

A promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental são aspectos importantes nos cuidados prestados pelos enfermeiros (Stuart e Laraia, 2001)

Caplan (1964) citado por Stuart e Laraia (2001) descreve três níveis de intervenção preventiva do modelo de saúde pública às doenças mentais e perturbações emocionais: prevenção primária que investe em baixar a incidência dos distúrbios mentais e reduzir o desenvolvimento de novos casos; prevenção secundária que implica reduzir a prevalência dos distúrbios mentais existentes através da identificação precoce e o tratamento imediato e eficaz; a prevenção terciária que se destina a reduzir a gravidade de um distúrbio mental com recurso à reabilitação.

Stuart e Laraia (2001) apresentam um modelo de prevenção de enfermagem que não procura a causa do problema, mas a forma de intervir, com o objectivo de o extinguir ou melhorar. Com base no processo de enfermagem e as etapas do modelo de prevenção, os autores referem que: na avaliação identifica-se o *stressor* que precipita respostas desadaptadas; no planeamento deve-se ter em conta as consequências no indivíduo que podem ser reduzidas ou eliminadas e elaborar estratégias de prevenção; na implementação aplica-se as intervenções de enfermagem e;

na avaliação determina-se o resultado da intervenção a curto e a longo prazo (Stuart e Laraia, 2001).

Existem várias situações indutoras de *stress* como os acontecimentos traumáticos, acontecimentos significativos de vida, situações crónicas indutoras de *stress*, micro e macro indutores de *stress*, acontecimentos desejados que não ocorrem ou traumas ocorridos no estágio de desenvolvimento (Vaz Serra, 2007).

A forma como se lida com as situações indutoras de *stress* irá repercutir-se na saúde física e mental do indivíduo e da sociedade em geral (Vaz Serra, 2007). Desta forma, o autor sugere várias estratégias para reduzir o *stress* e para melhorar a resistência do mesmo. O indivíduo torna-se vítima do seu próprio estilo de vida e atribui a este a responsabilidade pela vulnerabilidade ao *stress* e mecanismos de coping para lidar com ele. Nesta linha de pensamento um estilo de vida saudável e adequado proporciona melhor resistência ao *stress*.

Um estilo de vida adequado passa pelo controlo de peso, alimentação pobre em gorduras e rica em fibras, pelo exercício físico, consumo restrito de bebidas alcoólicas, inexistência de consumos de tabaco e drogas ilícitas (MINISTÉRIO DA SAÚDE - Plano Nacional de Saúde 2004-2010 [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde [consultada a 1 de Novembro de 2009] Disponível na internet em <URL <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>>).

Por outro lado, para resistir ao *stress* são descritas várias intervenções: reestruturação cognitiva, treino de aptidões sociais e de auto-afirmação, técnica de resolução de problemas, role-play e relaxamento muscular progressivo (Vaz Serra, 2007).

Para atingir este objectivo planeei quatro sessões de educação para a saúde.

O recurso a sessões de educação fundamenta-se com Carvalho e Carvalho (2006) quando as define como qualquer intenção de trabalhar hábitos de saúde e estilos de vida implica uma mudança individual, cultural, social e comunitária, no qual o sistema de comunicação é o principal vector.

Assim, as sessões de educação para a saúde são facilitadoras da mudança voluntária de comportamentos saudáveis, com recurso a aprendizagens planeadas, com base no aprofundamento de conhecimentos e numa reflexão sistemática prévia à elaboração da sessão (Carvalho e Carvalho, 2006).

A primeira sessão que realizei teve como população alvo os utentes da AD e do HD, tendo em conta os benefícios para as duas populações dado ser um problema comum identificado. O facto dos dois grupos terem características e objectivos terapêuticos específicos foi tido em conta na metodologia que utilizei na sessão, tornando-se um desafio e uma oportunidade de desenvolver técnicas de comunicação e técnicas pedagógicas de aconselhamento numa vertente académica e profissional avançada, tendo em conta a especificidade e a individualidade de cada um.

Nesta sessão abordei o *stress* a vários níveis desde a sua conceptualização, manifestações, situações indutoras de *stress* e estratégias para prevenir e para lidar com o *stress* (Anexo VII).

Esta sessão contribuiu para os utentes reflectirem e conhecerem estratégias que podem utilizar para prevenir e para lidar com *stress*, sendo que, algumas delas se inserem tanto na prevenção como na redução. Tendo como ponto de partida essa sessão, realizei outras três sessões com o objectivo de contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis e para a divulgação das estratégias para prevenir o *stress*.

As sessões que realizei foram sobre a higiene do sono, o exercício físico e a alimentação, e em todas procurei utilizar técnicas de *empowerment* valorizando as capacidades dos utentes, técnicas pedagógicas de aconselhamento e gestão positiva de sentimentos em situação de *stress*.

O **sono** é um estado regular, recorrente que se caracteriza por quietude, tem como função: restaurar, proporcionar homeostase, termoregulação normal e conservar a energia (Sadock e Sadock, 2007; Bolander, 1998). O sono é cíclico e tem várias fases. É a realização dos ciclos nos tempos médios adequados que determina um sono regulador (Bolander, 1998).

A necessidade do número de horas de sono varia de pessoa para pessoa. Sadock e Sadok (2007) considera que os indivíduos que dormem um menor número de horas, normalmente, são mais eficientes, ambiciosos, adeptos de socializar e alegres, comparativamente com os que dormem um maior número de horas e aos quais está associada depressão ou ansiedade. A depressão e a ansiedade são as causas mais comuns da incapacidade de iniciar o sono devido a dificuldades em relaxar e nas quais as intervenções recomendadas são: o relaxamento, alterações comportamentais e uma boa higiene do sono (Jones, 2006).

A insónia é um dos sintomas de *stress* (Vaz Serra, 2007). Nesta perspectiva fundamentada foi realizada uma sessão de educação para a saúde na qual se identificou alterações do padrão do sono e se debateu estratégias não farmacológicas para os melhorar (Anexo VIII).

O **exercício físico** foi outra das sessões que realizei com base nos estudos citados por Vaz Serra (2007) e os quais concluem que a prática do exercício físico contribui para reduzir estados de ansiedade e de depressão do indivíduo e para melhorar o seu bem-estar físico. Blumenthal [et al] (1982) citado por Vaz Serra (2007) comprovou que um programa de dez semanas de marcha e jogging, em adultos de meia-idade saudáveis, contribuiu para a melhoria da ansiedade-traço e ansiedade estado.

Tendo em consideração a evidência científica documentada realizei uma sessão de educação para a saúde com uma componente teórica na qual se debateu as vantagens e os benefícios do exercício físico com a técnica de Role Play e, uma componente prática na qual se demonstrei que o exercício físico não requer, necessariamente, dispêndio de dinheiro, realizando

uma caminhada com recurso a equipamentos de tonificação muscular, no circuito de manutenção próximo da UCCPO, disponíveis pelo município (Anexo IX).

A **alimentação** foi outra sessão desenvolvida.

A alimentação saudável e o controlo do peso são um passo fundamental para a preservação da auto-estima e da auto-confiança. Por outro lado, uma alimentação saudável fortalece o organismo, o sistema imunitário e proporciona o bem-estar psicológico (Vaz Serra, 2007; Bolander, 1998).

A alimentação é considerada um factor protector da saúde (Pais Ribeiro, 2004) e intervém na prevenção do *stress* (Vaz Serra, 2007).

Segundo Pais Ribeiro (2004) as atitudes e comportamentos da saúde e prevenção das doenças são conhecidos pelas pessoas, no entanto, a maior dificuldade reside na sua implementação e na mudança de comportamentos. Baseada na evidência científica a intervenção que realizei incidiu nos erros alimentares e nas dificuldades em colocar em prática uma alimentação saudável e/ou corrigir os erros sugeridos (Anexo X).

No final das quatro sessões dedicadas às estratégias para prevenir e lidar com o *stress* apliquei o mesmo instrumento de diagnóstico da ansiedade, para avaliar as intervenções. Os resultados da análise da Escala de Hamilton revelaram que dos dez utentes iniciais, apenas oito se encontravam no HD no momento da avaliação. Em geral, todos os utentes diminuíram a frequência dos sintomas de ansiedade com excepção de uma pessoa (Anexo XI).

Tendo em conta a intervenção terapêutica contemplar o contributo de outros profissionais de saúde que desenvolvem outras actividades como o relaxamento, o treino de aptidões sociais e o treino de resolução de problemas, as sessões de educação para a saúde realizadas numa perspectiva académica avançada e especializada na saúde mental e psiquiátrica, revelaram-se num contributo relevante no esclarecimento, informação e promoção de uma escolha fundamentada em estilo de vida saudáveis.

Por outro lado, contribuímos (alunas do II Mestrado de natureza profissional, área de especialização de saúde mental e psiquiatria) com um factor inovador no processo de enfermagem que foi o recurso a instrumentos de diagnóstico e de avaliação que permitam quantificar e cimentar a nossa intervenção.

5. *Objectivo específico: Prevenção de reinternamentos*

O Parlamento Europeu considera que a saúde física e mental interagem entre si e que a saúde mental permanece, com frequência não diagnosticada, subestimada e é inadequadamente tratada. Este descuido na Saúde Mental reverte em custos económicos na ordem dos 3 a 4% do PIB dos estados membros em 2006 e recomenda a prevenção através de intervenções sociais,

nas situações em que a prevenção não é suficiente, recomenda-se o incentivo a facilitação do acesso ao tratamento médico (PARLAMENTO EUROPEU - **Resolução do Parlamento Europeu sobre a Saúde Mental** [em linha]. Bruxelas: Parlamento Europeu [consultada a 5 de Fevereiro de 2010]. Disponível na internet em <URL <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0063+0+DOC+XML+V0//PT>>).

Na opinião de Potter e Perry (2004) e Bolander (1998), as actividades terapêuticas inerentes à prevenção da saúde passam pelo aconselhamento, ensino e encaminhamento.

Com base nisso o melhor local para atingir este objectivo é a consulta externa, na qual o enfermeiro presta cuidados ao utente que recorre à UCCPO, administra terapêutica dêpot, realiza triagem de situações novas e encaminha-as, acolhe o utente que tem alta clínica da Clínica Psiquiátrica I (CPI) realizando uma primeira avaliação e presta cuidados domiciliários.

A consulta externa é uma forma de prevenir reinternamentos devido à identificação precoce dos problemas e intervenção adequada; devido ao acompanhamento do utente da família, devido à monitorização dos utentes que realizam terapêutica dêpot permitindo um acompanhamento regular do utente e a detecção da falta através do sistema informático criado pelo Enf.º responsável pela consulta.

As consultas externas e os cuidados domiciliários na área de Saúde Mental são uma prioridade para a Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) devido aos custos inerentes ao internamento (247€ a diária em Hospital Psiquiátrico) quando comparado com um domicílio (59,50€ ou uma consulta de triagem: 13,90€). Assim, a ACSS preconiza como um dos objectivos para as unidades locais de saúde uma taxa de 7,5% de visitas domiciliárias de enfermagem realizadas por cada 1000 inscritos, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados (ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde [consultada a 5 de Dezembro de 2009] Disponível na internet em <URL http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Tabelas_Impressos/Portaria%20132_2009.pdf>).

Os cuidados domiciliários contemplam os cuidados ao utente e à família no seu próprio domicílio. O enfermeiro baseia-se em conhecimentos e competências dirigidas para a manutenção da saúde, ensino, prevenção da doença, diagnóstico e tratamento da doença, alívio e reabilitação (Anexo XII).

De todos os técnicos, os enfermeiros são os que mais visitas domiciliárias fazem (Potter e Perry, 2004; Bolander, 1998). Assim, a consultas de enfermagem são uma mais-valia nos cuidados comunitários, promovendo o desenvolvimento de competência e agindo como uma importante barreira preventiva de reinternamentos (Anexo XIII).

Segundo Bolander (1998), o modelo para a prática dos cuidados de enfermagem no domicílio fundamenta-se na teoria geral dos sistemas, autocuidado e teorias de adaptação. Este modelo assume que os indivíduos e as famílias são activas e capazes de prestar os seus próprios cuidados, porém, é a interacção entre estes elementos que condiciona a coordenação dos cuidados, com base no processo de enfermagem. Os resultados são definidos em termos de

satisfação, qualidade de cuidados, custo-benefício, estado da saúde e capacidade de auto-cuidado.

Durante este módulo realizei duas visitas domiciliárias que coincidiram com a administração de terapêutica dêpot. Na primeira visita o utente aceitou a administração terapêutica, no entanto, foi difícil estabelecer uma comunicação terapêutica devido ao profundo isolamento em que vive. A intervenção de enfermagem centrou-se na intervenção na família, recorrendo ao treino de resolução de problemas e técnicas pedagógicas de aconselhamento. Foi sinalizado o pai do utente devido a humor deprimido prolongado e sugerido que se deslocasse à UCCPO para acompanhamento médico e psicológico.

Na segunda visita domiciliária a intervenção foi realizada com a utente que incidiu na importância da adesão ao regime terapêutico, como forma de manter o seu bem-estar, e iniciou-se uma relação de ajuda.

6. Objectivo específico: Realizar formação em serviço

Desde a segunda metade do sec. XX tem sido exigido cada vez mais competências aos enfermeiros, tendo o nível de formação académica e profissional, vindo a reflectir-se no desenvolvimento de uma prática cada vez mais complexa, diferenciada e exigente (Carvalho e Carvalho, 2006).

Desta forma, é impossível a formação inicial fornecer todos os conhecimentos necessários ao longo da carreira profissional, devido à rápida desactualização dos conhecimentos adquiridos e frequentes mudanças. Para além disso, a evolução das ciências e das técnicas levantam problemas que exigem reflexão e estudo, o que implica formação contínua (Sousa, 2000 citado por Carvalho e Carvalho, 2006).

Uma das formas de fomentar a formação contínua é através da formação em serviço.

A formação em serviço, na opinião de Gomes (1999) citado por Carvalho e Carvalho (2006, p. 44) “é a formação que se realiza concomitantemente com a prática profissional, visando aprofundar o grau de desenvolvimento pessoal e profissional”.

Nesta ordem de ideias Collière (1989) citada por Carvalho e Carvalho (2006, p.45) refere que “quer a formação inicial, quer a formação permanente, desempenham um papel determinante na evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido que geram condutas, comportamentos e atitudes”.

Nesta ordem de ideias a formação em serviço é um aspecto relevante no desenvolvimento de competências. Desta forma, participei em reuniões de enfermagem que se realizavam à 4ª F à tarde com a finalidade de debater as intervenções de enfermagem realizadas e outras situações pertinentes para serem abordadas pela equipa. As participações não foram estruturadas tendo em conta a imprevisibilidade de ocorrer a reunião por imperativos de serviço, no entanto, ficou o

contributo de conhecimentos e opiniões baseados na minha formação inicial, na experiência profissional e principalmente, nos conhecimentos adquiridos na formação avançada.

1.4 – ANÁLISE REFLEXIVA E AUTO-AVALIAÇÃO

O diagnóstico, a promoção da saúde e a prevenção da doença é um leque onde o enfermeiro actua e uma excelente oportunidade para desenvolver competências na área de especialização de Saúde Mental e Psiquiatria.

Apesar de ter delineado objectivos específicos e exequíveis, muito ficou por abordar numa área de intervenção tão alargada. Porém desenvolvi várias competências, nomeadamente, no que diz respeito à prestação de cuidados de enfermagem com recurso a um aprofundamento de conhecimentos, no âmbito desta especialidade, a prestação de cuidados numa perspectiva multidisciplinar com base nas evidências científicas e na gestão e interpretação dos conhecimentos provenientes da formação inicial aliada à experiência profissional e à formação pós-graduada.

Este foi o primeiro módulo de um conjunto de três, que têm como objectivo geral desenvolver competências na área de especialização em Saúde Mental e Psiquiatria.

O Módulo I contribuiu para despertar a consciência crítica para os problemas da prática profissional quer da equipa de enfermagem, quer na equipa multidisciplinar ou mesmo ao nível do utente e da família.

A reflexão crítica sobre a minha prática em particular enquanto aluna de estudos avançados e especializados e, no geral, enquanto enfermeira foi uma constante (Anexo XIV).

O desenvolvimento deste estágio exigiu-me um aprofundamento de conhecimentos na área de intervenção baseados nos resultados de investigações válidas e relevantes para a prática e no desenvolvimento de técnicas de comunicação e de relação terapêutica que proporcionassem intervenções com a qualidade que é esperada.

A consulta externa foi das valências mais ricas no desenvolvimento de competências proporcionadas pela prevalência de intervenções autónomas. Nesta valência foi possível adequar diferentes metodologias, nomeadamente técnicas de comunicação terapêutica, gestão positiva de sentimentos e aconselhamento a situações complexas e inesperadas que os utentes expunham e que surgiam na consulta externa, segundo uma perspectiva académica e profissional avançada, desenvolvimento da capacidade de reagir permite situações imprevistas e complexas que surgem na prática, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ficou por melhorar a formação em serviço, para isso sugeria que fosse realizada uma análise das práticas sobre as funções do enfermeiro e a forma como pode trabalhar em conjunto nas equipas multidisciplinares. Contudo promovi o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem com a partilha de conhecimentos e reflexões sobre a prática de enfermagem na UCCPO, sempre que possível na reunião semanal ou de forma não estruturada nos momentos em

que discutia os ganhos em saúde de determinadas intervenções realizadas. Os resultados que observei foram de acordo com um aprofundamento das intervenções.

2 - MÓDULO II: INTERVENÇÃO NA CRISE

RESUMO DO CAPÍTULO

O Módulo II decorreu na Clínica Psiquiátrica I (CPI), do CHPL, no período de 28 de Setembro a 20 de Novembro de 2009.

Este estágio teve como objectivo geral: desenvolver competências na intervenção da pessoa em crise, tendo para isso realizado intervenções breves, sessões de relaxamento e uma sessão de educação para a saúde sobre a adesão terapêutica. As intervenções breves foram realizadas durante o acompanhamento individual de três utentes, dois dos quais com síndrome de dependência alcoólica (SDA) e o terceiro com sintomatologia depressiva associada a ideação suicida.

A intervenção na crise é uma área muito vasta, tendo por isso focalizado a minha atenção em utentes com problemas de alcoolismo. Porém, o enfermeiro tem que estar preparado para saber actuar em situação imprevistas e na sua área de especialização, com base nisso, realizei uma intervenção breve para desenvolver competências na prestação de cuidados, na área da depressão com ideação suicida.

Nas intervenções que realizei foram utilizados dois instrumentos de diagnóstico e de avaliação da intervenção: o State Trait Anxiety Inventory (STAI) e o Inventário de Resolução de Problemas (IRP). O STAI é um questionário de auto-preenchimento que avalia a ansiedade. A forma Y-1 avalia a ansiedade-estado e a forma Y-2 a ansiedade-traço. O IRP é uma escala de *coping* de auto-preenchimento que avalia como é que cada indivíduo resolve determinados problemas.

A formação em serviço é uma forma de contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional do próprio e dos outros. Por outro lado, contribui para aliar a teoria à prática, promover a integração e a adaptação. Tendo em conta isso, foram desenvolvidas duas formações em serviço: a primeira foi a análise das práticas na qual se identificou as dificuldades em prestar cuidados ao utente com problemas de alcoolismo e discutiu-se estratégias para as superar; na segunda realizou-se a apresentação de um estudo de caso, com recurso ao modelo da teoria dos sistemas de Betty Neuman e os diagnósticos e intervenções baseados na Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) versão 1.0.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA CPI

A CPI encontra-se inserida no sector A, do CHPL e situa-se no Pavilhão 29 R/C. Este serviço visa o tratamento de utentes, de ambos os géneros, com patologia psiquiátrica em fase

aguda, o apoio à família e a reinserção social através do encaminhamento para o NIC de Loures e UCCPO (Plano de Actividades 2009 para a equipa e enfermagem do Sector A).

A prestação de cuidados realiza-se num contexto multidisciplinar, no qual contam com a prestação de: cuidados de enfermagem, cuidados médicos psiquiatras e de medicina interna, apoio psicológico e de acção social, prestação de serviços por assistentes operacionais.

A CPI abrange a área geodemográfica de vinte freguesias de Loures Ocidental e de Odivelas e utentes fora da área, por rotatividade. Assim, este serviço abrange um universo de 2.744.350 pessoas quando se considera o tratamento e reabilitação do doente alcoólico e, cerca de 333 847 habitantes para as restantes patologias, (Informação recolhida através dos sites oficiais dos municípios, e do censo de 2001). Tem uma lotação de vinte de oito camas das quais teve uma taxa de ocupação média de 84,7% entre 1 de Janeiro e 30 de Setembro (estes valores incluem o movimento de utentes com problemas de alcoolismo desde Maio de 2009).

Trata-se de um serviço com taxa média de ocupação elevada, quantificada em 84.5% e com uma média de 15,1 dias de internamento. Estes dados traduzem-se num campo de estágio que proporciona diversas experiências e o desenvolvimento de competências na intervenção da crise, sendo que as patologias mais frequentes são as relacionadas com: o SDA, psicoses afectivas e psicoses esquizofrénicas.

2.2 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS

Vários autores se debruçam sobre o conceito de crise e a sua conceptualização é unânime. Crise é um estado psicológico agudo com que a pessoa se defronta, após uma circunstância de risco ou de frustração, constituindo para ela um problema importante que, pelos mecanismos e recursos habituais de resolução de problemas não o consegue ultrapassar (Stefanelli [et al], 2008; Stuart e Laraia, 2001; Phaneuf, 2005; Caplan 1964 citado por Townsend 2002).

Assim, uma pessoa em crise está em risco de dano físico e emocional, infligido por si ou por outros devido ao funcionamento geral estar gravemente prejudicado. Nestas situações incluem-se indivíduos com psicoses agudas, intoxicações alcoólicas ou de outras drogas e com ideação suicida (Neeb, 2000; Townsend, 2002).

Segundo Stefanelli [et al] (2008) existem vários tipos de crise:

1. Maturacional ou de desenvolvimento: são eventos evolutivos que ocorrem ao longo da vida de uma pessoa e são caracterizados por etapas que vão sendo superadas com novas estratégias às exigências que são colocadas;

2. Situacional é devido a factores externos que perturbam o equilíbrio psicológico de um indivíduo. Nestes casos é importante reconhecer factores que podem contribuir para a recuperação do equilíbrio: percepção do evento, apoio situacional e recursos disponíveis.

3. Acidental: são situações que não fazem parte da vida diária, são acidentais, incomuns e imprevistas podendo ter como resultado múltiplas perdas ou grandes mudanças ambientais.

Por outro lado, Caplan (1964) citado por Townsend (2002) considera quatro fases no processo de crise:

1. Um aumento da tensão que vai estimular as habituais respostas homeostáticas de resolução de problema;

2. Aumento da ansiedade e tentativa de solução, sem sucesso, seguidas de um aumento da frustração;

3. Mobilização de recursos externos e internos de emergência, podendo o problemas resolverem-se;

4. Se o problema se mantiver, a crise passa a aguda ou então a pessoa para lhe fazer face entra em denegação ou resignação. A tensão aumenta até ao ponto de rotura, levando à perda de controlo emocional.

Nesta linha de pensamento, Aguilera (1998) citada por Townsend (2002) estabelece um paradigma no qual sugere que o individuo vem ou não a apresentar uma crise em resposta a uma nova situação de *stress* dependendo da: **percepção do evento** – se a percepção é realista o indivíduo tem maior probabilidade de mobilizar os recursos adequados para se restaurar; **disponibilidade de apoios situacionais** – estar apoiado por pessoas disponíveis e em quem possa confiar para ajudar a resolver o problema e; a **disponibilidade de mecanismos de ajuste adequados** – pressupõe o recurso a estratégias comportamentais que já tenham sido eficazes em situações anteriores.

Para além destes factores, Botelho (1985) sugere que são importantes na resolução da crise: os recursos, a aceitação, as experiências semelhantes, a capacidade para aceitar a necessidade de mudança, a capacidade cognitiva, o controle do humor e o afecto, os traços de personalidade e a capacidade para utilizar sistemas de apoio.

Aguilera (1998) citada por Stuart e Laraia (2001) e Townsend (2002) considera que intervenção na crise deve providenciar a mobilização dos recursos necessários para resolver a crise e obter o alívio. A intervenção na crise não visa uma mudança importante na reestruturação da personalidade, mas o restauro do funcionamento pré-crise ou a um nível mais elevado de funcionamento e estimular o crescimento pessoal. Na opinião do mesmo autor, a situação de crise requer a solução do problema imediato e autolimitado entre quatro a seis semanas.

A intervenção na crise realiza-se em quatro fases comparáveis com as etapas do processo de enfermagem:

- Fase 1 – de avaliação no qual se recolhe informações relativamente aos factores que precipitaram a crise;

- Fase 2 – planeamento da intervenção terapêutica na qual se planeia a intervenção apropriada com os diagnósticos identificados, tendo em consideração os pontos fortes do indivíduo e os recursos disponíveis para apoiá-lo;

- Fase 3 – intervenção que consiste numa abordagem orientada para a realidade, estabelecer uma relação terapêutica, estabelecer limites a comportamentos agressivos e destrutivos, ajudar o indivíduo a determinar o que ele considera que precipitou a crise e orientar o indivíduo para o processo de resolução de problemas;

- Fase 4 – análise final da resolução da crise. Nesta fase recomenda-se um resumo de toda a intervenção, com a revisão do que o indivíduo aprendeu e como prevêem que vá reagir no futuro.

A metodologia básica é a técnica de resolução de problemas.

Segundo Neeb (2000) os objectivos de intervenção na crise mudam de acordo com o grau de tratamento em que seja envolvido. A intervenção na crise para o prestador de cuidados visa: assegurar a segurança; comunicar a situação; identificar o problema; diminuir o nível de ansiedade e regressar ao nível de funcionamento pré-crise.

Durante este estágio foram desenvolvidas intervenções individuais e em grupo, em utentes com dependência de álcool e ideação suicida associada a sintomas depressivos, porém debruçei-me mais sobre o utente com problemas de alcoolismo.

O alcoolismo é um fenómeno complexo que provoca alterações a nível social, familiar e profissional (Coutinho [et al], 2003). A Associação Portuguesa de Medicina de Adição (1992) citada por Nabais (2005) refere o alcoolismo como uma doença primária, crónica, abrangendo factores ambientais, fisiológicos, psicológicos e genéticos que influenciam o seu desenvolvimento e manifestações. A doença é frequentemente progressiva e fatal. É caracterizada, contínua ou periodicamente, por: perda de controlo sobre o consumo de álcool, preocupação com o álcool como tóxico, uso do álcool apesar das consequências adversas e distorções do pensamento, nomeadamente a negação do problema.

A escolha deste grupo de doentes prendeu-se com o facto de ser um problema complexo que abrange uma larga percentagem da população portuguesa e que atinge todas as classes sociais.

Ao nível da União Europeia (dos 15), Portugal é considerado o 2º país no qual cada indivíduo consome mais álcool, sendo que, o primeiro lugar é ocupado pelo Luxemburgo, no qual existem grandes comunidades de emigrantes portugueses (Nunes e Pateiro, 2000).

Segundo a OMS descreve no Global Status Report on Alcohol de 2004, Portugal encontra-se nos primeiros 12 países em que o consumo de álcool, per capita é maior, adiantando o valor de 12,49 L, no que se refere ao consumo de vinho ocupa o 3º lugar a nível mundial com 7,16 L. (WORLD

HEALTH ORGANIZATION – Global Status Report on Alcohol [em linha]. Genebra: Department of Mental Health and Substance Abuse [consultada a 20 de Novembro de 2009] Disponível na internet em: <URLhttp://www.WHO.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf>).

A nível europeu, o mesmo relatório coloca em primeiro lugar o Luxemburgo com 17,54 L seguido da República Checa, França e Alemanha à frente de Portugal.

Segundo o Relatório World Drink Trends (2005), no ano de 2003 foram consumidos 9.6 l de álcool puro *per capita*, colocando Portugal no oitavo lugar dos países da Europa com maior consumo (Filho, 2005). Dentro do próprio país existem diferenças regionais, embora os resultados se reportem a 1997, revelam que é na zona de Lisboa, Porto, Braga e Aveiro que se encontram o maior número de dependentes e bebedores excessivos de álcool (Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, 1997).

Estas diferenças estão relacionadas com a densidade populacional de cada distrito, factores sócio-económicos, tradições culturais de determinada zona e concentração de pessoas de determinadas religiões, sendo que os judeus, asiáticos e protestantes conservadores consomem menos álcool do que os protestantes liberais e católicos (Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, 1997).

Se se fizer uma analogia a este valor e tendo em conta que 22% dos internamentos na CPI são com SDA, valor este que no ano de 2010 pode vir a aumentar caso a taxa de internamento se mantenha, pode-se sugerir a reavaliação do número de vagas para utentes alcoólicos.

Estes dados revelam que o alcoolismo é uma doença com presença marcada na população portuguesa (10,3% da população com mais de 15 anos é alcoólica e 13,7% tem consumos excessivos) (Filho, 2005). Nessa sequência a prevenção, o tratamento e a reabilitação destes doentes é fundamental para o indivíduo, a família e a sociedade (Filho, 2005).

Outro dos motivos da escolha deste grupo de doentes é a reestruturação do Centro Hospitalar. Esta implicou várias alterações, nomeadamente a integração dos doentes da Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoologia (UTRA), na CPI. Como todas as alterações necessitam de um período de adaptação e nessa sequência foi desenvolvido um trabalho que colaborei na adaptação e melhoria dos cuidados prestados a estes utentes, tendo em consideração o objectivo do estágio que seria desenvolver competências de enfermagem na intervenção na crise.

No contexto do estágio houve outros factores que pesaram na decisão, nomeadamente o módulo III que seria a reabilitação no utente com problemas de alcoolismo. O facto de acompanhar utentes com a mesma patologia em diferentes situações é uma mais-valia para o desenvolvimento de competências nesta área.

A depressão é a principal causa de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes, estando implícitos avultados custos pessoais e sociais da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Portal da saúde** [em

linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, actual a 2/1/2006 [consultada a 19 de Fevereiro de 2010] Disponível na internet em: <URL:<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+menta+depressao.htm>>).

Uma em cada quatro pessoas em todo o mundo sofre, sofreu ou vai sofrer de depressão e uma em cada cinco utentes dos cuidados de saúde primários portugueses encontra-se deprimido no momento da consulta (MINISTÉRIO DA SAÚDE – Portal da saúde [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, actual a 2/1/2006 [consultada a 19 de Fevereiro de 2010] Disponível na internet em: <URL:<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+menta+depressao.htm>>).

Tendo em conta estes dados e o facto de a depressão ser um problema primordial reconhecido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, durante este estágio foi realizada, também, uma intervenção que não se enquadrava nos utentes com problemas de alcoolismo, mas sim na ideação suicida associada a sintomas depressivos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Portal da saúde** [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, actual a 2/1/2006 [consultada a 19 de Fevereiro de 2010] Disponível na internet em: <URL:<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+menta+depressao.htm>>).

Segundo McIntyre, Barroso e Lourenço (2002), a depressão tem na sociedade portuguesa um impacto económico na ordem dos 246 milhões de contos, sendo estes valores relativos ao ano de 1992. Para além dos custos com procedimentos de diagnóstico e tratamento, são conhecidas como consequências o absentismo laboral, a redução da produtividade e a mortalidade prematura devido à elevada taxa de suicídios em doentes depressivos. Malone [et al] (2000) citado por McIntyre, Barroso e Lourenço (2002), apresentam resultados em que a ideação suicida está presente entre 57 e 78% da amostra, sugerindo uma maior prevalência em elementos do sexo feminino e havendo maiores riscos se houver comorbilidade com perturbações de ansiedade.

Tendo em consideração a relevância dos factos descritos, esta experiência teve a sua importância no desenvolvimento de outras capacidades, nomeadamente, a de adequação a cada pessoa de um plano de cuidados, a realização de intervenções em qualquer indivíduo na área de especialização, conseguir intervir de diferentes formas em diferentes situações.

2.3 - OBJECTIVOS

Objectivo geral: Intervir com a pessoa em crise no âmbito da saúde mental e psiquiátrica

1. *Objectivo específico: Integrar a equipa multidisciplinar e a orgânica funcional da Unidade.*

A integração na CP I iniciou-se no módulo anterior quando participei na reunião promovida pelo serviço e no qual se debateu e apresentou estratégias de intervenção para o sector A. Nessa reunião estavam presentes elementos da CPI os quais pude conhecer.

A equipa da CPI é constituída por 40 profissionais de diferentes áreas. Tendo em conta o elevado número de profissionais, a integração foi algo que decorreu ao longo do estágio. Porém, a presença assídua nas passagens de turno foi uma estratégia para conhecer os elementos da equipa de enfermagem, o seu método de trabalho e os utentes internados. As passagens de turno são momentos valiosos no contexto de aprendizagem, de integração, de discussão, análise das práticas e identificação de problemas quer funcionais, quer de formação na equipa (**ORDEM DOS ENFERMEIROS - Parecer do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros nº 20/2001** [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros [consultada a 3 de Fevereiro de 2010] Disponível na internet em <URL http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf>).

A equipa multidisciplinar é constituída por um grande número de profissionais, no entanto, o seu horário laboral enquadra-se, na sua maior parte do tempo, no turno da manhã. Desta forma, o horário de estágio incidu na sua esmagadora maioria em manhã de segunda a sexta-feira, facilitando este processo.

2. Objectivo específico: Intervir no utente em crise e família, com problemas de alcoolismo

O Conhecimento científico é um processo que permite organizar actividades de saúde baseadas na evidência científica. É algo que contribui para a evolução através do seu objectivo primário: produzir conhecimento e fazê-lo circular e difundir-se em redes, onde estará sujeito a escrutinações de diversas ordens (Barreto, 2004).

Para intervir de uma forma fundamentada é necessário conhecer o que já foi desenvolvido, aplicar uma análise crítica nas vantagens e desvantagens de certas intervenções e proceder à escolha da intervenção mais adequada.

No decurso da revisão bibliográfica deparei-me com uma enorme quantidade de documentos publicados. Porém, ao analisar os referidos artigos observei que, de uma forma geral, eram de origem brasileira ou eram escritos por vários profissionais de saúde nos quais os enfermeiros portugueses estavam em minoria. Assim, realizei uma pesquisa com as palavras-chave de “álcool”, “alcoolismo” e “intervenções de enfermagem”, na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e verifiquei cada documento, com o objectivo de encontrar produção científica de enfermeiros portugueses na área do alcoolismo e, de uma forma, geral, saber o que é que escreveram no período de 2000-2009. Posteriormente, alarguei a pesquisa a todas as escolas públicas e privadas que leccionem o curso de enfermagem e procurei teses de mestrado e doutoramento. O resultado resumiu-se a 18 artigos, 2 teses de mestrado e 1 capítulo de um livro (Anexo XV).

Na intenção de concretizar este objectivo foi realizado um estudo de caso, no qual se elaborou uma fundamentação teórica baseada no conhecimento divulgado no meio.

Segundo Stefanelli [et al] (2008), a crise é uma emergência psiquiátrica devido ao risco imediato para o próprio e para os demais. A mesma autora sugere vários níveis de intervenção, nomeadamente: a **abordagem individual**. Na abordagem individual, a autora enfatiza que o enfermeiro deve compreender as características do utente, o que o levou à crise actual e optar pela intervenção que julgar mais eficaz para ajudá-lo a desenvolver uma resposta à crise. Nesta perspectiva foram realizadas duas abordagens individuais que tiveram a duração do internamento. Essas abordagens centraram-se em dois utentes com SDA.

No tratamento do alcoolismo, a abstinência é uma realidade que surge seis a oito horas após a última ingestão de álcool, atinge o seu pico entre as 24 e 48 horas e melhora após sete dias de cessar o uso (Brêtas e Gamba, 2006). Assim, na intervenção na crise há que considerar os sinais e sintomas de abstinência que variam do leve ao severo, nos quais estão incluídos tremores nas extremidades, sudorese, alterações gastrointestinais, taquicardia, aumento da tensão arterial, insónia, inquietação, irritabilidade, convulsões, alucinações visuais e tácteis, *delirium tremens*.

A intervenção na crise destes utentes contempla várias intervenções, nomeadamente, a aceleração da destruição do álcool e neutralizar os seus efeitos depressores sobre o sistema nervoso central, tratamento da intoxicação alcoólica e das suas complicações, proporcionar os meios para a reconstrução e reorganização da vida e reestabelecer as capacidades relacionais com o meio, estabelecer um novo estilo de vida de abstinência alcoólica, adoptado, mantido e valorizado pelos aspectos gratificantes que lhe são inerentes (Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, 1997).

Segundo Adès e Lejoyeux (2004) existem vários métodos de tratamento e distingue três: a cura por desintoxicação, o tratamento a longo prazo e as inovações terapêuticas nas quais inclui os tratamentos farmacológicos e algumas psicoterapias. A desintoxicação é aquela em que irei incidir por constituir um período que corresponde ao internamento e no qual podem surgir complicações relacionadas com a abstinência.

A desintoxicação pode correr em ambulatório, em internamento parcial ou total.

Segundo Adès e Lejoyeux (2004), a desintoxicação em meio hospitalar apresenta-se mais vantajosa, nomeadamente, devido ao distanciamento do meio familiar, à obtenção de uma abstinência autêntica podendo representar uma carga simbólica para o indivíduo e a um acompanhamento e minimização das complicações somáticas e psíquicas do alcoolismo.

O tratamento do alcoolismo tem como objectivo geral iniciar e manter a longo prazo a abstinência total de álcool, favorecer a melhoria da qualidade de vida alterada pelos consumos de álcool ao nível da saúde física e mental, estatuto familiar e profissional, inserção social. Para isso deveremos atender à individualidade de cada um em detrimento de um tratamento padronizado do alcoolismo que acaba por ser redutor. Nesta perspectiva deve-se atender a factores de ordem cultural, ideológica e atender à fase de mudanças do utente. Na opinião de Adès e Lejoyeux (2004),

deve-se associar diversos métodos, nomeadamente, quimioterapêuticos, psicoterapias individuais de inspiração psicanalítica ou cognitivo-comportamental, terapia de grupo, métodos corporais incluindo as técnicas de relaxamento, socioterapia e terapia familiar, psicodrama e role-play.

Assim, foram desenvolvidas intervenções breves em dois utentes com SDA. As intervenções breves têm como objectivo: motivar o utente a desenvolver um determinado tipo de acção, como por exemplo, mudar um comportamento, entrar em tratamento ou mudar a forma como pensa em relação a uma determinada situação e apoiá-lo ao longo desse processo de mudança (Ferreira-Borges e Filho 2007).

Com base na fundamentação apresentada e no processo de enfermagem foram realizadas duas intervenções breves em utentes com SDA. As intervenções realizaram-se no período de internamento que tem em média 14 dias e tinham como objectivo desenvolver competências nos cuidados especializados aos utentes com SDA num momento de crise, caracterizado pelos primeiros dias de abstinência no qual seria necessário vigiar as alterações de comportamento daí inerentes, realizar intervenções com base na colheita de dados e no exame mental realizado e avaliar as intervenções (Anexo XVI).

Em ambas as situações recorreu-se a dois instrumentos de diagnóstico e avaliação: o STAI e o IRP. A escolha do STAI teve em consideração ser uma escala que avalia a ansiedade-traço e a ansiedade-estado, encontra-se traduzida por A. Batista desde 1996 e validada para a população portuguesa por Danilo Silva desde 1997. A opção por esta escala teve em consideração as suas propriedades psicométricas e a sua acessibilidade.

Esta escala é constituída por duas sub-escalas: a ansiedade-traço com 20 questões e que correspondem a um estado e à frequência de sentimentos de ansiedade, e a ansiedade-estado traduz a intensidade desses sentimentos, no momento da aplicação (Santos e Silva, 1997; Silva citado por Gonçalves [et al], 2003)

Tendo em conta estas diferenças foi aplicada a ansiedade-traço e ansiedade-estado no início de cada intervenção, porém no final de toda a intervenção apenas foi aplicada a escala de ansiedade-estado, devido ao curto intervalo de tempo, que corresponde, em média a 13 dias de internamento. A obtenção da escala foi na Biblioteca da Universidade Lusófona, em Lisboa, local onde se encontra disponível.

O IRP é uma escala de *coping*, validada para a população portuguesa em 1988 por Adriano Vaz Serra. Tendo em conta as propriedades psicométricas e a forma como estava construída seria uma mais-valia para perceber a forma como estes doentes resolvem os seus problemas e avaliar em que pontos diferiram no final da intervenção. A escala foi obtida através do autor da validação (Adriano Vaz Serra), por e-mail, com resposta afirmativa e envio do documento em suporte informático.

O recurso a instrumentos de medida consolida a avaliação feita através da colheita de dados, da observação e da realização do exame mental, é algo que não é influenciado pela subjectividade ou pela minha observação. Por outro lado, os instrumentos aplicados são de auto-

preenchimento permitido conhecer a percepção que o utente tem de si próprio, sendo congruente com o seu juízo crítico. O facto de utilizar estes instrumentos contribuiu para planificar e executar uma intervenção mais específica, tendo em conta os aspectos menos positivos e sob os quais seria pertinente uma intervenção especializada na área. Os mesmos contribuíram para avaliar as intervenções, tendo tido maior visibilidade na intervenção mais longa.

Das duas intervenções em que utilizei estes instrumentos a primeira teve a duração de uma semana, quatro entrevistas e, o resultado do STAI manteve-se e o IRP apresentou um *score* mais elevado; a segunda teve uma duração de duas semanas com várias entrevistas individuais, sessões em grupo e na qual houve uma melhoria significativa no STAI e o IRP manteve-se, no entanto, verificou-se uma melhoria significativa na forma como lida com os problemas. Este aspecto revelou que houve ganhos em saúde tanto para o utente como para a qualidade das intervenções de enfermagem, levando a reflectir que as intervenções mais longas beneficiam a comunicação terapêutica, a relação de ajuda e os aspectos avaliados pelos instrumentos.

O Sr G (utente 1) era um utente com SDA que já tinha realizado tratamento e encontrava-se abstinente há quatro anos, tendo tido uma recaída com evolução de quatro meses. Após a avaliação inicial delineou-se um plano de cuidados que incidiu em ensinamentos sobre a adesão ao regime terapêutico, nos quais foram utilizados cartões onde foi identificado pelos utentes as vantagens e desvantagens da adesão ao regime terapêutico e informação sobre a terapêutica instituída para o seu tratamento. Foi realizado treino de resolução de problemas para melhorar a adesão ao regime terapêutico, ensino sobre a doença com ênfase nas complicações, ensino sobre estilos de vida saudáveis reforçando a alimentação e os hábitos tabágicos, recorri também a outras técnicas como reestruturação cognitiva, gestão positiva de sentimentos e técnicas pedagógicas de aconselhamento que motivassem a manutenção da abstinência (Anexo XVII) e a realização de duas sessões de relaxamento, com a finalidade de reduzir a ansiedade e ensinar estratégias que possa adoptar após a alta (Anexo XVIII).

A intervenção na família do sr. G. não foi possível realizar devido à ausência de visitas e ao facto de ele não querer envolver os irmãos nesta situação, ocultando-lhe numa fase inicial que estava internado. Embora se tenha perdido uma oportunidade para integrar a família nos cuidados e de avaliar o contexto familiar é necessário respeitar a opinião e decisões tomadas pelo utente.

No Sr D (utente 2), a intervenção teve um grau de complexidade maior devido à alteração de comportamento e ausência de juízo crítico sobre a sua doença. Esta intervenção incidiu mais no ensino da doença e a identificação das consequências que já teve na sua vida e que ainda poderá vir a ter, com a progressão da doença. Realizaram-se vários treinos de resolução de problemas como forma de diminuir ansiedade e reforçar os mecanismos de *coping* do utente.

O facto do utente se encontrar em negação constituiu um desafio à intervenção de enfermagem, sendo necessário recorrer a vários materiais, à elaboração de textos específicos e

recorrer a uma pesquisa bibliográfica mais intensa, como objectivo de conhecer outras formas de intervenção nestas situações (Anexo XIX).

Esta intervenção contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que necessitei de aprofundar conhecimentos em técnicas de intervenção que contribuíssem para a qualidade das mesmas e nas quais estavam incluídas técnicas de comunicação. A intervenção na pessoa em crise consistiu na vigilância dos sintomas de abstinência que apresentou durante a primeira semana, no envolvimento da família nos cuidados ao utente e no ensino individual realizado.

A intervenção na família englobou um dos irmãos e a companheira, sendo estes os únicos familiares que o vieram visitar. A intervenção consistiu no ensino sobre a doença e começou por explicar que de facto se trata de uma doença, por outro lado foi valorizado o papel da família nesta fase e a importância da mesma na manutenção da abstinência. Foram encaminhados para a reunião de famílias de doentes alcoólicos a realizar na UTRA, no entanto, alegando motivos profissionais não o fizeram.

Ainda no âmbito da intervenção na crise foram prestados cuidados a um utente com SDA, com abstinência alcoólica severa, caracterizada por alterações motoras, alucinações visuais e dependência física e sobre a qual foi realizada uma reflexão crítica sobre os cuidados de enfermagem (Anexo XX).

Esta situação foi a que mais caracterizou a intervenção na crise do utente com SDA e na qual a intervenção na família foi primordial, na diminuição da ansiedade e da angústia por observar o utente gradualmente a agravar o seu estado geral. A intervenção com o utente implicou cuidados de enfermagem por alteração das necessidades humanas básicas e o investimento na relação de ajuda.

No âmbito dos cuidados à família, este foi realizado de uma forma não estruturada no entanto, sistemática no período que correspondeu à hora da visita. Os cuidados à família foram direccionados para os familiares dos utentes com os quais realizei intervenções, embora também o fizesse com outras e, com as quais estabeleci uma comunicação terapêutica que permitiu conhecer a funcionalidade da família enquanto grupo, realizei ensino sobre a doença, conheci as dificuldades gerais que apresentavam em lidar com o utente e encaminhei para a reunião de famílias, que se realiza semanalmente no serviço.

4. Intervir no utente em crise com ideação suicida associada a sintomas depressivos

O desenvolvimento de competências nesta área implica desenvolver intervenções em diferentes vertentes e não limitar a um grupo de utentes. Nesta linha de pensamento foi realizada

uma intervenção, com uma utente internada por ideação suicida associada a sintomas depressivos (Anexo XXI).

Segundo Frásquilho e Guerreiro (2009) a depressão é uma das doenças psiquiátricas mais frequentes. Esta perspectiva é reforçada pela OMS (1996) citado por Frásquilho e Guerreiro (2009) que prevê que em 2010 a depressão seja a segunda causa de prejuízo causado por doença, ficando as doenças cardíacas à frente, porém prevê-se que nos países desenvolvidos sejam mesmo a primeira causa.

A definição de depressão é complexa, no entanto, Frásquilho e Guerreiro (2009) sugere que a depressão é uma doença que envolve o corpo, o humor e os pensamentos, caracterizada pelo humor depressivo, anedonia, fadiga ou sensação de perda de energia, diminuição da capacidade de pensar, concentrar ou tomar decisões, baixa auto-estima, alterações do padrão do sono, alteração do apetite, redução da libido, sintomas físicos, isolamento social, crises de choro, comportamentos suicidas e alterações psicomotoras. Segundo a teoria cognitiva, “a depressão é o resultado de distorções cognitivas específicas presentes nas pessoas predispostas a desenvolvê-las” (Sadock e Sadock, 2007, p. 580). O mesmo autor descreve a tríade cognitiva, descrita por Aaron Beck, que consiste: na visão de si próprio – uma autopercepção negativa; visão do ambiente – uma tendência a experimentar o mundo como hostil e exigente e visão do futuro – a expectativa de sofrimento e fracasso.

A auto-estima é considerada como o grau de positividade que o indivíduo tem em relação a si mesmo, é o respeito e apreciação que os indivíduos tem deles e inclui “o conceito de competência geral, poder (controle), auto-aprovação (aceitação) e amor próprio (virtudes, moral)” (Egito [et al], 2005, p.60).

Os comportamentos suicidas, frequentes na depressão, contemplam uma ampla variedade de situações incluindo a ideação suicida, tentativa de suicídio, o suicídio consumado e o parasuicídio (Frásquilho e Guerreiro, 2009).

Associado a estes comportamentos existem vários factores de risco de suicídio, como por exemplo, factores sociais, *stress* familiar e interpessoal, factores psicológicos, psicopatologia de base, comportamentos suicidas prévios, o contágio e a disponibilidade dos meios (Harrison, Geddes e Sharpe, 2006; Frásquilho e Guerreiro, 2009).

O suicídio surge em 90% dos casos associado a doença psiquiátrica, nomeadamente, a depressão. O risco de suicídio é superior nos idosos do sexo masculino e o risco de tentativa de suicídio é mais frequente nas mulheres jovens (Frásquilho e Guerreiro, 2009). Os mesmos autores referem que a Terapia Cognitivo-Comportamental associada ao Treino de Resolução de Problemas são as alternativas mais eficazes aos antidepressivos nas depressões ligeiras e moderadas, comparativamente, com as terapias psicológicas.

No tratamento da depressão Cade e Prates (2001) referem que a Terapia Cognitivo-Comportamental utiliza várias técnicas e métodos entre os quais: a racionalização de

autoconceitos negativos, estimulação de funcionamento como suporte social, aumento das actividades que causam prazer, comunicação assertiva, treino de resolução de problemas, capacidade de manipular os sintomas depressivos e monitorização das emoções negativas e os respectivos pensamentos associados.

Um estudo realizado por Egito [et al] (2006) com 120 mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 79 anos, indica que o exercício físico melhora a saúde mental e a satisfação com a vida e aumenta a auto-estima, ao contrário do sedentarismo que aumenta os sintomas depressivos.

Com base na fundamentação referida realizei uma intervenção na qual incidiu na auto-estima como foco de intervenção.

Esta utente apresentava auto-estima diminuída relacionada com a sua limitação física. A situação prolongada que quantifica em dois anos à espera de uma cirurgia à anca, com o objectivo de melhorar a sua autonomia e a qualidade de vida, associada a conflitos com a filha de 16 anos, conduziu a depressão com diminuição da auto-estima. Desta forma, baseei a intervenção em técnicas de comunicação para estabelecer uma relação de ajuda, realizei treino de resolução de problemas com o objectivo de facilitar a resolução dos mesmos, tendo-se revelado uma importante técnica na relação com a filha e em revelar outra perspectiva dos seus problemas.

A reestruturação cognitiva, a gestão positiva de sentimentos e valorização da utente enquanto pessoa, mulher e mãe através de técnicas de *empowerment* traduziram-se em ganhos para saúde desta utente, visualizados na última intervenção cuja atitude, postura e apresentação se encontravam melhorados.

A intervenção na família apenas contemplou o marido e com o qual foi feito o ensino sobre o papel da família nas situações de crise e avaliação do familiar face a esta alteração na dinâmica familiar. Assim, esta intervenção contribuiu para a adequação de diferentes metodologias de intervenção, em diferentes situações e para aumentar o leque de técnicas disponíveis na realização de intervenções de enfermagem especializadas.

5. Objectivo específico: Realizar sessões de psicoeducação tendo como focos a adesão terapêutica e a ansiedade.

No contexto dos cuidados prestados ao utente com problemas de alcoolismo foi realizada uma sessão de educação para a saúde sobre a adesão ao regime terapêutico (Anexo XXII).

O diagnóstico da necessidade de abordar este tema teve por base os profissionais do serviço, entrevista informais com utentes que referiram em mais de um período terem abandonado a terapêutica ou faltado a consultas.

O objectivo desta sessão foi sensibilizar para importância da adesão do regime terapêutico do próprio utente, demonstrando as vantagens em aderir e intervir no seu próprio tratamento. Considerando o regime terapêutico tudo aquilo que foi sugerido e que vise o tratamento desde

terapêutica, consultas de psiquiatria, de psicologia e de enfermagem, grupos terapêuticos, entre outros. Esta sessão teve como população-alvo: utentes com SDA, num período de abstinência.

Com esta sessão houve ganhos em saúde através da informação dos utentes, sobre a importância em cumprir o regime terapêutico acordado ainda que haja melhoria do seu estado clínico, sob pena de haver recaídas cada vez mais difíceis de recuperar. Nesta perspectiva espera-se, também, que o utente assuma a sua responsabilidade no seu próprio tratamento.

A intervenção na crise sugere também a diminuição da ansiedade e ao retorno do estado pré-crise. Desta forma, o relaxamento é uma das intervenções que podemos realizar com o objectivo de diminuir a ansiedade e de realizar ensino sobre outros métodos que pode realizar de forma autónoma.

Nesta linha de pensamento foram realizadas sessões de relaxamento. Estas sessões revelam-se uma mais-valia na qualidade de vida destes utentes, contribuindo para a diminuição da ansiedade através da continuação das mesmas. No final de cada sessão era dada a oportunidade de cada um exprimir o que sentiu ou algo que quisesse partilhar e era evidente que ao longo das sessões, o utente, atingia um estadió de relaxamento diferente.

6. Objectivo específico: Realizar formação em serviço

Com base na fundamentação teórica já mencionada no módulo II promovi dois momentos de formação em serviço. O tema foi as intervenções de enfermagem no utente com SDA. O diagnóstico das necessidades foi realizado com base na observação directa, por sugestão da sra. enf^a chefe e da enf^a orientadora e pelo facto de se enquadrar dentro da população com a qual intervi.

A integração destes dois momentos foi inserida no plano de formação em serviço, o que contribuiu para a participação da equipa de enfermagem, por outro lado a apresentação do estudo de caso que teve por base um modelo teórico desconhecido, para a maioria, e o facto de não se limitar aos diagnósticos de enfermagem, segundo a linguagem CIPE, como até ai era habitual, funcionou como uma oportunidade aliciante para o desenvolvimento profissional da equipa.

O primeiro momento tratou-se da apresentação de um estudo de caso baseado em intervenções breves realizadas com um utente com SDA, contribuindo para a formação dos pares nesta área e proporcionando uma oportunidade de comunicar os resultados da prática clínica (Anexo XXIII).

A análise das práticas foi algo que ainda não tinha sido feito em serviço, de uma forma estruturada, causando alguma curiosidade e foi incentivada a participação de toda a equipa de enfermagem, contribuindo para uma audiência de 13 enfermeiros e alunos de enfermagem. O tema que abordei foi os cuidados de enfermagem ao utente com problemas de alcoolismo (Anexo XXIV).

Através da observação directa ao longo de duas semanas e mediante a opinião da sra enfª chefe foi possível identificar algumas dificuldades na prestação de cuidados ao utente com alcoolismo, por parte dos membros da equipa de enfermagem. As dificuldades identificadas referem-se ao comportamento, à atitude, à incapacidade de compreender a dificuldade em manterem-se abstinentes e ao facto de considerarem o SDA como uma doença psiquiátrica diferente que não deveria ser integrada num serviço de psiquiatria. Desta forma, foi sugerido à enfª orientadora e sra. enfª Chefe que se promovesse análise das práticas para identificar essas dificuldades e, em grupo, encontrar intervenções de enfermagem adequadas para as resolver.

A análise das práticas foi um momento de análise e reflexão individual e profissional em que os onze enfermeiros que estiveram presentes expressaram as dificuldades e os sentimentos em relação ao cuidar do utente com SDA. Houve uma análise crítica por parte dos elementos que participaram, contribuindo com situações específicas como “fiz álcool-teste à sra. X deu 1,2. Não lhe consegui dizer nada” e solicitei a opinião de outros colegas, como actuar de uma forma uniformizada pela equipa de enfermagem nestas situações. De uma forma unânime todos concordaram em confrontar a pessoa com o valor, avaliar quais os objectivos pessoais para o internamento, informar o médico assistente e prestar cuidados de enfermagem necessários à abstinência.

Desta forma, reflectir sobre as práticas assume uma das formas de identificar e aproximar as teorias expostas e as teorias em uso. Desde a integração do utente com problemas de alcoolismo no serviço, foi o primeiro momento em que puderam expressar as suas dificuldades, as suas dúvidas e a forma que cada um encontrou para lidar com elas.

No final da análise, a apreciação global foi muito positiva e foi dada a sugestão ao enfermeiro responsável pela formação e à sra. enfª Chefe (presentes no momento) para continuar a realizar análise nas práticas mensalmente, ou na impossibilidade de um momento estruturado aproveitar melhor as passagens de turno para o fazer.

Com a análise das práticas e a apresentação do estudo de caso foi possível: demonstrar crítica sobre os problemas da prática profissional, actuar sobre os problemas com a análise das dificuldades e discussão da forma como as podemos ultrapassar, demonstrar conhecimentos adquiridos e promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

2.4 – ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA E AUTO-AVALIAÇÃO

Considero que este estágio contribuiu de forma positiva na minha formação individual e profissional, para o desenvolvimento de competências no tratamento do utente alcoólico em crise e, em outras situações de crise, no geral.

Porém, todo o processo de aprendizagem desenvolvido poderia ter sido facilitado se o projecto de estágio estivesse elaborado de uma forma minuciosa, que contemplasse um grupo específico de utentes nos quais iria intervir e as intervenções mais pertinentes.

O facto do projecto ter sido elaborado com objectivos gerais enquadra-se, parcialmente, no que foi desenvolvido. Os objectivos como: promover a segurança, identificar factores desencadeadores da crise, diminuir o nível de ansiedade e regressar ao nível de funcionamento pré-crise, são objectivos que de, certa forma, foram incluídos nas intervenções realizadas, com alterações nomeadamente nos instrumentos de avaliação e actividades para atingir os objectivos.

Nas intervenções realizadas as principais dificuldades foram: priorizar o ou os focos nos quais se poderia intervir durante os período de internamento. As minhas intervenções podem ser avaliadas com base em diferentes meios, nomeadamente, o exame mental e os resultados dos instrumentos aplicados. Porém existem situações que decorrem após a alta e são reflexo da mudança de comportamentos e atitudes que não são mensuráveis. Por outro lado, as intervenções realizadas recorrem a várias técnicas que não são possíveis de avaliar na sua globalidade.

O recurso a instrumentos de diagnóstico e avaliação quantifica o que é observado e para aquilo que foi validado, traduzindo a percepção do utente. Avaliação da mesma intervenção, fomentando a reflexão e a análise das práticas.

A utilização de instrumentos contribui para a realização de um plano de cuidados mais específico dado que é conhecido, através dos mesmos, os aspectos que é necessário melhorar (por exemplo no IRP), promovendo ganhos em saúde para o utente com a intervenção de enfermagem especializada e específica.

O primeiro utente, apresentou como principal foco de intervenção: a adesão ao regime terapêutico. Os resultados dos instrumentos aplicados não revelou grande diferença ao inicio da intervenção para o fim devido ao tempo total da intervenção (uma semana) e ao número de entrevistas feitas (quatro), sendo necessário uma intervenção mais longa para se verificar alteração do comportamento. Apesar disso, na prática o utente já recorreu por duas vezes ao CHPL para resolver questões relacionadas com as receitas que o impossibilitavam de adquirir terapêutica. Este facto não é mensurável em nenhum instrumento, no entanto, reflecte que a intervenção realizada levou à mudança de comportamento e a reconhecer a terapêutica como um dos pilares importantes para o seu tratamento.

O número de utentes nos quais intervi foi o possível durante o período do estágio por circunstâncias do serviço e também pelo tempo de permanência. No entanto, considero que para a minha aprendizagem e desenvolvimento de competências teria sido vantajoso um número mais elevado.

A segunda utente apresentava ideação suicida associada a sintomas depressivos. Foi uma intervenção breve que se baseou no foco principal: a auto-estima. Não foram aplicados instrumentos de avaliação (STAI e IRP), inicialmente devido ao estado de sonolência que não permitia auto-preencher as escalas e tendo em conta a perspectiva breve de alta não permitindo realizar entrevistas suficientes que alterassem os valores da primeira avaliação.

Durante o estágio foi promovida a análise das práticas com grande adesão e participação por parte dos enfermeiros da CP I. Desta forma, teria sido benéfico a promoção de outro momento

dado a importância que teve na reflexão da prática clínica, a adesão e participação na primeira análise das práticas.

Os aspectos que sugiro a serem desenvolvidos são: a intervenção na família com sessões de educação sobre a doença, formas de identificação precoce dos sintomas que podem conduzir à crise e participação na reunião de famílias, com o objectivo de detectar precocemente situações indutoras de *stress*, indícios de ansiedade elevado e de risco de crise, conduzindo a intervenções em situações precoce e a conseqüente prevenção de internamentos.

Tendo em conta a apreciação crítica do trabalho que desenvolvi, considero que foram desenvolvidas competências: na identificação de problemas e priorização da intervenção, desenvolver uma metodologia na planificação e execução das diferentes intervenções, com diferentes recursos e formas de abordagens, adequar diferentes métodos de análise tendo em conta a individualidade de cada um, desenvolver/melhorar técnicas de comunicação com o utente de maneira a facilitar a relação terapêutica (Anexo XXV).

Embora não tenha realizado nenhum trabalho de investigação, foi tida em conta a relevância da investigação e a importância de ter instrumentos que, de certa forma, possam contribuir para a avaliação das intervenções realizadas (STAI e IRP).

Nesta linha de pensamento considero que as intervenções realizadas foram uma mais-valia na intervenção da crise destes utentes, tendo em conta a metodologia utilizada e as diferentes abordagens: individual e em grupo.

As intervenções contribuíram para o utente se conhecer melhor a si próprio, conhecer a doença, as suas conseqüências e as formas de tratamento disponíveis. Para além disso o treino de resolução de problemas constituiu uma ferramenta que reforçou os mecanismos de *coping* adaptados na resolução de conflitos e situações que provocam angústia e ansiedade e que na realidade conduziram ao internamento.

O envolvimento da família foi um aspecto que não foi descuidado, implicando os seus membros nos cuidados ao utente e no reforço das relações interpessoais desse grupo, contribuindo para a qualidade de vida e para os ganhos em saúde a nível do utente, família e comunidade.

3 - MÓDULO III: TRATAMENTO E REABILITAÇÃO EM ALCOOLOGIA

RESUMO DO CAPÍTULO

O Módulo III foi realizado na Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoologia (UTRA), do CHPL

Decorreu no período de 23 de Novembro de 2009 a 4 de Fevereiro de 2010.

Este estágio teve como objectivo geral: **adquirir competências na área da reabilitação do utente com alcoolismo**, tendo para isso, desenvolvido sessões de relaxamento, dinâmicas de grupo e na promoção e adopção de estilos de vida saudáveis.

Esta última intervenção fundamentou-se nas informações de carácter científico publicadas e, tendo em vista, a formação académica avançada e a enfermagem enquanto ciência foram utilizados dois instrumentos de avaliação e diagnóstico da intervenção: “O Meu Estilo de Vida” (OMEV) que avalia a frequência das atitudes e comportamentos relacionados com a promoção e protecção da saúde e com a prevalência de doenças; e, o “Inventário de Resolução de Problemas” (IRP) que procura saber como é que a pessoa lida com os problemas apresentados.

Tendo em conta que a formação faz parte de uma das áreas de intervenção e responsabilidade e, desta forma, uma das competências a desenvolver, foi realizada uma formação em serviço que teve como objectivo apresentar o papel do enfermeiro na UTRA, em específico, a comunicação dos resultados, à equipa multidisciplinar, inerentes à intervenção realizada no âmbito da promoção dos estilos de vida saudáveis, com os utentes da UTRA.

3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA UTRA

A UTRA é um serviço dedicado ao tratamento e reabilitação de utentes com problemas de alcoolismo desde Novembro de 2008.

Fica situada no CHPL, inserida no Sector A e com as instalações físicas correspondentes ao Pavilhão 19.

Este serviço oferece um programa de reabilitação aos utentes com alcoolismo, em regime de ambulatório, de forma intensiva, tendo em conta a frequência obrigatória e a sua duração, que embora ajustável a cada um, varia entre 30 a 120 dias.

Este programa deu os primeiros passos no Hospital Miguel Bombarda em Maio de 2008, no entanto, a reestruturação dos hospitais psiquiátricos, preconizada pelo Plano de Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007-2016), condicionou a inserção da Unidade de Tratamento e Reabilitação de alcoologia no Sector A, com a atribuição de 6 camas, na Clínica Psiquiátrica I e a UTRA como um serviço independente.

A abordagem baseia-se na terapia cognitivo-comportamental com intervenções em grupo, acompanhamento individual, apoio aos familiares e grupos terapêuticos com utentes que já concluíram o programa.

A dinamização das actividades é feita pela enfermeira e pela psicóloga. No grupo terapêutico participa toda a equipa multidisciplinar, na qual se inclui os profissionais já referidos, a médica assistente e o director de serviço.

A área geodemográfica é a que corresponde a todo o CHPL e o acesso, faz-se através da consulta externa de alcoologia ou por encaminhamento dos serviços de internamento, tendo em conta que podem iniciar o programa ainda durante o internamento.

A escolha deste local de estágio prende-se inicialmente por cuidar de utentes com alcoolismo e, posteriormente, por apresentar um programa inovador, no qual a enfermagem tem um papel preponderante, na reabilitação de alcoolismo e constituiria uma mais-valia no desenvolvimento pessoal e profissional de competências nesta área.

3.2 – FUNDAMENTAÇÃO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM UTENTES COM ALCOOLISMO

O Módulo III foi realizado na UTRA, no CHPL.

Este estágio dá continuidade ao que foi desenvolvido no Módulo II, aprofundando conhecimentos e desenvolvendo competências na área da alcoologia, numa vertente de reabilitação psicossocial. Desta forma, a pertinência e relevância de escolher esta população é idêntica à descrita no Módulo II.

A reabilitação é um processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações a restauração no melhor nível possível de bem-estar e autonomia das suas funções na comunidade (Saraceno 2001, citado por Pinho [et al] 2008; Sadock e Sadock, 2007; Ferreira-Borges e Filho, 2004).

A reabilitação do alcoolismo pode ter várias abordagens, nomeadamente, cognitivo-comportamental, psicodinâmica, conjugal, familiar e intervenções breves (Costa, 1998; Barroqueiro, 2002). No entanto, Rangé e Marlatt (2008) consideram que a terapia cognitivo-comportamental é aquela que tem maior eficácia no alcoolismo.

A terapia cognitivo-comportamental é conceptualizada por Barroqueiro (2002), como uma terapia que procura ajudar o utente a extinguir uma grande variedade de comportamentos não adaptados, substituindo-os por comportamentos adaptados que permitam atingir os objectivos pré-estabelecidos. Tem por objectivo melhorar as respostas às situações de *stress*, tendo em conta os aspectos psicossociais e factores intra e interpessoais.

A terapia cognitivo-comportamental recorre a técnicas como: treino de competências sociais, treino de auto-controle, entrevista motivacional breve, gestão do *stress* e ansiedade, treino de resolução de problemas, treino de assertividade, reestruturação cognitiva e a promoção da saúde (Costa, 1998; Brêta e Gamba, 2006; Rangé e Marlatt, 2008; Sequeira, 2006).

De acordo com a evidência científica focalizei-me na promoção da saúde e no treino de resolução de problemas como duas grandes abordagens à promoção de estilos de vida saudáveis, numa vertente de reaprendizagem e de mudança de atitudes e comportamentos, inseridas no contexto de reabilitação.

Esta decisão fundamenta-se nas orientações dadas pelo Plano Nacional de Saúde (2004-2010), pelo Plano de Acção Contra o Alcoolismo (2000) e pelo Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (2009-2012), no qual incidem especial atenção na intervenção através da promoção da educação para a saúde e os ganhos observados na saúde das populações.

3.3 - OBJECTIVOS

Os objectivos são metas que proponho atingir neste estágio.

Objectivo geral: Prestar cuidados de enfermagem especializados a pessoas com dependência alcoólica/família em processo de reabilitação psicossocial.

A concretização deste objectivo terá implícita as intervenções autónomas e de carácter científico realizadas em ambulatório, na UTRA.

O alcoolismo é uma doença caracterizada pela sua cronicidade, polipatologia e alterações somáticas, psicológicas e sociais (Sequeira, 2006). Com base nisso a reabilitação destes utentes implica uma intervenção específica, holística e com aprofundados conhecimentos nesta área, para proporcionar o tratamento e fomentar a alteração de comportamentos.

1. Objectivo específico: Integrar a equipa multidisciplinar e a orgânica funcional da Unidade.

A equipa multidisciplinar é reduzida na qual constam uma enfermeira, duas psicólogas (das quais uma encontra-se em licença de maternidade) e uma médica, sendo por si só, um facilitador da integração. Por outro lado, a orientação realizada pela Sra. Enf^a Lídia Moutinho já vinha do Módulo II e o facto de conhecer a UTRA de uma forma sumária contribui para uma melhor integração

Paralelamente a estes factores, a frequência no campo de estágio permitiu aceder à planificação e assistir às actividades desenvolvidas pela enfermeira, conhecer os critérios de tratamento na UTRA através da leitura e análise do contrato terapêutico, conhecer os objectivos terapêuticos do programa e participar nas actividades da UTRA, em especial, nos grupos terapêuticos foram intervenções que contribuíram para uma boa integração na equipa e no trabalho desenvolvido.

Embora o grupo da UTRA seja um grupo aberto, a presença de um novo elemento a integrar a equipa de profissionais de saúde, ainda que seja em contexto de estágio, pode ser constrangedor comprometendo a adesão às intervenções realizadas. Desta forma, é importante estabelecer uma relação terapêutica, onde prevaleça a confiança, a disponibilidade e o sigilo profissional de maneira a garantir a aceitação de um novo elemento no grupo e de aderir ao que é proposto por este.

Segundo Edwards e Dare (1997) as vantagens em aderir à psicoterapia de grupo, no tratamento do alcoolismo são várias, no entanto, a integração de novos elementos pode condicionar a participação do utente e a adesão ao tratamento, caso não seja estabelecida uma relação terapêutica.

2. Objectivo específico: Realizar consultas de enfermagem na perspectiva do enfermeiro especialista de saúde mental no seguimento individual de um utente num processo de reabilitação.

Para cuidar numa perspectiva profissional avançada é necessário ter a perspicácia de procurar e desenvolver um método de análise crítico para fundamentar as nossas intervenções, tendo em conta as evidências científicas apresentadas pelo meio.

A aquisição e o aprofundamento de conhecimentos numa determinada área requer um investimento no nosso processo de desenvolvimento pessoal e profissional e implica leituras aprofundadas de trabalhos, quer de revisão sistemática sobre os temas, quer sejam de investigação, mas que de alguma forma contribuam para o conhecimento científico mais apurado. Esse conhecimento traduzir-se-à na forma como planeamos, executamos e avaliamos as nossas intervenções.

Para conciliar os conhecimentos teóricos adquiridos com a prática de enfermagem, demonstrar capacidade para análise e intervenção em situações complexas e com o objectivo de cimentar conhecimentos realizei um estudo de caso com uma utente num processo de reabilitação, no qual substituí o álcool pelos comportamentos bulímicos purgativos (Anexo XXVI).

3. Objectivo específico: Integrar os grupos existentes na AD

O grupo de utentes na UTRA é um grupo aberto, no qual se incluem os utentes que estão em regime de ambulatório e os que estão em internamento.

Um dos primeiros passos para o sucesso terapêutico de qualquer intervenção é estabelecer uma relação de ajuda (Chalifour, 2008).

Brammer (1975) citado por Lazure (1994, p.14) define a relação de ajuda como uma relação “na qual o que ajuda fornece ao cliente certas condições que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas” e tem por objectivo: ultrapassar uma provação, resolver uma situação actual ou potencialmente problemática, encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório e detectar o sentido da experiência.

Com base nisso, a presença nas actividades, a disponibilidade, a comunicação não verbal e verbal demonstrada contribuíram para me integrar no grupo.

4. Objectivo específico: Dinamizar com a equipa grupos de relaxamento e de treino de competências sociais/relacionais para os utentes do serviço

Com base no aprofundamento de conhecimentos, na área de reabilitação psicossocial, desenvolvi dinâmicas de grupo para explorar e melhorar as capacidades cognitivas e de relação interpessoal, com os utentes da UTRA (Anexo XXVII) e sessões de relaxamento com base no Relaxamento Progressivo de Jacobson.

A escolha destas sessões teve por base as consequências provocadas pelo alcoolismo como: a atenção, a memória, o pensamento, as relações interpessoais e a dificuldade em gerir a ansiedade.

Nas dinâmicas de grupo recorri a técnicas de grupo para proporcionar experiências de aprendizagem, visto que, os jogos fornecem um “nível base de estimulação capaz de activar processos que permitem a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais do funcionamento humano e facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros (Manes, 2005, p. 6).

As sessões de relaxamento realizaram-se com base no aprofundamento de conhecimentos tanto na área do relaxamento como no alcoolismo. Rangé e Marlatt (2008), com base em Conrad (2007) e Scultz (1967), consideram que está indicado para utentes com alcoolismo, em fase de reabilitação, o recurso a técnicas de relaxamento muscular como a Relaxamento Progressivo de Jacobson, o recurso a técnicas de relaxamento realizadas em grupos, misturando técnicas sugestivas baseadas no Treino Autogénico, exercícios de técnicas imaginárias de visualização e exercícios de técnica respiratória descritos como respiração diafragmática.

5. *Objectivo específico: Dinamizar com a equipa um grupo de promoção de estilos de vida saudáveis*

A OMS, em 1986, definiu os estilos de vida saudáveis como o “Conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais”, em 1988 considerou que seria um “Aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores” (Pais Ribeiro, 2004, p.388).

Na opinião de Rangé e Marlatt (2008) a mudança no estilo de vida é um elemento central para reduzir a probabilidade de recaídas e contribuir para o sucesso do tratamento.

Com base nisso e na avaliação da enfermeira responsável tendo como objectivo de contribuir para a mudança de atitudes e comportamentos de saúde, considerei relevante intervir na promoção de estilos de vida saudável, no processo de reabilitação.

Após uma pesquisa bibliográfica sobre este tema e instrumentos de avaliação que pudessem contribuir para o diagnóstico da situação e avaliação das intervenções, considerei a utilização do questionário “O Meu Estilo de Vida” (OMEV), validado por Pais Ribeiro (2004) para a população portuguesa (Anexo XXVIII)

Este questionário é constituído por 28 questões na qual se avaliam as atitudes e comportamentos de saúde. Encontra-se dividido em cinco categorias: exercício físico, nutrição, auto-cuidado, segurança motorizada e uso de drogas ou similares.

Com base nos resultados da avaliação inicial analisei que se tratava de uma área da reabilitação pertinente e importante de intervir (Anexo XXIX).

Numa análise mais detalhada concluí que o exercício físico, a nutrição e o uso de drogas seriam as categorias que iriam necessitar de uma intervenção de enfermagem mais cuidada, não podendo, contudo, descorar das restantes dado que os valores globais eram elevados.

Tendo em conta estes dados foram delineadas 13 sessões de educação para a saúde, exequíveis durante o período de estágio, com os utentes da UTRA. As sessões foram realizadas no período programado para a promoção dos estilos de vida saudáveis, da responsabilidade da enfermagem, tendo ficado responsável pelas sessões de educação para a saúde nesta área.

As sessões realizadas foram:

- Exercício físico

Segundo o Ministério da Saúde, o exercício físico e toda a actividade e desporto que beneficie física, social e mentalmente toda a população, tem como objectivo reduzir o risco de doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes tipo 2, melhorar o sistema músculo-esquelético,

controlar o peso corporal e reduzir os sintomas de depressão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE – Direcção Geral de Saúde [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, actual a 6/6/2002.[consultada a 1 de Novembro de 2009]. Disponível na internet em: <URL: [http:// www.dgs.pt/default.aspx?cn=5518554061236154AAAAAAA](http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=5518554061236154AAAAAAA)>).

Foram realizadas duas sessões: na primeira o objectivo era conceber um plano semanal de exercício físico exequível; na segunda, sessão abordou-se os três momentos de uma actividade física: aquecimento, exercício e alongamentos com exemplificação e debateu-se alguns mitos sobre a actividade física (Anexo XXX)

As actividades de exercício físico estiveram condicionadas pelas condições meteorológicas. Apesar disso consegui motivar todos os elementos do grupo a fazer exercício na sala de actividades, sendo que todos contribuíram com exercícios e sugestões para manter.

A minha pesquisa contribuiu, também, para motivar e estimular estes utentes que se mostraram determinados em realizar uma actividade pelo menos duas vezes por semana e a envolver a família em actividades ao fim-de-semana.

- Nutrição

Ter hábitos alimentares saudáveis não significa fazer uma alimentação restrita e monótona, pelo contrário, implica uma alimentação variada e deve ser encarada como uma oportunidade para expandir o leque de escolhas. Por outro lado, é fundamental procurar o equilíbrio entre a energia consumida e a dispendida.

A alimentação, entre outras funções, assegura a sobrevivência do Ser Humano, fornece energia e nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo, contribui para a manutenção do estado de saúde físico e mental e desempenha um papel de prevenção nas doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE – Direcção Geral de Saúde [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, actual a 6/6/2002.[consultada a 1 de Novembro de 2009]. Disponível na internet em: <URL: [http:// www.dgs.pt/default.aspx?cn=5518554061236154AAAAAAA](http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=5518554061236154AAAAAAA)>).

Desta forma foram realizadas cinco sessões de educação para a saúde, na qual se abordou a roda dos alimentos, erros alimentares, o consumo de gorduras e a relação com o colesterol, o consumo de sal e a relação com a hipertensão arterial e o que se deve ter em conta nos rótulos dos alimentos (Anexo XXXI).

Estas sessões exigiram um aprofundamento e actualização de conhecimentos bem como relacioná-los com as consequências que o consumo de álcool provoca no organismo.

Numa avaliação sumária destas sessões considero que promovi a reflexão e alteração de hábitos alimentares, influenciando a saúde do indivíduo e da família, conseqüentemente traduzido em ganhos para a saúde, demonstrados através das alterações na alimentação no domicílio e a ponderação na compra e confecção dos alimentos. Por outro lado, foi visível o cuidado e a preocupação na escolha das refeições quando o grupo ia almoçar.

- Autocuidado

O autocuidado é uma consciência ampla do indivíduo que engloba a preservação de si mesmo e o reconhecimento de si como sujeito de direito. Este conceito é construído com o intuito de descrever uma categoria ampla, criativa e pessoal da subjectividade individual, a qual permite valores, crenças e discursos que sejam evidenciados e permanentemente reconstruídos na interação com a subjectividade social (Pereira e Costa, 2006).

Por outro lado, Silva (2009) refere que existem aspectos que se mantêm ao longo da vida. Relativamente à personalidade e aos estilos de *coping* verifica-se que os mecanismos de enfrentamento e as formas de encontrar sentido para a vida vão marcar de forma significativa a energia dispendida nas actividades de autocuidado.

Nesta área foram realizadas três sessões: higiene oral dirigida para as consequências dos consumos, nomeadamente, as afecções; higiene do sono, no qual se discutiu e apresentou estratégias não farmacológicas e a importância da adesão ao regime terapêutico e, a vacinação na qual se reforçou a vacinação no adulto (Anexo XXXII).

O autocuidado foi das sessões com maior adesão e nas quais se verificou maior motivação na alteração de comportamentos. Esta categoria primou pela importância de cuidar da sua saúde, da sua auto-imagem, tendo havido uma maior consciencialização das consequências indirectas do alcoolismo e motivou as alterações de comportamento como uma nova forma de estar.

- Uso de drogas e similares

Segundo Kiritzé-Torpor e Bénard (2007) os policonsumos de substâncias durante o período de consumo de álcool em especial de tabaco é frequente, podendo recorrer-se a outras substâncias.

Actualmente existem vários estudos sobre o alcoolismo nos jovens, nomeadamente, o de Nabais (2005) e no qual refere que o consumo de tabaco e outras substâncias está a aumentar. Tendo em conta as classificações do alcoolismo descritas em Kiritzé-Torpor e Bénard (2007), o alcoolismo pode iniciar-se antes dos 20 anos e evoluir para uma dependência.

Por outro lado, Filho (2005) recorda que a tendência para o consumo de substâncias está a aumentar, fazendo particular ênfase no álcool e tabaco.

Segundo o mesmo autor, 19,2% da população portuguesa é fumadora (na sua esmagadora maioria homens) e a substância que ocupa o primeiro lugar nos consumos é o álcool. Tendo em consideração estes dados, Filho (2005) reflecte sobre a necessidade de intervenção a este nível e considera que se deve criar um modelo de intervenção que proporcione um acompanhamento especializado, com recurso à informação e à educação para a saúde e que avalie as necessidades de mudança e a motivação para adequar a intervenção aos indivíduos.

A tendência para a criação de competências e especializações deve contribuir para um trabalho em equipa centrado na pessoa e que procure desenvolver uma adequada e equilibrada gestão dos cuidados de saúde prestados (Filho, 2005).

Com base nisso e fazendo recurso da educação para a saúde foram desenvolvidas duas sessões: alcoolismo, onde se incidiu nas consequências deste no tubo digestivo e tabaco, onde houve uma reflexão conjunta dos hábitos tabágicos após a abstinência e as vantagens que teriam na cessação tabágica (Anexo XXXIII).

Estes temas proporcionaram uma reflexão sobre o estilo de vida de cada um, na medida em que identificaram várias consequências a nível do tubo digestivo provocadas pelo alcoolismo e que num período de abstinência é que as identificaram, por outro lado o tabagismo é algo que acompanha a maioria deste utente e foi pertinente a realização desta sessão, contribuindo para o reforço das desvantagens do consumo de tabaco a vários níveis, assim como, a apresentação de várias opções de tratamento, nomeadamente a consulta de cessação tabágica no CHPL. Os ganhos em saúde revelaram-se de extrema importância, sendo demonstrado através da redução do número de cigarros/dia e a integração de duas pessoas na consulta de cessação tabágica.

- Segurança motorizada

Segundo a Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária para 2008-2015, um dos objectivos é reduzir a sinistralidade rodoviária em 14,3% até 2011 e para 31,9% em 2015, para isso uma das medidas é o controlo da condução sob o efeito de álcool e de substâncias psicotrópicas. Esteves objectivos vêm na sequência das 6 800 vítimas mortais/ano que ocorrem na União Europeia devido à condução sob o efeito do álcool.

O ACS (Alto Comissariado da Saúde), destaca que em Portugal, no ano de 2008, morreram 956 pessoas destas 285 apresentavam valores superiores a 0,5 gr/L no sangue. (ALTO COMISSARIADO DA SAUDE. [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde [consultada a 5 de Dezembro de 2009] Disponível na internet em <URL <http://www.acs.min-saude.pt/2009/07/15/indicadores-2008/>>

Nesta sessão, o objectivo geral foi a reflexão sobre as consequências da condução sob o efeito do álcool e na qual se utilizou um simulador para visualizar as principais alterações provocadas pelo mesmo (Anexo XXXIV).

Esta sessão contribui como uma forma de sensibilizar o utente das consequências do alcoolismo não serem apenas para o próprio, mas também, para a sociedade em geral, a sessão permitiu a discussão do tema e a reflexão crítica sobre as atitudes de cada um, contribuindo para a reconstrução do eu, para a auto-consciencialização e para o desenvolvimento de juízo crítico.

A concepção das sessões teve como principal objectivo a promoção da saúde, informar os utentes para realizarem as opções mais adequadas e relacionar a importância de um novo estilo

de vida na abstinência. Esta intervenção pressupõe uma reflexão crítica, formulação e análise das questões, o desenvolvimento de uma metodologia eficaz, considerando as evidências científicas e, recorrendo à criatividade e ao treino de resolução de problemas, específicos na reabilitação do utente com alcoolismo. Assim uma das técnicas utilizadas como metodologia foi o Treino de Resolução de Problemas, baseado em Hawron e Kirk (1997) e Chalifour (2009).

O recurso a esta técnica baseia-se numa das principais dificuldades dos utentes com alcoolismo: ter/fazer uso de mecanismos de *coping* adaptativos (Costa, 1998; Sequeira, 2006).

Segundo Vaz Serra (1988, p.301), *coping* “é um termo que se aplica as estratégias que uma pessoa utiliza para lidar com as situações de dano, ameaça e desafio com que se depara e para as quais não tem respostas de rotina preparadas”.

Tendo em consideração este facto, outro dos instrumentos de diagnóstico e avaliação foi o IRP validado por Vaz Serra, em 1988, para a população portuguesa.

É uma escala de *coping* com 40 questões agrupadas em 9 factores: F1 - “pedido de ajuda”, F2 - “confronto e resolução activa dos problemas”, F3 - “abandono passivo perante a situação”, F4 - “controlo interno/externo dos problemas”, F5 - “estratégias de controle das emoções”, F6 - “atitude activa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências”, F7 - “agressividade internalizada/externalizada”, F8 - “auto-responsabilização e medo das consequências” e F9 - “confronto com o problema e planificação das estratégias” (Vaz Serra, 1988).

Da avaliação realizada observou-se que os factores que necessitam de uma intervenção mais cuidada seriam o F4, F3, F7 e F2, na sequência dos resultados obtidos.

Em todas as sessões houve o cuidado de contextualizar fazendo uma anamnese do período de consumo, ao momento actual e o que podem fazer no futuro.

6. Objectivo específico: Realizar formação em serviço

Os enfermeiros “contribuem, no exercício da sua actividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria” (Dec-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, p. 2961).

No entanto, é do enfermeiro especialista que é esperado um aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização, incorporar e comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação, participar, promover e responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados (Dec-Lei 437/91 de 8 de Novembro e 247/2009 de 22 de Setembro).

Para mim a formação é um elemento determinante da qualidade em enfermagem, considero a formação em serviço contínua um caminho que não tem fim e que deve proporcionar a reflexão, assim como, boas práticas.

No contexto deste estágio a formação em serviço teve como objectivo geral apresentar o papel do enfermeiro na UTRA e, em específico, a comunicação dos resultados, à equipa

multidisciplinar, inerentes à intervenção realizada no âmbito da promoção dos estilos de vida saudáveis, com os utentes da UTRA (Anexo XXXV).

A intervenção no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis contemplou todos os utentes que integraram o programa da UTRA durante o internamento, a tempo parcial e/ou integral. No entanto, apenas sete utentes participaram na maioria das sessões (89,1%).

No OMEV verificou-se que duas pessoas apresentavam melhores resultados, uma manteve e quatro diminuíram comparado com o *score* inicial.

No caso do IRP apesar de ter representado menos sessões, quatro melhoraram, um manteve e dois aumentaram o valor global.

Estes resultados podem ser analisados de vários prismas, nomeadamente no *insight* diminuído dado tratar-se de um período de abstinência muito recente e haver um percurso de reabilitação psicossocial a percorrer, o facto dos utentes poderem utilizar vários mecanismos de defesa quer para negar o seu problema, minimizá-lo ou racionalizá-lo, tendo em conta isso as respostas dos questionários podem ter sido enviesadas por aquilo que o utente considera ser a resposta correcta às questões, aquilo que gostava que fosse e naquilo que na prática é ou faz.

Ainda assim, considero que houve ganhos em saúde, na medida em que a mudança de comportamentos é um processo longo e contribui para o início desse processo com a fundamentação da opção informada que o utente realizará.

3.4 – ANÁLISE REFLEXIVA E AUTO-AVALIAÇÃO

Durante todo o percurso académico, no qual estão inseridos no estágio, considero que desenvolvi várias competências na área da Saúde Mental e da Psiquiatria. Considero que melhorei o meu método de trabalho, capacidade de analisar e gerir situações imprevistas e complexas, aprofundei conhecimentos e técnicas de comunicação, nomeadamente na dinamização de grupos, intervenções breves e nas intervenções tendo por base a relação de ajuda, que me permitiram tomar decisões cada vez mais fundamentadas e baseadas nas evidências científicas, repercutindo-se nas intervenções realizadas.

Por outro lado, desenvolvi uma análise crítica que apliquei na reflexão sobre a minha prática, mas também, na qualidade dos estudos com os quais me fundamentei (Anexo XXXVI).

Numa análise reflexiva sobre a minha intervenção na promoção de estilos de vida saudáveis, considero que desenvolvi competências ao nível da adequação dos temas para a população, desenvolvi sessões de educação para a saúde, baseada na criatividade e numa metodologia de trabalho eficaz e segundo uma perspectiva profissional avançada (Anexo XXXVII).

No entanto, a mudança é um processo interno moroso e no qual as oito semanas de estágio se demonstraram insuficientes para provocar o acto de mudar, porém o facto de ter

contribuído para os utentes realizarem uma opção informada, será uma mais-valia para motivar a alteração de comportamentos.

Outra intervenção que sugeria realizar, posteriormente, era aplicar o OMEV ao grupo externo, que já terminaram o programa, e comparar os resultados com o objectivo de avaliar se seria necessário reestruturar as sessões ou se continuasse a realizá-las e aplicasse ao fim de 12 semanas de área de dia, os resultados seriam melhores. Ou se realizasse um *follow-up* após a alta que resultado iria obter? Esta sugestão tem em vista a eficácia e a avaliação do programa de tratamento e consequentemente traduzir-se-à na melhoria da qualidade de vida e em ganhos em saúde para estes utentes.

4 - REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) a enfermagem é uma profissão na área da saúde que visa prestar cuidados “ao Ser Humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado de forma que mantenham, melhorem e recuperem tão rapidamente quanto possível” (Dec-Lei 161/90 de 4 de Setembro, p. 2960).

Nesta linha de pensamento, os cuidados de enfermagem são caracterizados por estabelecerem uma relação de ajuda com o utente, por realizarem intervenções autónomas e interdependentes no indivíduo, família, grupos e comunidade com recurso a uma metodologia científica.

O enfermeiro especialista tem a responsabilidade de assegurar estes princípios básicos da profissão, bem como, realizar intervenções com um nível mais aprofundado de conhecimentos e baseados na evidência científica.

Nesta perspectiva, os cuidados prestados durante o estágio permitiram incorporar na prática os resultados da investigação produzida, adquirir e aprofundar conhecimentos na área de especialização e desenvolver várias técnicas de intervenção, nomeadamente, na comunicação e na relação de ajuda.

A formação académica avançada permitiu: desenvolver a **análise crítico-reflexiva**, formular e analisar problemas de maior complexidade no âmbito profissional e académico, gerir a informação proveniente de vários momentos da minha vida, quer da formação inicial, experiência de vida e profissional, quer da formação especializada.

Este percurso contribuiu para uma visão alargada e fundamentada das intervenções, alertou para a importância da investigação e fazer uso dos trabalhos realizados, alertou para a necessidade de darmos visibilidade ao nosso trabalho através da publicação e da **comunicação dos resultados da prática clínica para audiências especializadas** e de preferência multidisciplinares.

O enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria deverá prestar cuidados na sua área de especialização recorrendo aos conhecimentos aprofundados adquiridos e que deve adquirir de uma forma sistemática e contínua. O saber-saber tem uma elevada importância na fundamentação das decisões, na adequação de diferentes métodos de análise e no desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz, contudo não é suficiente, se não conseguirmos que a nossa mensagem chegue ao utente. Desta forma, neste estágio, desenvolvi **técnicas de comunicação**, considerando a necessidade de me assegurar que a informação transmitida era recebida, para isso recorri à criatividade e a uma variedade de metodologias, independentemente dos recursos e condições oferecidos pelos serviços.

Após este percurso considero que as intervenções que realizei foram fruto de um amadurecimento pessoal e profissional, no qual aprofundei a importância da relação terapêutica na adesão dos cuidados prestados, por conseguinte, a eficácia das intervenções de enfermagem.

Por outro lado, apliquei nas minhas intervenções a metodologia científica que caracteriza a enfermagem enquanto ciência.

Assim procurei realizar sempre uma colheita de dados que contribuísse para a identificação de necessidades/problemas, a formulação de diagnósticos de enfermagem e as respectivas intervenções que constituíam o plano de cuidados, a sua avaliação e reformulação. No entanto, as intervenções realizadas tiveram em conta a individualidade de cada um, atendendo à sua cultura, crenças e representações sociais e uma revisão sobre as intervenções mais eficazes descritas pela comunidade científica para cada caso.

O plano de cuidados de enfermagem em todos os módulos contou com a aplicação de instrumentos, no momento da colheita de dados e na avaliação dos mesmos, contribuindo como um **indicador de avaliação da intervenção** realizada e como um indicador na reestruturação/reformulação dos cuidados.

Porém, a avaliação das intervenções de enfermagem não se resumiam apenas a instrumentos de avaliação, mas também, aos registos de evolução que eram realizados e à utilização do exame mental para apresentar os resultados observados.

Durante o período de estágio foi realizado o **acompanhamento individual, em grupo com o utente e a respectiva família**, tendo contribuído com intervenções especializadas, no âmbito da saúde mental e psiquiatria, tanto para quem eram dirigidas as intervenções, bem como, para a equipa com apresentação de intervenções inovadoras e, principalmente, a fundamentação das intervenções já implantadas com a partilha de artigos científicos e actuais, contribuindo assim para o enriquecimento formativo das equipas. Por outro lado, esta partilha promovia a continuidade dos cuidados, visto muitos dos utentes permanecerem em tratamento após a conclusão de cada módulo.

As intervenções de enfermagem podem ser autónomas ou interdependentes. As autónomas “são acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua mera e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos da investigação em enfermagem” (Dec-Lei 161/90 de 4 de Setembro, p. 2961).

Tendo em consideração o REPE, as intervenções autónomas foram aquelas nas quais mais investi e que proporcionaram o desenvolvimento de competências na área da especialidade.

Os diferentes módulos proporcionaram o desenvolvimento de competências. No módulo I desenvolvi sessões de educação para a saúde, participei no I Fórum da SPESM, em parceria, com um artigo e um poster sobre as intervenções de enfermagem perante o *stress*. No Módulo II o acompanhamento individual dos utentes, contribuiu para o desenvolvimento de algumas técnicas

de intervenção de enfermagem, nomeadamente reestruturação cognitiva, treino de resolução de problemas e técnicas de relaxamento, para a diminuição da ansiedade. No Módulo III, pelo facto de ter ficado com a responsabilidade de dinamizar todas as sessões de educação para a saúde referentes à promoção de estilos de vida saudáveis, desde a terceira semana de estágio até ao final e, pelo facto de acompanhar individualmente uma utentes que contribuiu, em muito, para o desenvolvimento e aprofundamento de outro tipo de intervenção mais eficaz nos distúrbios alimentares.

A **formação em serviço** e a **análise das práticas** é uma área da competência do enfermeiro especialista, desta forma, promovi alguns momentos, com o objectivo de desenvolver competências a nível profissional e pessoal tanto para mim, como também, para os restantes enfermeiros.

A formação pressupõe um conjunto de etapas que passa pela formulação e análise de problemas relacionados com a formação em enfermagem, só assim, a sua finalidade última de **aprofundar e partilhar conhecimentos**, proporcionando a melhoria e a evolução dos cuidados é atingida.

A análise das práticas permite a reflexão dos cuidados prestados, desde o planeamento à avaliação não descurando a comunicação.

A reflexão crítica da minha própria actuação é uma forma de proporcionar o crescimento profissional do enfermeiro/da equipa de enfermagem. É uma forma de demonstrar e potenciar a **consciência crítica para os problemas da prática profissional**.

Em todos os módulos que constituem este estágio houve o cuidado de utilizar instrumentos de diagnóstico e de avaliação que funcionassem como indicadores e que permitissem avaliar as intervenções realizadas e reajustá-las às verdadeiras necessidades dos utentes (Dec-Lei 437/91 de 8 de Novembro).

Assim, em jeito de conclusão, as várias semanas de estágio contribuíram para desenvolver competências nos cuidados especializados em saúde mental e psiquiatria nos vários níveis de intervenção: **promoção da saúde, diagnóstico e prevenção**; nos momentos de **crise**; e, na área da **reabilitação psicossocial**, contribuindo com um leque de experiências que proporcionaram diferentes intervenções adequadas à situação, À pessoa e à família através de intervenções individuais e em grupo, nomeadamente, através de **psicoeducação** e das **sessões de educação para a saúde**.

Durante este percurso planeei e executei cuidados de enfermagem especializados, no âmbito da saúde mental e psiquiatria, estabelecendo prioridades de intervenção e recorrendo a indicadores de avaliação das mesmas. Realizei intervenções autónomas, contudo articulei com a equipa multidisciplinar dando a conhecer os cuidados de enfermagem efectuados e os resultados obtidos.

Fica como projecto futuro e a desenvolver na minha prática, a investigação para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

5 – CONCLUSÃO

O percurso que realizei ao longo de vários meses contribuiu para o desenvolvimento profissional e pessoal, através do aprofundamento de conhecimentos, da execução de várias técnicas, da análise crítica e das reflexões da prática clínica.

O estágio proporcionou o desenvolvimento de competências na área da Saúde Mental e Psiquiátrica numa perspectiva académica avançada baseada na fundamentação das intervenções, atendendo às evidências científicas.

Apesar das competências desenvolvidas na área de especialização chego ao fim com a percepção que ainda fica por desenvolver competências nesta área, nomeadamente, a investigação e as intervenções estruturadas dirigidas às famílias e a outros grupos, como por exemplo, os adolescentes e os idosos.

Contudo este percurso académico não terminou, antes pelo contrário, proporcionou uma nova visão dos cuidados de enfermagem, no qual é meu dever aplicar os conhecimentos e competências adquiridas/desenvolvidas na prática clínica e fomentar de forma contínua e constante a auto-formação e o desenvolvimento profissional dos outros.

O desenvolvimento do estágio teve por base a aplicação do projecto realizado. O projecto é um documento flexível, orientador que planifica os objectivos que se pretende atingir através das diferentes intervenções.

Na fase de realização do projecto tive o cuidado de conhecer os locais de estágio bem como a orgânica e objectivos do serviço. Este aspecto revelou-se facilitador tanto na integração na equipa como na organização dos objectivos específicos para cada módulo. Por outro lado, o facto de ter todos os estágios nos serviços inseridos no sector A do CHPL, contribuiu para conhecer os diferentes serviços disponíveis para a mesma comunidade e perceber com se organizam.

Ainda assim, o projecto apresentava objectivos específicos muito gerais para a realidade e a reestruturação prevista e imprevista do CHPL, dado o período de tempo que decorreu desde a concepção à execução do projecto. Desta forma, foi reformulado no seu conteúdo e alterado o local de estágio do III módulo do IDT para a UTRA, no sentido de proporcionar a aprendizagem e o desenvolvimento de competências enquadradas no processo formativo. Assim, sugeri que, a elaboração do projecto tivesse sido estruturado e descrito de forma minuciosa, bem fundamentado e com objectivos claros e operacionais.

Nos diferentes módulos foram desenvolvidas intervenções de enfermagem de diferentes áreas, no entanto, todas foram realizadas com o objectivo de promover e proporcionar ganhos na saúde do próprio, da família e da comunidade.

Neste estágio foram utilizados quatro instrumentos de diagnóstico e avaliação com diferentes objectivos. No módulo I foi utilizada a Escala de Hamilton que avalia a ansiedade através de dois tipos de sintomas e a partir daí delineeii quatro intervenções em grupo com o

objectivo de ensinar formas de prevenir e para lidar com o stress através de sessões de educação para a saúde e de técnicas de *empowerment*.

No módulo II centrei-me nos utentes com SDA e na depressão com ideação suicida. Apenas apliquei o IRP e o STAI aos utentes com SDA por considerar que as propriedades psicométricas das escalas referidas não seriam adequadas à utente com depressão havendo outras mais adequadas.

As intervenções realizadas traduziram-se em ganhos para a saúde de todos, embora na primeira intervenção os resultados, dos instrumentos aplicados, não revelassem grandes alterações e para isso sugiro o número de entrevistas como um dos factores. Apesar disso, considero que foi uma das intervenções com maior ganho em saúde para o utente devido à alteração de comportamentos na adesão ao regime terapêutico.

No módulo III desenvolvi competências no tratamento e reabilitação psicossocial na área do alcoolismo e assegurei o “espaço” destinado à promoção de estilos de vida saudáveis. Neste módulo também utilizei instrumentos de diagnóstico que contribuíram para a especificidade das intervenções. Embora considere que foi de extrema importância para a adopção de estilos de vida saudáveis, as sessões de educação para a saúde desenvolvidas, os resultados dos instrumentos poderão ter sido enviesados pelo mecanismo de defesa do utente numa fase precoce da abstinência e, desta forma teria sido pertinente a aplicação do mesmo instrumento a outros utentes que tivessem cumprido o programa e se encontrassem em fases diferentes do tratamento.

Durante este estágio, foram vários os contributos deixados nos serviços, principalmente: a importância de fundamentar todas as nossas intervenções com trabalhos publicados e aplicar na prática resultados de investigação válidos, contribuindo para a enfermagem enquanto ciência; promover a análise das práticas com carácter formal e baseado em estudos realizados; a pertinência de recorrer a instrumentos de diagnóstico e avaliação como indicador das intervenções de enfermagem realizadas, e outras estratégias de intervenção de diferentes metodologias para dinamizar as actividades, nomeadamente com role-play, método demonstrativo e diferentes materiais demonstrando criatividade e capacidade de trabalho.

Os problemas identificados no decurso deste estágio foram o enquadramento dos objectivos com a organização do serviço, no entanto, todas as situações foram resolvidas recorrendo à negociação e atendendo ao que era mais benéfico para os utentes e para o serviço.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADÈS, Jean; LEJOYEUX Michel – **Comportamentos alcoólicos e seu tratamento**. 2ª edição. Lisboa: Climpesi, 2004. ISBN 972-97250-5-5.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde [consultada a 5 de Dezembro de 2009] Disponível na internet em <URL http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Tabelas_Impressos/Portaria%20132_2009.pdf>

ALTO COMISSARIADO DA SAUDE. [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde [consultada a 5 de Dezembro de 2009] Disponível na internet em <URL <http://www.acs.min-saude.pt/2009/07/15/indicadores-2008/>>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - **DSM – IV- TR**. 4ª edição. Lisboa: Climpesi, 2004. ISBN 972-796-020-2

BARRETO, Maurício L. – O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e actividades regulatórias em saúde. Ciência & Saúde Colectiva [em linha] vol 9 nº2 (2004) p. 329-338 [consultado a 25 de Janeiro de 2010]. Disponível na internet: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000200010&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-8123.

BARROQUEIRO, Maria Helena – Terapia Comportamental e a sua aplicação em reabilitação. Análise Psicológica. Lisboa. ISSN 0870-8231. vol 3 nº XX (2002) p.495-503

BOLANDER, Verolyn Rae – **Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica**. 1ª edição. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5

BOTELHO, José Rodrigues – A crise em saúde mental. Servir. Lisboa. ISSN 0871-2370. vol 33 nº36 (1985) p.299-309

BRÊTAS, Ana Cristina P.; GAMBA, Mónica Antar – **Enfermagem e Saúde do adulto**. S. Paulo: Editora Manole, 2006. ISBN 85-204-2338-8

CADE, Nágela Valadão; PRATES, José Gilberto - Treinamento em solução de problemas: intervenção em mulheres com de pressão. Revista da Escola de Enfermagem USP [em linha] vol.35, n.3 (2001) p.223-229 [consultado a 8 de Outubro de 2009], Disponível na internet: < URL <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000300004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0080-6234.

CÂMARA MUNICIPAL DE ODIVELAS – Câmara Municipal de Odivelas [em linha]. [Consultado a 3 e Outubro de 2009] Disponível na Internet <URL <http://www.cm-odivelas.pt>>

CÂMARA MUNICIPAL DE LOURES – Câmara Municipal de Loures [em linha]. [Consultado a 3 e Outubro de 2009] Disponível na Internet < URL <http://www.cm-loures.pt>>

CARVALHO, Graça; CARVALHO, Amâncio – **Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação**. Lisboa: Lusociência, 2006. ISBN 972-930-22-4

CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA – Plano de Actividades 2009 da equipa de enfermagem do sector A.. Lisboa, 2009

CENTRO REGIONAL DE ALCOOLOGIA DE COIMBRA. Boletim do Centro Regional de Alcoologia do Centro. Porto: CRAC ISSN 0035-2969 nº0 (1997)

COSTA, Maria Manuela G. Brito – O enfermeiro e o alcoolismo: uma abordagem cognitivo-comportamental. Sinais Vitais.Coimbra.ISSN 0872-8844..nº 17 (1998), p27-31.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima [et al.] – **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. Paraíba: João Pessoa editora universitária, 2003. ISBN 85-237-0450-7

CHALIFOUR, J. – **A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Loures: Lusodidacta, vol. 1, 2008. ISBN 978-989-8075-55

CHALIFOUR, J. – **A intervenção terapêutica: estratégias de intervenção**. Loures: Lusodidacta, vol. 2, 2009. ISBN 978-989-8075-21-5

DECRETO-LEI nº28/2008. D.R. I Série, 38 (2008-02-22) 1182-1189

DECRETO-LEI nº104/98.D.R. I Série, 93 (1998-04-21) 1739-1757

DECRETO-LEI nº161/96. D.R. I Série A, 205 (1996-09-04) 2959-2962

DECRETO-LEI nº 247/2009.D.R. I Série, 184 (2009-09-22) 6758-6761

DECRETO-LEI nº 437/91.D.R. I Série A, 257 (1991-11-08) 5724-5741

EDWARDS, Graffith; DARE, Christopher – **Psicoterapia e tratamento de adições**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. ISBN 85-7307-188-5

EGITO, Mariana; MATSUDO, Sandra; MATSUDO, Victor – Auto-estima e satisfação com a vida de mulheres adultas praticantes de actividade física de acordo com a idade cronológica. Revista Brasileira Ciência e Movimento. [em linha] Vol 13 nº 3 (2005) p.59-66 [consultada a 20 de Dezembro de 2009]. Disponível na internet:<URL: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/646/657>. ISSN 0103-1716

FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Hilson Cunha – **Uso, abusos e dependências: Alcoolismo e toxicodependências – Manual técnico 2**. Lisboa: Climepsi, 2004. ISBN 972-796-150-9

FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Hilson Cunha – **Uso, abusos e dependências: Intervenções breves – álcool e outras drogas. Manual técnico 5**. Lisboa: Climepsi, 2007. ISBN 978-972-796-150-9

FILHO, Hilson Cunha – Necessidades de Intervenção no Consumo de álcool, tabaco e outras drogas em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública. [em linha] vol 3 nº2 (2005) p.77-88 [consultada a 5 de Novembro de 2009]. Disponível na internet:< URL: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivosdeapoio/cdi/cdi/sectordepublicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-06-2005.pdf>. ISSN 0870-9025

FRASQUILHO, M^a Antónia; GUERREIRO, Diogo – **Stress, Depressão e Suicídio: Gestão de problemas em meio escolar**. Lisboa: Coisas de Ler Edições, 2009. ISBN 978-989-8218-00-1

GONÇALVES, Miguel [et al.] – **Avaliação Psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa**. Coimbra: Quarteto, Vol1, 2003. ISBN 978-989-5580-69-9

HARRISON, Paul; GEDDES, John; SHARPE, Michael – **Guia Prático Climpesi de Psiquiatria**. Lisboa: Climpesi editores, 2006. ISBN 972-796-237-8.

HAWTON, Keith; KIRK, Joan – Resolução de Problemas. In HAWTON, K; SAKOVSKIS, P. M.; KIRK, J.; CLARK, D. M. – Terapia Cognitivo- Comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático. S. Paulo: Martins Fontes, 1997. ISBN 85-336-0781-4. p575-604

HEESBEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva de cuidar**. Lisboa: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Censos 2001** [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde [consultada a 10 de Dezembro de 2009] Disponível na internet em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt_2001>

JONES Jr, H. Royden – **Neurologia de Netter**. Porto Alegre: Artmed, 2006. ISBN 978-85-363-0724-4

LAZURE, Hélène – **Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência de enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN 972-95399-5-2

KIRITZÉ – TORPOR; BÉNARD, Jean Yves – **Guia prático de alcoologia**. Lisboa: Climpesi, 2007. ISBN 978-972-796-289-1

MANES, Sabina – **83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupo**. 6^a edição. Lisboa: Paulus, 2005. ISBN 972-30-0924-2

MCINTYRE, T., BARROSO, R.; LOURENÇO, M. - Impacto da Depressão na Qualidade de Vida dos Doentes. [em linha]. Vol. IV, nº 5, (2002) p.13-24. [consultada a 17 de Outubro de 2009] Disponível na internet: <URL:http://www.saude-mental.net/pdf/vol4_rev5_artigo1.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Portal da saúde** [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, actual a 2/1/2006 [consultada a 19 de Fevereiro de 2010] Disponível na internet em: <URL:http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia_da_saude/saude+menta_l/depressao.htm>

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Direção Geral de Saúde** [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, actual a 6/6/2002.[consultada a 1 de Novembro de 2009]. Disponível na internet em: <URL: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=5518554061236154AAAAAAA>>

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010** [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde [consultada a 1 de Novembro de 2009] Disponível na internet em <URL <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>>

Ministério da Saúde - **Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (2009-2012)** [em linha]. Lisboa [consultada a 1 de Novembro de 2009] Disponível na internet em <URL <http://www.min-saude.pt/NR/ronlyres/DFF7BEF4-9F5F-4470-B058-8376F8644B16/0/Plano NacionalPLA202009II.pdf>>

Ministério da Saúde - **Plano de Reestruturação de Desenvolvimento de Serviços de Saúde Mental (2007-2016)** [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde [consultada a 1 de Novembro de 2009] Disponível na internet em <URL: <http://www.min-saude.pt/NR/ronlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-879187BD2915/0/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf> >

NABAIS, Luís de Oliveira – **Os jovens e o álcool na sociedade contemporânea: estudo de um grupo de jovens consumidores excessivos da região de Lisboa**. Lisboa: Universidade Aberta, 2005. Tese de Mestrado

NEEB, Kathy – **Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-14-2

NUNES, João Carlos Moreira; PATEIRO, Virgínia Pedro Leal – Etilização aguda e acção de enfermagem. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. nº 30 (2000) pp 13-22

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. ISBN 92-9540-36-8

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Parecer do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros nº 20/2001** [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros [consultada a 3 de Fevereiro de 2010] Disponível na internet em <URL http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf>

PAYNE, Rosemary A. – **Técnicas de Relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde**. 2ª edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-41-X

PAIS RIBEIRO, J. L. – Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde com a prevenção das doenças. Análise Psicológica. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol2, nº XXII (2004) p.387-397.

PARLAMENTO EUROPEU - **Resolução do Parlamento Europeu sobre a Saúde Mental** [em linha]. Bruxelas: Parlamento Europeu [consultada a 5 de Fevereiro de 2010]. Disponível na internet em <URL <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0063+0+DOC+XML+V0//PT>>

PEREIRA, M^a Helena G. G.; COSTA. Fortunato – O autocuidado em mulheres portadoras de HIV/AIDS. Psicologia, Saúde & Doenças [em linha] Vol 7 nº2 (2006) p. 255-269 [consultada a 20 de

Janeiro de 2010]. Disponível na internet: <URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862006000200008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1645-0086.

PHANEUF, M. - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3

PINHO, Paula Haysi [et al] – A Reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? Revista Psiquiatria Clínica [em linha] vol 35 supl I (2008) p.82-88 [consultada a 30 de Novembro de 2009] Disponível na internet: <URL:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700017&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0101-6083.

PORTARIA nº 1373/2007 “D.R. I Série”, 202 (2007-10-19) 7686

PORTUGAL. Resolução de Conselho de Ministros 166/2000 “D.R. I Série - B”, 276 (2000-11-29) 6837-6841.

POTTER, Patrícia; PERRY, Anne Griffin – **Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, processos e prática**. 5ª edição. Volume 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. ISBN 85-27-0852-3

RANGÉ, Bernard; MARLATT, G. Alan – Terapia Cognitivo-Comportamental de transtorno de abuso de álcool e drogas. Revista Brasileira de Psiquiatria. [em linha] Supl II nº 30 (2008) p.88-95 [consultada a 30 de Novembro de 2009]. Disponível na internet: < URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462008000600006&lng=pt&nrm=i&lng=en

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virgínia A. – **Compêndio de Psiquiatria**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. ISBN 978-85-363-0763-3

SANTOS, S.C.; SILVA, D. R. – Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Form Y para a população Portuguesa: Primeiros Dados. Revista Portuguesa de Psicologia, ISSN 0872-0304 nº 32 (1997) p.85-98

SEQUEIRA, Ana; LOPES, Joaquim – Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efectiva e Integrada à Pessoa com Toxicod dependência. Revista Toxicod dependências. Lisboa: IDT. ISSN 0874-4890. Vol 15 nº1 (2009) p.67-76.

SEQUEIRA, Carlos – **Introdução à prática clínica**. Coimbra: Quarteto, 2006. ISBN 978-989-558-083-5

SILVA, Mª Dulce de Sousa Ornelas da – **Educar para o autocuidado num serviço hospitalar**. Porto: Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar. 2009. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

STEFANELLI, Maguida [et al.] – **Enfermagem Psiquiátricas nas suas dimensões assistenciais**. S Paulo: Editora Manole, 2008. ISBN 978-85-204-2197-0

STUART, Gail; LARAIA, Michele – **Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e prática.** 6ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora. 2001. ISBN 85-707-713-1

TAYLOR, Cecelia Monat – Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica. 13ª edição. Porto Alegre: Artes médicas, 1992

TOWNSEND, Mary C. – Enfermagem Psiquiátrica: conceito de cuidados. 3ª edição. Rio de Janeiro, 2002. ISBN 85-277-0694-6

VAZ SERRA, A. – O Stress na vida de todos os dias. Coimbra: Adriano Vaz Serra Editor. 2007. ISBN 978-972-95003-2-9

VAZ SERRA, A. – Um estudo sobre *coping*: o Inventário de Resolução de Problemas. Psiquiatria Clínica. Coimbra. ISSN 0873-612X. Vol 9 nº 4 (1988) p.301-316.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Global Status Report on Alcohol** [em linha]. Genebra: Department of Mental Health and Substance Abuse [consultada a 20 de Novembro de 2009] Disponível na internet em: <URLhttp://www.WHO.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf>

ANEXOS

Anexo I

Caracterização do CHPL e dos serviços do sector A

Caracterização do CHPL e do Sector A

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) foi criado pela portaria nº1373/2007 de 19 de Outubro, no qual extingue o grupo de Hospitais de Lisboa e Vale do Tejo criados pela portaria 782/99 de 1 de Setembro, o Hospital Júlio de Matos (HJM) e o Hospital Miguel Bombarda (HMB), enquanto pessoas colectivas de direito público.

O CHPL é resultado do Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde que preconiza que os cuidados psiquiátricos devem apostar na criação de infraestruturas na comunidade e pela criação de Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental nos Hospitais Gerais existentes e nos que estão previstos ser construídos, contudo as populações que não se encontram nas áreas de influência dos Hospitais Gerais continuam a depender das equipas do HJM e HMB. Assim, o referido relatório recomenda uma gestão racional dos recursos destes hospitais e a criação do CHPL no Parque da Saúde, local onde se encontra o HJM em funcionamento.

Actualmente o CHPL insere-se no Parque da Saúde de Lisboa, sito na Av. do Brasil nº 53, em Lisboa.

O Parque da Saúde inclui instituições da área da saúde como: o INFARMED, o Instituto Português do Sangue, a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa pólo Maria Fernanda Resende, O IDT – alcoologia, CAT das Taipas, entre outros.

A transição das equipas e utentes do pólo HMB para o pólo HJM tem sido de uma forma gradual desde 2008, estando actualmente no HMB: a Residência, a 8ª Enfermaria (Psiquiatria Forense), o Hospital de Dia e a Consulta Externa.

A integração dos dois hospitais teve repercussões na área geodemográfica de influência. Desta forma, foram criados sectores para garantir a continuidade dos cuidados prestados ao utente e à família, quer ao nível do internamento quer ao nível da comunidade de uma única zona geodemográfica e contribuir para o desenvolvimento dos cuidados comunitários.

Os estágios realizados no II Mestrado de Natureza Profissional Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria decorreram no CHPL, no sector A.

O sector A é constituído pela: Clínica Psiquiátrica I (CPI) que presta cuidados imediatos na crise; pela Unidade de Cuidados Comunitários de Odivelas (UCCPO) e o Núcleo de Intervenção Comunitária (NIC) de Loures, que prestam cuidados ao nível da promoção da saúde, prevenção e reabilitação, na comunidade; e, pela Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoologia (UTRA) que presta cuidados ao utente com problemas de alcoolismo através de um programa de reabilitação em ambulatório.

As alterações de reestruturação do CHPL, repercutiram-se no sector A com o aumento da lotação de 24 para 28 (mais duas camas de isolamento), dessas 6 destinam-se à alcoologia e com a integração da UTRA. A reestruturação do serviço de Tratamento e Reabilitação de Alcoologia do HMB é assim integrado no sector A.

O sector A presta cuidados aos utentes de Odivelas e Loures, no entanto, na CPI a lotação para os utentes com problemas de alcoolismo não se rege pela área geodemográfica.

1.1 UCCPO

A UCCPO é uma unidade que pertence ao sector A do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa – Pólo Júlio de Matos e é constituída pela Clínica Psiquiátrica I, pela Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas (UCCPO) e de Loures.

A população abrangida é do Concelho de Odivelas com 133,847 habitantes (censo de 2001) distribuídos pelas freguesias de: Odivelas, Olival de Bastos, Póvoa de sto Adrião, Ramada, Famões, Caneças e Pontinha.

No entanto, nas valências da Área de Dia e Hospital de Dia esta unidade também presta apoio ao Concelho de Loures visto a Unidade Comunitária deste local apenas prestar apoio ao nível da consulta externa.

A caracterização física da UCCPO é a de um prédio com 3 andares na Rua Dário Canas, nº 4 em Odivelas, com horário das 9h às 16h em todos os dias úteis da semana.

O prédio está dividido em direito e esquerdo.

Esquerdo	Andar	Direito
<ul style="list-style-type: none"> Gabinetes de psiquiatria Assistente social Consulta de enfermagem Sala de administração de terapêutica 	R/C	<ul style="list-style-type: none"> Sala de espera Recepção
<ul style="list-style-type: none"> Área de Dia 	1º Andar	<ul style="list-style-type: none"> Refeitório Gabinetes Sala de reuniões
<ul style="list-style-type: none"> Gabinetes de psicologia Sala de apoio 	2º Andar	<ul style="list-style-type: none"> Hospital de Dia Sala de convívio dos utentes Atelier
<ul style="list-style-type: none"> Associação Comunitária de Saúde Mental de Odivelas 	3º Andar	<ul style="list-style-type: none"> Grupo de alcoologia Sala de formação Gabinete de psicologia

Em termos gerais é constituída por:

4 – Enfermeiros

6 - Médicos psiquiatras

4 – Psicólogas

1 – Assistente Social

1- Monitora de Atelier

2 – Terapêutas ocupacionais

1 – Porteiro

1 – Administrativo

3 – Assistentes operacionais

O acesso aos cuidados na UCCPO faz-se por:

- Encaminhamento pelo psiquiatra
- Credencial do médico de família
- Relatório médico.

Quanto aos cuidados prestados:

1. Consulta de triagem

Por norma é feita pelo psiquiatra e é considerada como a primeira consulta. Desta consulta resulta o encaminhamento, por exemplo, para a psicologia, enfermagem (administração de decanoatos), alcoologia, grupo de alcoologia, Área de Dia, Hospital de Dia ou seguimento na consulta de psiquiatria.

2. Consulta de psiquiatria

3. Consulta de alcoologia

4. Consulta de enfermagem (inclui a administração terapêutica e visitas domiciliárias)

5. Atendimento pelo serviço social

6. Psicoterapia individual

7. Psicoterapia em grupo

8. Grupo de alcoologia

9. Hospital de Dia

10. Área de dia

O enfermeiro está presente na consulta externa, Área de Dia (a tempo parcial), Hospital de Dia e Grupo terapêutico de alcoologia.

Consulta externa de enfermagem:

A consulta funciona de 2^a a 6^a das 9h às 16h e consiste na assistência ao utente, família que necessite, em situação de crise ou de mero encaminhamento.

A administração de decanoatos é preferencialmente realizada à 2^a e 4^a feira no período da manhã, sendo feito o controlo das tomas e em caso de falha

contactar o utente, com o objectivo de perceber o motivo e reforçar a importância da adesão terapêutica.

Presta apoio à consulta de Psiquiatria.

Existe um enfermeiro fixo que fica na consulta externa e à 2ª feira integra o grupo terapêutico de alcoologia.

E existe outro enfermeiro responsável pela consulta externa, mas que também é o enfermeiro de referência da Área de Dia.

Além disso, Às terças-feiras existem consultas de enfermagem para os utentes que tiveram alta da CPI na semana anterior, com o objectivo de avaliar a situação, prestar cuidados pós-alta e articular com a consulta de psiquiatria.

Área de Dia

Na área de dia, o enfermeiro é responsável pelo espaço: “Falar Saúde”. É um momento semanal no qual se aborda várias temáticas: terapêutica, alcoolismo, tabagismo, entre outras.

A planificação das actividades é semanal e contemplam:

- Treino de actividades de vida diária
- Treino de autonomia na área residencial
- Educação para a saúde
- Treino de aptidões sociais
- Treino vocacional
- Actividades recreativas e lúdicas
- Movimento e técnicas de relaxamento
- Dançoterapia
- Atelier de artes plásticas
- Actividades cognitivas (jornal de parede, informática...)
- Actividades na comunidade, promotoras de um reconhecimento dos recursos comunitários disponíveis
- Actividade Desportiva 1 vez por mês.

Estas actividades são distribuídas de segunda a sexta das 9h às 12H30, com excepção da 3ª feira que é das 9H às 15h30, com almoço na UCCPO.

Esta valência inclui às 2ª feiras: grupo terapêutico semanalmente, reunião de famílias 1 vez por mês, triagem para ingressão na área de dia com a psicóloga (coordenadora) e outro técnico, sempre que esteja alguém referenciado para triagem.

A lotação é de 10 utentes, abrange a área de Odivelas e Loures.

Tem como objectivos terapêuticos;

- Reabilitação psicossocial
- Integração na comunidade
- Prevenção de recaídas

A concretização destes objectivos é baseada no modelo cognitivo-comportamental.

Na triagem é feita:

- Uma avaliação da situação e adequação dos critérios de admissão
- Uma avaliação das expectativas da pessoa e familiares
- Sensibilização para as características e regras da Área de Dia
- Motivação para a integração da valência como proposta de um projecto terapêutico individual
- Contrato terapêutico com o utente e família.

São critérios de exclusão, utentes que apresentem:

- Distúrbios da personalidade
- Toxicodependência/alcoolismo
- Dificuldades motoras incapacitantes
- Debilidade acentuada.

Hospital de Dia

No Hospital de Dia, o enfermeiro é responsável por dinamizar o “espaço saudável” onde trabalha as dificuldades referenciadas pelos utentes.

Integra o grupo terapêutico à 2ª e à 5ª feira, assim como, outras actividades dinamizadas pela terapeuta ocupacional e monitora de atelier.

Tem um papel preponderante na adesão terapêutica, sendo responsável por adoptar/fornecer estratégias para os utentes serem autónomos.

O Hospital de Dia tem uma lotação de 12 utentes da área de Odivelas e Loures.

As actividades são planeadas semanalmente. São semelhantes às da Área de Dia, mas com objectivos terapêuticos diferentes.

As actividades vão variando, no entanto, existe grupo terapêutico à 2ª e à 5ª feira e reunião de equipa na 5ª feira antes do grupo.

Tem como principais objectivos: envolver o utente no processo terapêutico composto por um conjunto de actividades organizadas, visando a sua reinserção comunitária, assim como, a diminuição da frequência e duração dos internamentos.

Os utentes internados no Hospital de Dia, são utentes em fase aguda, com internamento parcial de 2ª a 6ª das 9h às 16h e são provenientes do internamento ou do acompanhamento feito em ambulatório na UCCPO.

Critérios de exclusão:

- Faltas superiores a 5 dias injustificadas – resulta em alta compulsiva, no entanto, na prática é analisado caso a caso.
- Não cumprimento de regras nomeadamente nos horários, fumar fora das zonas previstas, entre outras...
- Situações em que se verifique a ausência de suporte familiar, residencial, incapacidade de utilizar transportes públicos de forma autónoma, utentes crónicos institucionalizados, com deficiência mental, com demências, com problemas de adicção - toxicodependentes e utentes que apresentem comportamentos disruptivos graves.

1.2 CPI

A Clínica Psiquiátrica 1 situa-se no Pavilhão 29 r/c, pertence ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e insere-se no Parque da Saúde.

É um serviço de internamento e que recebe utentes dos concelhos de Odivelas e de Loures. Desde Maio deste ano que integrou os cuidados a utentes da área da alcoologia, no âmbito do tratamento e reabilitação e que presta cuidados a toda a área do CHPL (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa). A área de referência corresponde aos distritos de Lisboa, Santarém e Beja, com excepção de algumas freguesias.

Esta alteração vai de encontro ao que é proposto pelo Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016.

Assim, este serviço abrange um universo de 2.744.350 pessoas quando se considera o tratamento e reabilitação do doente alcoólico e cerca de 333 847 habitantes para as restantes patologias. (Informação recolhida através dos sites oficiais dos municípios, que referenciam o censo de 2001, presentes na bibliografia).

A Clínica psiquiátrica I está incluída no Sector A que é constituído por: internamento, área de dia de alcoologia, Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas e Núcleo Intervenção Comunitária de Loures.

Estrutura física

Tem uma lotação de 28 (mais duas camas inseridas uma em cada ala e que funcionam como isolamento). A lotação total está dividida em duas alas e na zona central encontram-se as áreas comuns: refeitório, gabinetes médicos, arrecadação, rouparia, sala de trabalho, copa, gabinete da enf^a chefe, secretária de unidade, sala de convívio e um quarto de isolamento.

Tem a particularidade de cada uma das alas terem uma varanda acessível aos utentes.

É um serviço misto, tendo 14 vagas para Homens e 14 vagas para mulheres. As vagas de alcoologia são um total de 6, sem ter em conta o género.

Recursos humanos

A nível de recursos humanos, o sector A tem um:

- Director: Dr. Cabral Fernandes
- Enfª Chefe: Enfª Ilda Batista, cujos gabinetes se situam na CP1.

Equipa de Enfermagem:

1- Enfª Chefe

1 – Enfª Especialista em regime de acumulação de funções, com carga horária de 19 horas

18 – Enfº dos quais 2 com a especialidade e um deles em funções na CP1 e outro na Área de Dia da Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoologia.

Equipa Médica:

5 – Psiquiatras, estando um deles a exercer funções de director de serviço.

1 – Interna da Especialidade de Psiquiatria

1 – Médico de Medicina Interna, por chamada.

A restante equipa é constituída por:

- 1 Assistente Social e uma estagiária de assistente social
- 1 Secretária de Unidade
- 1 Psicóloga.
- 10 Assistentes Operacionais

Método de trabalho

O método de trabalho é o individual, havendo distribuição diária dos doentes, pela enfª chefe ou quem a substitua, pelos enfermeiros escalados em todos os turnos.

Actividades desenvolvidas no serviço

Estão implementados alguns projectos de enfermagem de intervenção ao utente e à família. Cada projecto tem um enfermeiro responsável pelo desenvolvimento e implementação do mesmo. A sua execução está dependente dos recursos humanos existentes, as necessidades dos doentes/ famílias e as condições do serviço. As intervenções são:

- Actividades lúdico recreativas, 2 vezes por mês;
- Sessões de “Terapia de Grupo com componente Psicossocial e Educativa”, a realizar uma vez por semana;
- Sessões de “Educação para a Saúde”;
- Sessões de Relaxamento com duração de 30 min, realizado 1 vez por semana entre as 20 e as 22 horas;
- Reuniões de Família em equipa multidisciplinar à 6ª feira das 11 às 12 horas;

Acesso ao internamento

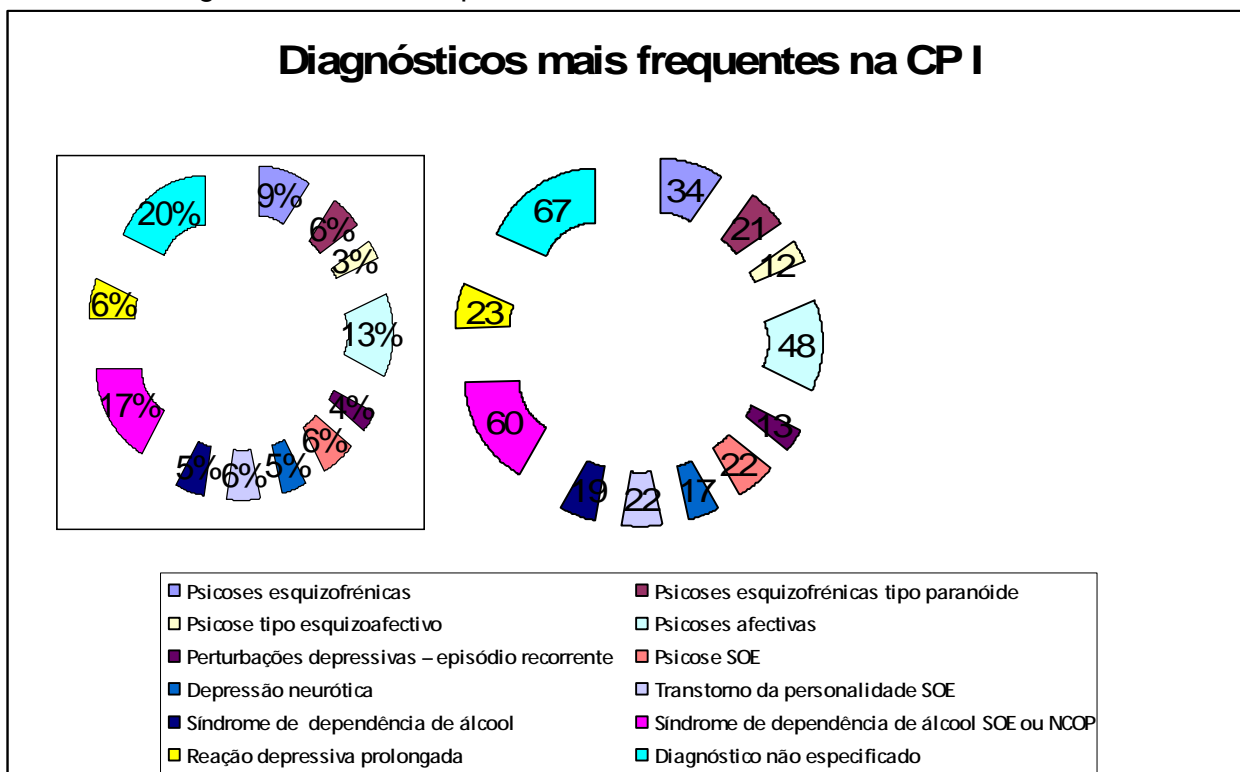
O acesso ao internamento faz-se através: do Serviço de Urgência do Hospital Curry Cabral, internamento directo vindo da consulta externa ou por transferência de outros serviços.

Caracterização dos doentes internados

O serviço tem uma taxa de ocupação de 84,7% nos primeiros nove meses do ano, que corresponde a 383 utentes entrados, cuja média de internamento é de 15.1 dias.

Dos 383, 42 foram internamentos compulsivos. (dados recolhidos através da Intranet do CHPL, 4 de Novembro de 2009)

Gráfico 1: Diagnósticos mais frequentes na CP1



O gráfico 1 demonstra as 12 patologias mais frequentes na CPI, no período de 1 de Janeiro a 31 de Outubro.

Como se pode observar os diagnósticos mais frequentes são: o Síndrome de Dependência Alcoólica SOE ou NCOP, as psicoses afectivas, seguido das psicoses esquizofrénicas, reacção depressiva prolongada, psicose SOE, transtorno da personalidade, psicoses esquizofrénicas tipo paranóide e síndrome de dependência alcoólica. (IGIF, elaborado a 12 de Novembro de 2009)

Cerca de 20% dos utentes admitidos e tratados não apresentam um diagnóstico especificado. (IGIF, elaborado a 12 de Novembro de 2009)

Desta forma, o diagnóstico com maior número de utentes foi o Síndrome de Dependência Alcoólica SOE. Sendo necessário realçar que estes dados correspondem ao período de 1 de Janeiro de 2009 a 30 de Setembro e a CPI apenas começou a receber os utentes da Unidade de Tratamento e Reabilitação

de Alcoologia (UTRA) a partir de 1 de Maio de 2009. (IGIF, elaborado a 12 de Novembro de 2009)

O período médio do utente com Síndrome de Dependência Alcoólica (S.D.A.) é de 13 dias e o Síndrome de Dependência Alcoólica (S.D.A.) SOE é de 11 dias.

1.3 – UTRA

A UTRA é um serviço, inserido no CHPL, no sector A e cujas instalações correspondem ao Pavilhão 19.

A reestruturação do CHPL conduziu a que se iniciasse funções naquele espaço desde Novembro de 2008.

Este serviço presta cuidados na área da reabilitação, ao utente com problemas de alcoolismo, quer seja de abuso ou dependência.

O tratamento na UTRA inclui a adesão a um programa delineado para três meses, inspirado na Terapia Cognitivo-Comportamental, com frequência obrigatória de segunda a sexta-feira das nove às dezasseis horas, com excepção da quarta-feira que é das nove às quinze horas, devido à Reunião de Famílias.

O programa embora tenha estas linhas orientadoras pode ser adaptado às necessidades e à disponibilidade do utente.

Actividades desenvolvidas

As actividades são dinamizadas por uma psicóloga e por uma enfermeira com o objectivo de realizar: treino de aptidões sociais, treino de aptidões intra e interpessoais, treino de auto-controle, treino de assertividade, treino de resolução de problemas, gestão do *stress* e da ansiedade, reestruturação cognitiva, ensino sobre a doença, promoção do autocuidado e da adopção de estilos de vida saudáveis e promoção da adesão terapêutica.

Estas actividades visam o ensino, ao utente, sobre a doença, a aceitação da doença, o reforço e o desenvolvimento de mecanismos de defesa facilitadores

na resolução de problemas, o apoio às famílias e colaborar na reestruturação da família sem os consumos de álcool.

Outras das actividades é o grupo terapêutico que decorre na manhã de terça-feira. Existem dois grupos distintos: em ambos estão utentes a frequentar a UTRA, sendo que o primeiro é maioritariamente utentes em abstinência após tratamento na UTRA e o segundo utentes numa primeira fase do seu processo de reabilitação. Esta actividade é dinamizada pelo director de serviço e conta com a presença de todos membros da equipa multidisciplinar.

Caracterização dos utentes

Os utentes abrangem a região geodemográfica de todo o CHPL, sendo uma população total de 2.744.350 pessoas. (Informação recolhida através dos sites oficiais dos municípios, que referenciam o censo de 2001).

No ano de 2009, completaram o tratamento de três meses na UTRA 48 utentes, com idade média de 50 anos. Em igual período foram realizadas 736 consultas de enfermagem e 530 sessões de relaxamento.

Método de trabalho

O método de trabalho é grpoterapia, com acompanhamento individual médico e psicológico.

Admissão

A admissão é realizada através do encaminhamento durante e/ou após o internamento ou através da consulta externa.

A permanência na UTRA implica aceitação e cumprimento das regras descritas no contrato terapêutico, nomeadamente, a abstinência.

Como critérios de exclusão estão descritos faltas injustificadas e consumos de álcool detectados e o não cumprimento das restantes normas.

Estrutura Física

A UTRA encontra-se no Pavilhão 19.

É constituída por uma sala na qual se dinamizam as actividades, quatro gabinetes (1- enf^a Lúdia e secretária de unidade; 2 – Dra Sónia – psicóloga; 2- Dr. Cabral Fernandes – director de serviço e Paula Diegues – psicóloga; 4 – Dra. Teresa Mota – psiquiatra) e uma casa-de-banho.

Recursos Humanos

- 1 – Enfermeira a tempo parcial (segundas, terças e quartas).
- 2 –Psicólogas (uma das quais em licença de maternidade)
- 2 – Médicos psiquiatras
- 3 – Internos da especialidade de psiquiatria
- 1 – Secretária de Unidade (às segundas e sextas-feiras).

Bibliografia:

CÂMARA MUNICIPAL DE ODIVELAS – Câmara Municipal de Odivelas [em linha]. [Consultado a 3 e Outubro de 2009] Disponível na Internet <URL <http://www.cm-odivelas.pt>>

CÂMARA MUNICIPAL DE LOURES – Câmara Municipal de Loures [em linha]. [Consultado a 3 e Outubro de 2009] Disponível na Internet < URL <http://www.cm-loures.pt>>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Censos 2001** [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde [consultada a 10 de Dezembro de 2009] Disponível na internet em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=censos_historia_pt_2001>

Ministério da Saúde - **Plano de Reestruturação de Desenvolvimento de Serviços de Saúde Mental (2007-2016)** [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde [consultada a 1 de Novembro de 2009] Disponível na internet em <URL: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-879187BD2915/0/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf>>

PORTARIA nº 1373/2007 “D.R. I série” 202 (2007-10-19) 7689.

Anexo II

Modelo de Enfermagem de Betty Neuman: uma abordagem para a prática

Modelo de Enfermagem de Betty Neuman

Uma abordagem para a prática

Maio 2009

Carla Ventura e Céu Monteiro

Alunas do II Mestrado de natureza profissional, área de especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica da
Universidade Católica Portuguesa

Modelo de Enfermagem de Betty Neuman

Escola dos efeitos desejados

Biografia de Neuman

Nasceu numa fazenda, em Lowell, Ohio, em 1924.

Os seus primeiros estudos em enfermagem foram concluídos no People Hospital (actualmente designado de General Hospital), School of Nursing, em Arkcron, Ohio, em 1947. Tendo obtido o grau de bacharel em Enfermagem, no ano 1957, em 1966, obteve o grau de Mestre em Saúde Mental, Consultoria em Saúde Pública, da UCLA (Universidade da Califórnia, em Los Angeles). Possui também um Doutoramento em Psicologia Clínica.

A sua área de actuação incide em consultoria e aconselhamento em Saúde Mental desde 1966.

No final dos anos sessenta, foi considerada pioneira no movimento comunitário de Saúde Mental.

O modelo

Os modelos teóricos de Enfermagem apresentam 4 grandes conceitos chave: o conceito de pessoa, de ambiente, de saúde e de enfermagem.

Há vários modelos, embora se baseiem em 3 grandes teorias: a teoria dos sistemas, a teoria do desenvolvimento e a teoria da interacção. Perante a multiplicidade de modelos houve necessidade de os agregar, tendo em conta aspectos comuns, sendo criadas escolas de pensamento no âmbito da disciplina de Enfermagem.

As principais concepções actuais segundo seis escolas é referido por Kérouac (1994), salientando a *escola dos efeitos desejados*.

Fazem parte desta escola as teóricas, Lynda Hall, Dorothy Johnson, Myra Levine, Callista Roy e Betty Neuman, tendo como foco de actuação os efeitos desejados dos cuidados de Enfermagem.

Um dos modelos teóricos que segundo K  rouac¹ (1994), la pensée infirmi  re, constitui a escola dos Efeitos Desejados.

Lopes² alerta-nos como Neuman apresenta os cuidados, pessoa, saúde, ambiente e elementos chave, visualizando o quadro que se segue.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman engloba o conhecimento de diversas áreas, as suas próprias crenças, relativamente    Enfermagem, bem como a sua especializa  o em enfermagem clínica, nomeadamente na Saúde Mental.

Cuidados	Interven��o que visa a integridade da pessoa, que se interessa por todas as variáveis que têm um efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de stress com o fim de reduzir o seu efeito.
Pessoa	Ser fisiológico, psicológico, sociocultural e espiritual capaz de se desenvolver; é um todo integral.
Saúde	Estado dinâmico de bem-estar ou de doença que é determinado pelas variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais ligadas ao desenvolvimento.
Ambiente	Ambiente externo e interno; Ambiente externo - é tudo o que é externo �� pessoa; Ambiente interno - é o estado interno da pessoa que tem rela��o com as variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais de desenvolvimento.
Elementos-Chave	Sistema aberto; Estrutura de base; Agentes de stress;

¹ KÉROUAC, Suzanne *et al* - El Pensamiento Enfermero. Masson, S.A. 1996.

² LOPES, Manuel - Concep  es de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-moral. Alguns dados e implica  es. Lisboa: Associa  o Portuguesa de Enfermeiros. 2001. ISBN 972-98149-0-2.p.55.

	Linhas de defesa; Linhas de resistência; Prevenção; Reconstituição; Estabilidade.
--	---

Quadro 1 - Os conteúdos base e os elementos-chave segundo Neuman

Quadro 1 Os Conteúdos base e os elementos-chave segundo Neuman

Esta escola baseia-se nas seguintes teorias:

Dos níveis de adaptação de Helson (Kérouac et al., 1994; Meleis 1991), considerando que "todas as formas conscientes ou inconscientes de ajustamento às condições do ambiente passado, presente ou futuro com que o Homem se defronta".

Tem como base a teoria geral dos sistemas que reflecte o organismo vivo como um sistema aberto, em constante interacção com o ambiente que o rodeia.

O modelo advém da Teoria de Gestalt, o qual define a homeostase como o "*processo através do qual um organismo mantém o seu equilíbrio e, conseqüentemente, a sua saúde, sob condições diversas.*" (Towey e Alligod, 2004: 336). Desta forma, o indivíduo é considerado tanto no campo ambiental como no organismo, sendo o seu comportamento o reflexo da sua relação com esse campo.

A pessoa é vista como um todo, em todas as suas variáveis (fisiológico, psicológico, sócio-cultural, de desenvolvimento e espiritual), os quais interagem entre si; o ambiente é tido como forças internas e externas que afectam e são afectadas pela pessoa. "*O cliente é um sistema (...) que interage com o ambiente adaptando-se-lhe; ou como um sistema, adaptando o ambiente a si.*" (Neuman, 1970).

Neuman realça ainda a definição de stress formulada por Selye, "*resposta não específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito*" (Towey e Alligod, 2004: 337) e a importância da adaptação ao problema, perante o mesmo, devido à necessidade de reajustamento.

Os stressores são estímulos produtores de tensão que resultam em stress, positivos ou negativos para a pessoa, que ocorrem dentro das fronteiras do sistema do cliente. Estes podem ser: "*Forças intrapessoais, que ocorrem no indivíduo, como as respostas condicionadas; Forças interpessoais, que ocorrem entre um ou mais indivíduos, como as expectativas de função; Forças extrapessoais, que ocorrem fora do indivíduo, como as circunstâncias financeiras.*" (Towey e Alligod, 2004: 338)

Assim, podemos considerar os atributos físicos, as atitudes ou o grau de desenvolvimento pessoal, como forças intrapessoais. As relações entre os indivíduos, estão incluídas nas forças interpessoais e, por fim, situações como o desemprego pertencem às forças extrapessoais. Desta forma, a adaptação é encarada como um processo dinâmico e contínuo, através do qual a pessoa satisfaz as suas necessidades, face aos factores de stress, podendo cada necessidade ser perturbadora da

estabilidade da pessoa. A estabilidade ocorre quando *"o sistema do cliente colabora com os stressores, com êxito; consegue preservar um nível de saúde adequado."* (Towey e Alligood, 2004: 338)

Contudo, quando este mecanismo de adaptação falha, desenvolve-se uma desarmonia, tornando a própria pessoa incapaz de satisfazer as suas necessidades, ficando mais susceptível à doença.

Para Betty Neuman o modelo avançado privilegia a visão holística da pessoa e o restabelecimento da sua saúde, tendo em consideração os factores de stress que surgem da sua adaptação ao meio e contexto em que está inserido. Considera mesmo os cuidados às pessoas numa perspectiva da pessoa total. O modelo avançado dá ênfase à prevenção, educação para a saúde e abordagem interdisciplinar.

Para esta teórica os cuidados de enfermagem são abordados considerando todas as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de Stress, com o intuito de os minimizar³.

O modelo de Betty Neuman

Conceitos

Pessoa

Ambiente

Saúde (Bem-estar)

Enfermagem

Expressões usados na concepção do modelo

Ambiente

Doença

Estressores Extrapessoais

Interpessoais

Intrapessoais

Linha de defesa flexível

Linha de defesa normal

Linha de resistência

Estrutura do núcleo básico

Prevenção primária

Secundária

Terciária

³ TOWEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem). 5ª edição. Loures: Lusociência. 2004. ISBN 972-8383-74-6.

Desenvolvimento do modelo

A concepção de pessoa baseia-se num estádio de equilíbrio dinâmico. A tensão no campo é que vai determinar um desequilíbrio. Os vectores do exterior levam a pessoa a interagir com o ambiente, provocando assim distúrbios maiores ou menores do equilíbrio da pessoa como um todo. Com o objectivo de minimizar os factores de stress e os vectores negativos que potenciam a situação de desequilíbrio na pessoa deste modo há necessidade de uma intervenção dos enfermeiros para as pessoas, famílias e ou grupos.

Existem condições básicas, comuns a todos os seres humanos, para a manutenção da estabilidade: linha de defesa normal, linha de defesa flexível e linha de resistência.

A linha de defesa normal funciona como um marco para avaliar os desvios do habitual bem-estar da pessoa ou sistema, uma vez que é constituída pela reacção do ser humano ao ambiente. Representando assim, um estado de estabilidade para o indivíduo ou sistema. Esta tem em atenção os seus mecanismos de *copping*, estilos de vida e estágio de desenvolvimento, isto é, as capacidades que a pessoa foi adquirindo, ao longo da sua vida, como forma de lidar com os factores de stress.

A linha de defesa flexível é dinâmica e pode ser facilmente alterada em pouco tempo. Funciona como uma espécie de protecção adicional, que impede que os stressores interfiram com o bem-estar da pessoa, no momento em que esta enfrenta condições adversas. As diferentes áreas do ser humano (fisiológico, psicológico, sócio-cultural, espiritual e de desenvolvimento) influenciam a forma como este utiliza esta linha flexível de defesa.

As linhas de resistência são consideradas recursos utilizados pela pessoa, que auxiliam a superar os factores de stress. São a última defesa do indivíduo e, quando empregadas eficazmente, ajudam-no a retomar a sua estabilidade e bem-estar. Por vezes, também com o intuito de manter o equilíbrio e harmonia, a pessoa mobiliza, de forma inconsciente, um "ambiente criado". Este tipo de ambiente funciona como um isolador, que a ajuda a lidar com os stressores, alterando-se a pessoa a si própria ou à situação. O bem-estar da pessoa influencia e é influenciado, constantemente, pelo ambiente criado (Towey e Alligood, 2004).

A prevenção deve ser também encarada como uma forma de ajudar o ser humano na manutenção da estabilidade do seu sistema, pelo que Neuman (1970) identifica três níveis de prevenção:

- Prevenção primária: identificação ou suspeita de um agente stressor, embora ainda não tenha ocorrido uma reacção. No entanto, o risco de desarmonia é conhecido;
- Prevenção secundária: ocorrência de sintomas de stress, sendo iniciadas intervenções e tratamento. Os recursos internos e externos da pessoa devem ser utilizados no fortalecimento das linhas de defesa;
- Prevenção terciária: reajustamento da estabilidade do sistema, após tratamento, aumentando a resistência da pessoa aos stressores e prevenindo o reaparecimento da reacção.

Desta forma, é possível compreender que Modelo de Sistemas de Betty Neuman tem grande importância para a actual e futura prática de enfermagem, facilitando abordagens direccionadas à totalidade da pessoa, de forma unificadora, e adequada ao uso multidisciplinar, deste modo, impede a fragmentação dos cuidados à pessoa.

O esquema que se segue traduz a representação esquemática dos níveis de prevenção de Neuman. Os níveis de prevenção enquanto modos de intervenção de Enfermagem.

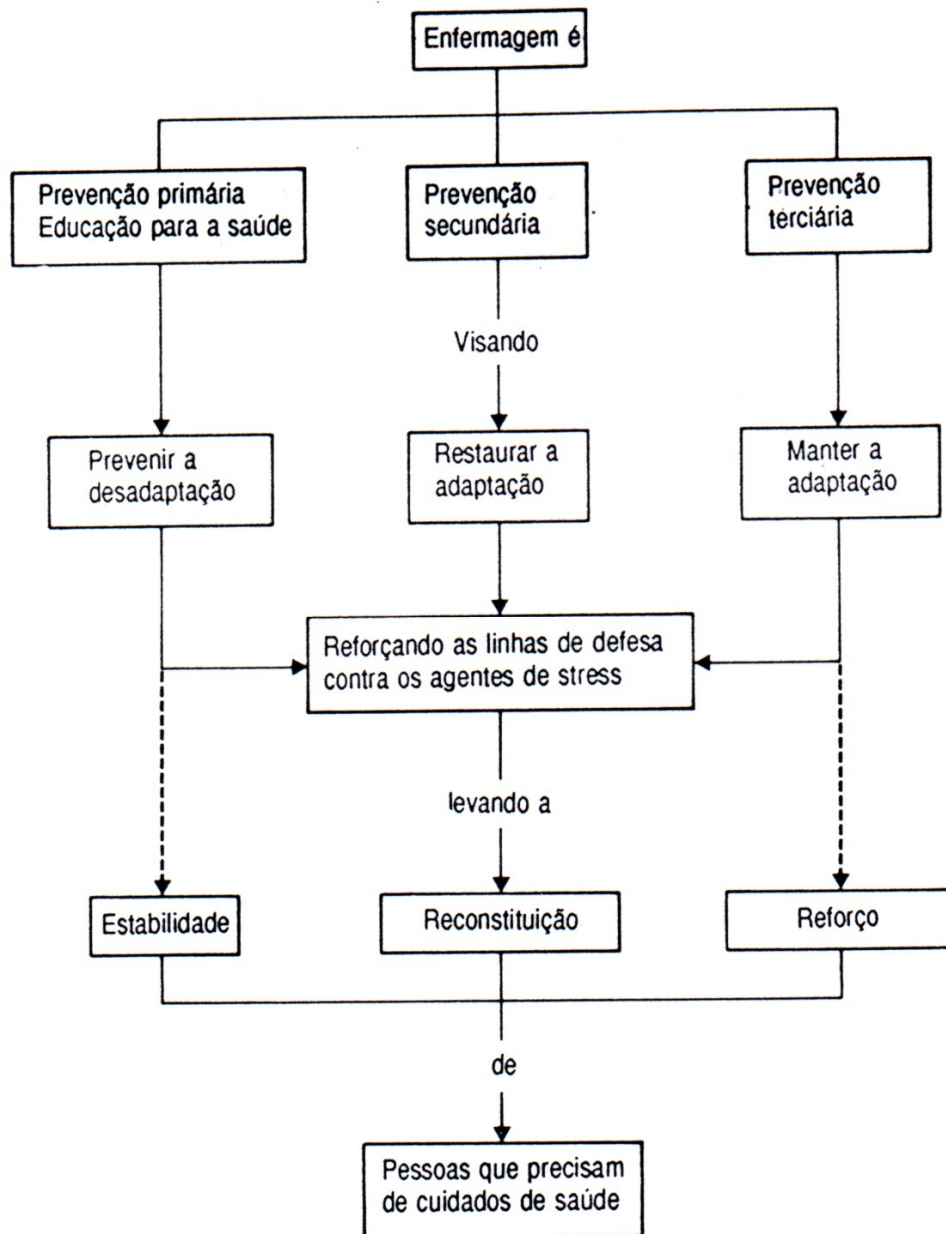


Figura 1 – Representação esquemática dos níveis de prevenção de Neuman.

A primeira prioridade para a intervenção de enfermagem em cada uma das áreas de intervenção é determinar a natureza dos stressores e a ameaça para a pessoa sistema da pessoa.

Prevenção como intervenção⁴

⁴ Tradução e adaptação de Conceição Lima Anjo (prof. da ESEMFR) – The Neuman Systems Model. In Nursing Congress, Toronto (Canada).

Prevenção Primária	Prevenção Secundária	Prevenção terciária
Acção de enfermagem para:		
1. Classificar os "stressores" que ameaçam a estabilidade do cliente/sistema do cliente. Prevenir a invasão do stressor.	1. Após invasão do factor de stress, proteger a estrutura básica.	1. Durante a reconstituição, atingir/manter máximo nível de bem-estar e estabilidade após tratamento.
2. Proporcionar informação para reter ou reforçar as forças existentes do cliente/sistema do cliente.	2. Mobilizar e otimizar os recursos internos/externos para a estabilidade e conservação de energia	2. Educar, reeducar e/ou reorientar conforme necessário.
3. Apoiar o funcionamento e adaptação (coping) positivos.	3. Facilitar manipulação propositada dos factores de stress e reacções aos factores de stress.	3. Apoiar cliente/ sistema cliente na conssecução apropriada dos objectivos.
4. Dessensibilizar stressores nocivos existentes ou possíveis.	4. Motivar, educar e envolver o cliente e sistema cliente nas finalidades dos cuidados de saúde.	4. Coordenar e integrar os recursos do serviço de saúde.
5. Motivar para o bem estar	5. Facilitar medidas de tratamento/intervenção apropriadas.	5. Prevenção primária e/ou intervenção preventiva secundária conforme necessário.
6. Coordenar e integrar teorias interdisciplinares e informação epidemiológica.	6. Apoiar factores positivos tendentes ao bem estar.	
7. Educar e reeducar.	7. Promover advocacia através de coordenação/integração.	
8. Utilizar o stress como uma estratégia de intervenção positiva.	8. Prevenção primária/intervenção conforme necessário.	

Quadro 2 - Acção de enfermagem nas várias perspectivas de prevenção.

Processo de Enfermagem segundo Neuman

Neuman sistematizou o processo de Enfermagem, dividindo-o em três categorias:

- + Diagnósticos de Enfermagem;
- + Metas de Enfermagem;
- + Resultados de Enfermagem.

O primeiro passo do Processo de Enfermagem

Incide sobre o diagnóstico de Enfermagem. Este engloba uma base de dados que identifica, classifica, e auxilia a interação dinâmica das variáveis: fisiológicas; psicológicas; sócio-culturais; de desenvolvimento e espirituais da pessoa.

Estabelecido o diagnóstico. Neuman operacionalizou todas as variáveis em folha própria, com uma estrutura definida, da qual fazem parte:

- Dados Biográficos;
- Agentes de stress:
 - sentidos pela pessoa – factores que percepciona como causadores das principais dificuldades;
 - sentidos pela enfermeira – factores que a enfermeira percepciona como causadores das principais dificuldades.
- Factores: intra-pessoais; inter-pessoais e extra- pessoais que afectam a pessoa e as suas relações. Estes constituem as respostas aos agentes de stress, dividindo-se nas variáveis anteriormente mencionadas.
- Uma definição ordenada dos problemas reconciliando quaisquer diferenças entre as percepções da enfermeira e as percepções da pessoa.

Neuman alerta-nos que um diagnóstico exacto implica partir dos aspectos gerais para pormenores mais específicos, sendo crucial identificar as diferenças entre os entendimentos, discuti-los e conciliá-los em 6 perguntas (fig.1).

Apreciação da situação perante Neuman – questões chave no seu processo de análise.

Agentes de Stress	
1. O que considera ser o seu problema, dificuldade ou preocupação mais importante?	
Percepção do doente	Percepção da enfermeira
2. Como é que isso tem afectado os seus hábitos ou o seu estilo de vida?	
Percepção do doente	Percepção da enfermeira
3. Anteriormente já alguma vez teve um problema semelhante? Se sim, o que é que foi esse problema e como o resolveu? Deu resultado?	
Percepção do doente	Percepção da enfermeira
4. Como prevê o futuro em consequência da presente situação?	
Percepção do doente	Percepção da enfermeira
5. O que está a fazer ou o que pode fazer para se ajudar a si mesmo?	
Percepção do doente	Percepção da enfermeira
6. O que espera que os prestadores de cuidados, família, amigos e outras pessoas façam por si?	
Percepção do doente	Percepção da enfermeira
Resumo	
Intrapessoal	
Interpessoal	
Extrapessoal	

Quadro 3 - Folha de apreciação do processo de enfermagem

Resumo das impressões

Com o objectivo sistematizar qualquer discrepância ou distorção entre a percepção da pessoa e do enfermeiro relacionado com a situação.

Resumo

Factores Intrapessoais

- Físicos – ex: grau de mobilidade; funções fisiológicas.
- Psicosocioculturais – ex: atitudes, valores, expectativas, padrões de comportamento, natureza dos padrões de coping.
- Desenvolvimento – ex: idade, grau de normalidade, desempenho de tarefas de desenvolvimento, factores relacionados com a situação presente.
- Sistema de crenças espirituais – ex: esperança, factores de suporte.

Factores Interpessoais

Ex: Relações com familiares e amigos ou cuidadores que podem influenciar os factores intrapessoais.

Factores Extrapessoais

Ex: Recursos, envolvimento comunitário, emprego ou outras áreas que podem influenciar os factores intrapessoais e interpessoais.

Quadro 4 – Resumo dos factores envolvidos

- Depois de identificados todos os aspectos especificados, há necessidade de **formulação de um diagnóstico de enfermagem compreensivo.**

- O Segundo passo do processo de Enfermagem

Engloba as **metas de Enfermagem**, sendo caracterizadas pela negociação feita entre a pessoa e o enfermeiro, tendo como objectivo corrigir as variáveis que alteram o bem estar da pessoa.

As estratégias consideradas contemplam o conservar, atingir ou manter a estabilidade do sistema da pessoa.

-O terceiro passo do processo de Enfermagem

Os resultados de enfermagem englobam as estratégias de intervenção implementadas pelo enfermeiro, intervindo num ou mais níveis de prevenção (primária; secundária e terciária)

Aplicação prática do processo de Enfermagem

Enfermeira:	Data de Admissão:	Consultor
Nome:		Médico assistente:
Morada:		Médico família:
Idade:	Estado:	Assistente social:
Data de Nascimento:	Emprego:	Antecedentes Clínicos:
Religião:	Baptizado:	
Nome preferido:		
Familiar mais chegado Nome: Morada:		
Outras pessoas importantes:		
Filhos: Nomes:		Alergias/Dç Infecciosas
Tipo de admissão:		
Diagnóstico médico:		Medicamentos:
Causa do Internamento:		
Encaminhamento:		

Quadro 5- Folha de Admissão

Problemas	Objectivos	Tratamento Primário (Prevenção)	Tratamento Secundário (Intervenção)	Tratamento Terciário (Follow up)

Quadro 6 - Esquematização do Plano de Cuidados

Anexo XIII

DIÁRIO DE BORDO

29 de Abril: actividade desportiva

A actividade desportiva é realizada uma vez por mês, na última semana e na qual participam o Hospital de Dia e Área de Dia, cujos objectivos são: combater o sedentarismo, realizando exercício físico; incentivar a sua realização nos momentos livres; e, demonstrar que é uma forma que promove o bem-estar.

A actividade é realizada no Pavilhão de Odivelas a cerca de 50 m da UCCPO e na qual todos participam desde técnicos, estagiários e utentes.

É organizada em três partes: a primeira é o aquecimento e pode começar com uma corrida lenta ou caminhar, aquecimentos das articulações e alongamentos na qual todos damos um contributo com um exercício para fazer; na segunda parte os utentes sugerem e votam um jogo (andebol, voleibol, ...); na terceira parte há partilha das emoções e sentimentos antes e depois da actividade. A actividade termina nos balneários com higiene e/ou troca de roupa.

Foi a primeira actividade em conjunto com o Hospital de Dia e na qual tive oportunidade de conhecer os utentes.

O primeiro sentimento foi de expectativa. A actividade física faz parte dos meus gostos pessoais (tendo aproveitado a actividade para proveito próprio reforçando o meu bem-estar, recarregar energias positivas que nos movem no dia-a-dia com um sorriso) e por outro lado estava expectante com a relação dos utentes e a forma terapêutica como ia ser conduzida.

O dinamizador principal foi a Terapeuta Ocupacional e a enfermeira em co-terapia.

Os alongamentos e o aquecimento das articulações foram sugeridos por cada um apanhando-me de surpresa e apelando à minha imaginação. Este exercício para além de exercitar o corpo permite a participação activa de todos, apela à criatividade do exercício e apela à memória (dado que não é permitido repetir o exercício já realizado).

Na segunda parte o jogo escolhido e votado foi o andebol, foram feitas 2 equipas e o guarda-redes foi rodando por todos.

Nesta parte é curioso que os técnicos foram os primeiros a serem escolhidos e o utente do Hospital de Dia escolhia preferencialmente pessoas do Hospital de Dia e os da Área de Dia idem. Havendo alguma dificuldade na relação com o outro e em estabelecer novas relações.

Porém durante o jogo, que decorreu de uma forma intensa, o espírito de equipa, o incluir todos os membros ainda que hajam pessoas mais tímidas ou viradas para o isolamento, foi uma constante.

O contacto físico neste jogo era quase inevitável permitindo confrontar com essa situação. De uma forma curiosa e esperada a pessoa com mais dificuldade tem com essas situações, devido a comportamentos obsessivo-compulsivos não apareceu nesse dia.

Quanto a este aspecto, uma das situações passíveis para incentivar a sua participação seria sugerir vir equipado de casa, só teria de trocar de calçado, durante a actividade realiza o possível esperando-se de uma forma gradual realizasse a actividade na sua totalidade.

Na partilha realizada no final, todos apresentaram uma expressão sorridente, tranquila e verbalizaram aspectos positivos da actividade.

Aqui observa-se que, tal como eu, no início estava expectante também os outros utentes o estavam, apesar de já terem realizado a actividade anteriormente. No início apresentavam rostos mais sisudos, pouco comunicativos, isolados em pequenos grupos da sua área, tensos e no final observa-se sorrisos, empenhamento, alguma excitação de terem conseguido realizar a actividade.

Foi feito o reforço da importância da prática do exercício físico de uma forma, regular apelando aos sentimentos positivos mencionados pelos utentes.

Este é uma das actividades que mais agradam aos utentes porque se conseguem descontraír. Realiza-se num espaço diferente ao da UCCPO, facilitando uma melhor adesão.

A adesão à actividade é um veículo importante para trabalhar e desenvolver vários aspectos, nomeadamente, o excesso de peso que se verifica em metade dos utentes.

Assim, concluo que a actividade desportiva é uma actividade na qual se trabalha o corpo, a mente, e as relações interpessoais, através da própria acção segundo também o modelo dos técnicos (que realizam todas as actividades propostas). Aqui não se aplica o provérbio “olha para o que eu digo e não para o que eu faço”. Pode-se afirmar que os técnicos funcionam como modelação na aprendizagem e/ou colocação em prática de estilos de vida saudáveis.

Vaz Serra considera a prática de exercício físico de uma forma regular, uma forma de melhorar a resistência ao stress, atenuando o seu impacto negativo sobre a função imunitária. Por outro lado, melhora o bem-estar psicológico diminuindo a ansiedade-traço e a ansiedade-estado.

O mesmo autor, considera que o controlo do peso é outro aspecto que melhora a resistência ao stress. Contudo, o controlo deve ser feito através de uma alimentação equilibrada e de exercício físico regular.

Desta forma, justifica-se a pertinência e a importância desta actividade, que tem como desvantagem a sua frequência: mensal. Porém esta desvantagem pode passar a vantagem sempre que a pessoa sinta necessidade de praticar exercício físico e o faça regularmente.

Nesta actividade surpreendeu-me a exposição dos técnicos perante os utentes, com a utilização do balneário no mesmo horário.

Este aspecto pode ser visto de dois pontos de vista:

1. De facto considero que existe um elevado nível de exposição do técnico para o utente, podendo ser difícil para o utente fazer a barreira e a distância terapêutica necessária e para o técnico gerir isso dado as características destes.

Esta situação põe à prova a capacidade terapêutica do técnico em saber estabelecer limites, ser assertivo e adequar sempre a sua posição de terapeuta à situação.

2. Outro ponto de vista baseia-se com o modelo adaptado: cognitivo-comportamental e partilha de balneário no mesmo horário podem ser uma oportunidade para uma abordagem terapêutica. Porque se o utente aceita o desafio de realizar exercício físico e, faz a escolha de o fazer num ginásio e não noutro local. O facto de ter de partilhar o balneário e de se expor a pessoas que

não conhece vai ser uma realidade e, neste momento pode-se trabalhar essa dificuldade.

Numa actividade consegue-se trabalhar diversas situações quotidianas nas quais os utentes tenham dificuldades

20 de Maio: Monte Selvagem

No dia 20 de Maio, o dia foi passado no Monte Selvagem, no concelho de Montemor-o-Novo.

O Monte Selvagem é um parque natural com espécies diferentes e diferentes áreas entre as quais: o parque de refeições, bar, trampolim gigante, slide, espaços verdes com baloiços, chuveiro para refrescar inclui um espectáculo de aves e um mini safari de tractor para visualizar outras espécies.

Apenas a viagem de tractor é que tem guia, o resto do tempo é gerido pelo visitante.

A viagem foi preparada de véspera com lista do material necessário, horários e divulgação do local.

Esta saída ao exterior foi uma experiência enriquecedora, tendo sido possível observar o comportamento individual no exterior da UCCPO, e em grupo através das relações interpessoais estabelecidas, as suas características e as suas dificuldades.

A ida ao Monte Selvagem é um dos programas que os utentes podem fazer numa tentativa de combater o isolamento em casa, é um passeio que provoca bem-estar e por outro lado é uma forma de conhecerem o que a comunidade tem para oferecer.

Desta visita destaco o desafio que apenas alguns decidiram agarrar: trampolim gigante!

O trampolim era um insuflável gigante, era um bom instrumento para alívio do stress e nem todos agarraram o desafio. Trata-se de um desafio que devido ao

seu tamanho e dificuldade em se manter de pé e continuar a saltar, no mesmo, intimidava.

Foi um momento para incentivar os indecisos e respeitar os que recusavam.

Nos cuidados ao utente temos que atender à sua individualidade, ao seu percurso de vida, às suas dificuldades e aos seus objectivos terapêuticos. Será que o facto de todos aceitarem o desafio de experimentar o trampolim era assim tão importante? Para alguns poderia ser e foi positivo terem aceite o desafio, para outros não passava por aí, o facto de terem ido e conseguirem estabelecer comunicação com outros utentes, já por si, superava o objectivo e o desafio para aquele dia.

Esta visita vem confirmar o Ser Humano enquanto ser social e cultural.

De uma forma indirecta, pode-se desprender que só podemos cuidar dos indivíduos quando eles se deixam conhecer. Para cuidar temos que atender o indivíduo, no seu todo, de uma forma holística. Cada um tem objectivos e metas diferentes, há que respeitar!

Colaborar com a pessoa na concretização do seu projecto de vida é incentivar a melhorarem é mostrar-lhe que tem capacidades, é identificar com ela os próprios recursos e aceitar as suas limitações.

Nem sempre é fácil aceitar as limitações pede-se sempre mais....

29 de Maio: sessão de educação para a saúde

A sessão de educação para a saúde foi um dos momentos altos da semana e decorreu a manhã de sexta-feira, dia 29 de Maio.

A sessão foi dividida em 2 partes: a primeira mais teórica com conceitos, manifestações do *stress* e, depois do intervalo, na segunda parte abordou-se as estratégias para prevenir e lidar com o mesmo.

Esta sessão foi dirigida aos utentes da Área de Dia e do Hospital de Dia.

A preparação da sessão foi um percurso no qual aprofundei conhecimentos sobre o tema e adquiri outros, através das leituras realizadas.

O domínio da fundamentação teórica deixa-nos à vontade como tema podendo abordá-lo, sistematizá-lo e transmiti-lo de diversas maneiras sem perder o fio condutor.

Por mais bem planificada que esteja a sessão existem sempre variáveis externas não controláveis, sobretudo quando se utiliza o método interrogativo. O método interrogativo foi utilizado como forma de motivar e suscitar o interesse na sessão e recorrer aos conhecimentos e opiniões do utente, para abordar o tema.

Assim, são imprevisíveis as respostas que nos vão dar e as questões que vão ser colocadas. Esta é sempre a minha principal dificuldade: não poder controlar as variáveis externas, porém já que não posso controlar o incontroável, reformulo a situação e considero-a como um desafio que me põe à prova a capacidade de adequar os conhecimentos às necessidades dos utentes, saber transmitir de uma forma perceptível as informações, dotar o utente também de conceitos mais técnicos.

Numa sessão estamos sempre expostos a várias situações: comportamentos desadequados, má adesão ao que é solicitado e desmotivação em participar. Passa pelo formador/enfermeiro cuidar para que isso não aconteça ou minimizar os seus efeitos. Uma das estratégias é adequar, no momento, a sessão desviando-se do que foi planeado.

A nível pessoal e profissional a sessão de educação para a saúde é um enriquecimento pessoal, porque também aprendo com o que leio e tento por em prática.

Este enriquecimento também ocorre no âmbito profissional aprofundando conhecimentos já adquiridos, actualizá-los com estudos mais recentes e partilhar o saber de uma forma bilateral: a fundamentação teórica e a minha experiência com os conhecimentos, experiências e estratégias utilizadas pelos utentes.

É um momento de aprendizagem para as duas partes.

A sessão teve como pontos fortes a apresentação e dinamização das estratégias que os utentes podiam adoptar. Foi referido o controlo da respiração, a importância de uma alimentação equilibrada e variada, os benefícios dos exercício físico, a existência de diversas formas de relaxamento e de alívio de tensão.

Como tudo na vida tem duas faces, a sessão também. Os aspectos mais positivos já foram referidos, os menos positivos e a melhorar prendem-se com as condições da sala e a animação dos diapositivos que foi organizada de uma forma que não foi possível executar..

Apesar de ser importante melhorar estes pormenores, desvalorizo a sua relevância na apreciação global da sessão.

Como apreciação global considero que estava bem estruturada, adequou os conteúdos aos utentes e abordou os mais relevantes, houve da nossa parte (minha e da enf^a Céu) um cuidado com a preparação da apresentação oral, tendo sido visível na forma como comunicámos com os utentes. Utilizámos um discurso claro, objectivo, coordenado com o que estava escrito e, sempre que possível interactivo.

9 de Junho: actividade sobre o exercício físico

Na sequência da sessão de educação para a saúde sobre o stress: estratégias para prevenir e lidar com ele, planeei 3 actividades sobre: higiene do sono, exercício físico e alimentação, ao ritmo de uma por semana no “Espaço saudável” no Hospital de Dia.

Todas as três actividades começaram com um role play com três pessoas, o qual tinha como objectivo introduzir o tema e observar a mudança de papéis.

Esta actividade teve dois condicionalismos: primeiro a surpresa – foi pedido que se organizassem porque iríamos sair da UCCPO; e, a segunda actividade realizou-se ao ar livre diferente da habitual sala de grupo ou atelier.

A ideia inicial de sair da UCCPO provocou alguma resistência, mas acabaram por aceitar o desafio.

A actividade decorreu no Parque da Memória onde foi explicado o tema da actividade e objectivos e intervenientes do role play.

No role play a situação consistia numa situação na qual intervinha 1 enfermeira, 1 utente A que gostava de exercício físico e 1 utente B que não gostava de exercício físico.

O utente A conversava com a enfermeira sobre os benefícios e a importância do exercício físico e o utente B contra-argumentava e alegava falta de disponibilidade para o praticar.

No decorrer do role play deparei-me com uma situação para a qual não estava à espera: a atitude do utente B no momento em que deveria contra-argumentar com a enfermeira começou a alegar que ouvia mal, não falava e que também tinha problemas visuais, dificultando o trabalho da enfermeira, ao mesmo tempo que esta tentava, por gestos, explicar-lhe os benefícios do exercício físico.

Esta situação pode ser analisada de várias maneiras:

1. Pode ser valorizado a criatividade e o efeito surpresa tendo apanhado todos desprevenidos, a utilização do humor como forma de lidar com uma situação mais constrangedora, desagradável e de maior tensão e seria uma estratégia plausível na qual houve uma reinterpretação do contexto e utilização do humor (descrita por Potter e Vaz Serra).

2. A mesma situação pode ser analisada pela incapacidade de desempenhar um papel com o qual não se identifica e reagiu com a fuga ao assunto. Tal como é descrito por Vaz Serra e outros autores que abordam o tema do *stress*, perante uma situação de stress podemos utilizar estratégias focadas no problema e a sua resolução, na emoção no qual se evita a situação e ocorre a fuga, e focadas na interação social que corresponde à forma como a pessoa lida e mantém o relacionamento social com as outras pessoas numa situação de stress.

Nesta caso pode-se considerar que o utente B recorreu à fuga.

Este exercício foi útil para perceber como é que o utente reage com situações semelhantes: desconforto, argumentação e contra-argumentação e vem de encontro a uma frase muito utilizada pelo utente no seu quotidiano: “Não vale a pena” como se tivesse desistido de si próprio e de auto-afirmar-se.

Vaz Serra menciona que uma das formas de ajudar o indivíduo a alterar a relação deste com a circunstância é através do role play, da auto-monitorização, entre outros...

Assim, foi uma das actividades mais ricas na qual se abordou várias estratégias sendo a maioria sugeridas pelos utentes, o que leva a concluir que

eles têm recursos internos e externos para fazer face às situações da vida, apenas tem que os saber utilizar e rentabilizar os momentos certos para permitir o seu equilíbrio físico e mental.

Esta situação fez-me reflectir sobre o imprevisto, a diversidade de comportamentos que podemos observar para a mesma situação, não existem receitas para minorar ou resolver os problemas, existem um leque de estratégias das quais cada um tem que escolher a(s) que melhor se adapta(m).

Neste caso particular considero que o role play seria um método que ira ajudar este utente a ser mais auto-afirmativo e melhorar a sua situação pessoa que muitas vezes se caracteriza por ouvir e calar, não conseguido impor a sua vontade no lar. Este utente é uma das pessoas mais reservadas do grupo e com o role play transformou-se e deu-se conhecer.

Anexo IV

**POSTER E ARTIGO: “UM POUCO É BOM ... MUITO É UM
DESASTRE ... STRESS! COMO LIDAR COM O STRESS? QUAL O
PAPEL DO ENFERMEIRO?”, apresentado no I Fórum da
Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**

Título: Um pouco é bom, muito é um desastre... STRESS

Como lidar eficazmente com o stress? Qual o papel do enfermeiro?

M^a Céu Pires Delgado Monteiro

Licenciatura em enfermagem; Licenciatura em Sociologia; Pós graduação em Análise de Dados em Ciências Sociais.

Enfermeiro a exercer funções no Hospital de Dia do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

ceumonteiro@netcabo.pt

Carla Ventura

Licenciatura em enfermagem;

Enfermeiro a exercer funções na Pneumologia II do Centro Hospitalar Lisboa Norte.

venturacarlasofia@sapo.pt

Marta Marisa Marcelino Gaspar

Licenciatura em enfermagem;

Enfermeiro a exercer funções na UCCPO – Enfermeiro de referência do Hospital de Dia

Gaspar.marta@gmail.com

Fernando Nunes

Licenciatura em enfermagem; Pós graduação em Gestão em Saúde para enfermeiros.

Enfermeiro Graduado a exercer funções na UCCPO – responsável da Consulta Externa e enfermeiro de referência da Área de Dia.

Fernunes63@gmail.com

Palavras chave: Stress, coping, empowerment, estratégias de enfermagem

Resumo

Este trabalho surge na sequência de responder à questão: Quais as competências que estrategicamente importam aprofundar para melhorar os cuidados de enfermagem à pessoa e/ou grupo em situações de stress, num plano de educação para a saúde?

Os cuidados de Enfermagem têm como foco de atenção a pessoa, no respeito pela sua dignidade, concretizando-se através de uma relação que procura a “promoção dos seus projectos de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2001:8), contribuindo para o aumento da sua qualidade de vida. A defesa do interesse da pessoa torna-se um imperativo ético no agir do enfermeiro.

O stress a que as pessoas estão sujeitas no seu dia a dia tem um papel importante, por um lado, no aumento da vulnerabilidade biológica da pessoa, e por outro, no âmbito da perturbação psiquiátrica, podendo contribuir para o surgimento de sintomas e ou agravá-los (Leclerc et al, 2000). O que é stressante para uma pessoa pode não ser para outra. É importante a pessoa estar consciente do stress a que está sujeita e aprender estratégias (*coping*) para lidar eficazmente com ele (Lazarus e Folkman, 1984). Segundo Peplau citada por Towey e Alligood (2004), o enfermeiro deve utilizar todas as oportunidades para educar, contribuindo para o *empowerment* da pessoa (Phaneuf, 2005). Vaz Serra (2002) propõe um modelo compreensivo do stress salientando as dimensões a ter em conta na sua análise.

Com o intuito de melhorar as aptidões e os recursos da pessoa salientamos as estratégias de controlo focadas no problema e as estratégias de controlo focadas na emoção.

Sem dúvida que o stress faz parte da vida, havendo várias formas de o gerir, o enfermeiro pode ter um papel crucial ao elucidar a pessoa para as várias alternativas possíveis, cabendo à pessoa decidir qual a estratégia que se identifica mais de modo a que os efeitos do stress sejam menos adversos.

Abstract

This work attempts to answer the question: wich skills are needed to improve nursing care to the person or to groups in stress situation, within a plan for health education?

Nursing care focuses it's attention on people, respecting their dignity and fulfilling itself through a relationship wich seeks “promotion on their health projects” (Portuguese Nurse's Order, 2001:8), thus contributing to improve their's life quality. People's interest defense becomes a must in a way of ethical nursing act.

It is known that daily stress has it's influence in strengthening people's biological vulnerability. On the other hand, it is also known that it might have a lead role, when referring to psychiatric disorder, in the surge of symptoms as well as worsten then in case of pre-existence (Leclerc et al, 2000).

It ins't necessary that a factor perceived as stressant by one person, must be perceived as stressant by another.

However it is important to be aware of stress factors and to learn or improve effective coping mechanisms (Lazarus e Folkman, 1984). According to Peplau, nurses must use all opportunities to educate, thus contributing to the person's empowerment (Phaneuf, 2005). One other approach is proposed by Vaz Serra (2002): he refers to a comprehensive model of stress, evocating the different dimension to be accounted for in it's analisys.

Control strategies focused on problems and control strategies focused on emotions are the tools we intend to use to improve the skills and resources of one's to deal with stress.

Undoubtedly stress is a part of life. Having several ways to cope. Nurses might have a leading role in helping people to find possible alternatives, giving the person the freedom to choose which strategy better fits its own interest to avoid the worst effects on one's life.

ARTIGO

Este trabalho surge na sequência de responder à questão: Quais as competências que estrategicamente importam aprofundar, para melhorar os cuidados de enfermagem à pessoa e/ou grupo em situações de stress, num plano de educação para a saúde? Esta reflexão insere-se num artigo descritivo de boas práticas de enfermagem.

O Plano Nacional de Saúde (2004/2010) contempla o programa nacional de intervenção integrada sobre factores determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida, visando reduzir a prevalência dos factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida. Havendo directrizes que devem incluir actividades dos determinantes da saúde, como a alimentação, a actividade física, a gestão do stress e os factores de risco como o tabaco e o álcool, entre outros. Devem ser abordados de forma integrada, intersectorial e multidisciplinar, privilegiando-se a articulação com o sector da educação.

As actividades do Programa Nacional de intervenção integrada contemplam duas áreas: a vigilância e protecção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde.

Dos técnicos de saúde e em especial do enfermeiro espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de *empowerment*, considerado o princípio básico da promoção da saúde. A enfermagem surge como a "profissão que, na área da saúde tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano (...) de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível" (REPE: art 4.º nº1).

A natureza das doenças psiquiátricas pode tornar as pessoas vulneráveis em algumas áreas, porém a pessoa que tem doença mental não é apenas um doente a curar, em momentos de crise aguda, nem apenas um doente a controlar, em momentos não agudos

da doença. É uma pessoa com anseios e expectativas que merece todas as oportunidades igualmente de realização.

Promover a saúde mental passa por motivar as pessoas para a escolha dum caminho de vida saudável. Os conceitos de saúde / doença mental assim como os conceitos sobre cuidados a prestar à pessoa com doença mental têm evoluído através dos tempos.

A doença como fonte de perturbação e desequilíbrio do ser humano na sua totalidade bio-psico-social, assume uma grande importância em todas as culturas e sociedades e todas elas criam sistemas de protecção contra a doença. Estes sistemas permitem determinar quais as pessoas doentes, qual a origem da doença e qual a terapêutica adequada para os restituir à vida normal. O “rótulo” de doente implica uma alteração mais ou menos acentuada da relação entre a pessoa e a sociedade, onde está inserida.

A doença confere-lhe direitos e deveres especiais. À pessoa doente não é imputada responsabilidade pelo seu estado contudo é-lhe exigido, que faça todos esforços para melhorar, nomeadamente que procure ajuda adequada junto dos técnicos de saúde (Giddens, 2000). Neste campo o enfermeiro tem igualmente uma intervenção crucial devendo “cuidar com” o doente e “não cuidar para” o doente (Collière, 2000)

O *Stress* envolve uma experiência universal, contudo tem sido utilizado com diferentes significados dando origem a uma multiplicidade de investigações. Pode-se encontrar múltiplas definições, sendo abordado como estímulo, como resposta ou como consequência. A palavra stress provem do verbo latino *stringo, stringere, strinxi, strictum* significando apertar, comprimir, restringir. O conceito de stress ligado ao organismo vivo foi estudado por Selye citado por Chalifour (2008), em que um aumento de stress corresponde a uma procura do reequilíbrio como resposta da adaptação do organismo às exigências que lhe são impostas.

Para Cox e McKay referido por Payne (2003: 24) o *stress* é considerado “um fenómeno perceptual que surge a partir da comparação entre aquilo que é pedido ao indivíduo e a capacidade que ele tem para lidar com isso. Um desequilíbrio dá origem à experiência de stress e à resposta de stress”. Também Lazarus e Folkman (1984, 23-30) consideram a percepção como um factor determinante na reacção aos acontecimentos stressantes e sustentam esta ideia salientando algumas situações:

- Tanto a adaptação bem sucedida como a sensação de bem-estar dependem da capacidade humana de perceber uma situação;

- A compreensão das variações individuais exige atenção aos processos cognitivos que intervêm entre o momento em que a pessoa se confronta com a situação e a sua reacção à mesma;
- Os estímulos ou as características do ambiente, por si mesmos não determinam as reacções psicológicas, mas a avaliação que o indivíduo faz desses estímulos;
- A avaliação cognitiva traduz a relação específica que ocorre entre o indivíduo, com as suas características individuais (valores, compromissos, modo de pensar e de ser) e um ambiente cujas características objectivas são interpretadas;
- Se uma situação é avaliada pela pessoa como ameaçadora para o seu bem estar, o organismo reage com um nível elevado de activação. Contudo se essa mesma situação é avaliada como segura, podendo ser controlada pela pessoa, a reacção psicológica será diminuída, ou mesmo ausente.

A percepção é considerada para Lazarus e Folkman (1984, 52) como “um processo de avaliação cognitiva que ocorre entre a exposição a uma situação e a reacção à mesma. Através destes processos a pessoa avalia o significado do que está a acontecer ao seu bem-estar”. Consideram que há três tipos de percepções cognitivas: percepção primária, percepção secundária e reapreciação.

Rotter citado por Payne (2003:29) considera que quanto mais uma pessoa acreditar que tem controle sobre o ambiente “locus de controle interno” menor a probabilidade de vir a experimentar o stress. Para este autor, locus de controle refere –se “à percepção que a pessoa tem do seu nível de controle sobre o ambiente”.

Para Vaz Serra (2002:27-28) “ Quando dada situação é importante para um indivíduo e lhe cria um grau de exigência para o qual sente não ter aptidões nem recursos pessoais ou sociais para a superar, a ocorrência torna-se então indutora de stress(...)” Não há stress sem existirem circunstâncias desencadeadoras a que o indivíduo é sensível. Este autor desenvolveu um modelo descritivo de stress, através do qual procurou apresentar uma síntese clara e actual do processo de stress e de coping.

Há diferenças nas reacções individuais às situações stressantes uma vez que as pessoas são diferentes na sensibilidade e vulnerabilidade a certos tipos de acontecimentos, assim com nas interpretações que fazem das situações que estão envolvidas.

Todos precisamos de uma certa dose de *stress* para realizar as actividades quotidianas. É o chamado “eustress” que funciona como incentivo à acção. O problema surge quando não se consegue dar uma resposta adequada às exigências, por falta de recursos físicos, intelectuais e emocionais, falando-se assim em “distress”. Selye citado por Vaz Serra

(2002) alerta-nos que as situações de eustress representam as condições de stress que são dinamizadoras e contribuem para a realização da pessoa, enquanto que as situações de distress têm uma conotação negativa pois são desgastantes e improdutivas. Lazarus e Folkman (1984, 98) advertem para o seguinte facto “stressores persistentes ou crónicos desgastam a pessoa física e psicologicamente e constituem um factor determinante na doença e na psicopatologia”.

Para Vaz Serra (2002) as consequências do stress no indivíduo reflectem-se a nível do bem estar, saúde física e psicológica.

A causa da maior parte das perturbações mentais é multifactorial, envolvendo factores biológicos, psicológicos e sociais. Relativamente aos factores psicológicos há a considerar: o estilo e o condicionamento cognitivo e a incapacidade de enfrentar adaptativamente um acontecimento gerador de stress – quem não enfrenta problemas ou situações de stress tem mais probabilidade de manifestar ansiedade ou depressão.

Na presença de uma doença crónica geradora de stress são evocadas vários tipos de resposta no indivíduo: de natureza biológica, cognitiva, comportamental e emocional. Vaz Serra (2002) alerta-nos que as emoções experimentadas, usualmente negativas nestas situações, têm um componente motivacional. Nalguns casos inibem o indivíduo; noutros, incentivam-na à acção. Lazarus (1990) citado por Vaz Serra (2002:234) “*considera que há 15 tipos de emoções que podem ocorrer durante o stress [são elas] Cólera; Inveja; Ciúme; Ansiedade; Medo; Culpabilidade; Vergonha; Alívio; Esperança; Tristeza; Felicidade; Orgulho; Amor; Gratidão; Compaixão*”.

Para Lazarus (1984) coping significa estratégias para lidar com uma ameaça, referindo que é um conjunto de actividades motoras e cognitivas empregue pela pessoa para preservar a sua integridade psíquica e física, para recuperar uma função temporariamente diminuída e para compensar ao máximo uma incapacidade permanente.

As formas de coping usadas para lidar com estas situações geradora de stress podem ser orientadas para a resolução do problema; para o controlo da emoção ou para aspectos do relacionamento com pessoas da rede social a que o indivíduo pertence. Como referem Benter citada por Stuart e Laraia (2001) e Vaz Serra (2002) as estratégias utilizadas podem ser eficazes ou ineficazes. No primeiro caso, o indivíduo “deixa de estar em stress”, promovendo o seu bem-estar enquanto no segundo, o *stress* é mantido e torna-se desgastante promovendo o mal estar e a doença.

Neumann citada por Towey e Alligood (2004) ao implementar um modelo de enfermagem apresenta uma visão totalista da pessoa considerando o restabelecimento da saúde

desta, tendo em atenção os factores de stress que surgem da sua adaptação ao meio e contexto em que está inserida. Os cuidados de enfermagem são delineados tendo em consideração todas as variáveis (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de stress, com o objectivo de os minimizar.

Segundo Peplau citado por Towey e Allgood (2004) o enfermeiro deve utilizar todas as oportunidades para educar, contribuindo para o *empowerment* da pessoa (Phaneuf, 2005).

O enfermeiro ao assumir um papel dinamizador nas actividades de educação para a saúde intervindo na problemática da pessoa com stress, procura junto desta intervenções que visam reduzir o nível de stress prejudicial, procurando deste modo, por um lado, alterar a relação da pessoa com a circunstância, por outro, melhorar as aptidões e os recursos da pessoa assim como melhorar a resistência individual ao stress (Carvalho e Carvalho, 2004).

O stress afecta toda e qualquer pessoa diariamente, saber identifica-lo, entender a relação causa /efeito e delinear formas de lidar com ele, gerindo-o! Eis um caminho para prevenir as consequencias negativas do stress.

Vaz Serra (2002:30) propõe um modelo compreensivo de stress salientando várias dimensões nomeadamente no que concerne as estratégias para lidar com stress, o autor alerta-nos para três abordagens possíveis: focadas na inter-acção social; focadas no problema e focadas na emoção.

As intervenções sociais são necessárias em certas fases do tratamento da maioria dos doentes, também aqui o enfermeiro assume uma intervenção muito importante. O enfermeiro dentro da equipa tem o dever de agir em complementaridade com esta, resultado “dos deveres para com as outras profissões” (código deontológico do enfermeiro, artigo 90.º).

Relativamente às estratégias focadas no problema, como refere Sequeira (2006, 110) “implica a confrontação da realidade da crise, gerindo as consequências práticas da relação indivíduo-meio”.

No que concerne às estratégias focadas na emoção, “pressupõe a gestão dos sentimentos provocados pela crise, mantendo o equilíbrio afectivo”(Sequeira, 2006,110).

Frasquilho e Guerreiro (2009:53) salientam estilos de coping mais comuns como : confrontação, distanciamento, autocontrolo, procura de apoio social, auto-responsabilização, evitamento, planificação e reavaliação positiva.

Outras intervenções igualmente importantes a desenvolver com a pessoa:

- Identificar situações indutoras de stress;
- Delinear um plano de acção para resolução do problema;
- Incentivá-la a dialogar sobre uma situação indutora de stress, permitindo a reorganização da sua vivência;
- Incentivá-la a gerir as suas actividades diárias e a organizar-se de acordo com o seu projecto de vida;
- Realizar treino de assertividade;
- Realizar treino de competências sociais;
- Reinterpretar o estímulo sob uma perspectiva mais positiva e introduzir o humor;
- Modificar o diálogo interno de forma a incluir auto-afirmações;
- Identificar e realizar actividades alternativas que lhe proporcionem prazer;
- Promover um padrão de sono adequado;
- Realizar exercícios de relaxamento que podem ir do mais superficial ao mais profundo.

Conclusão

O nível óptimo de Saúde Mental corresponde ao melhor estado possível que cada pessoa possa alcançar. Acções, nomeadamente actividades de educação para a saúde em prol da Saúde Mental, são as que promovem ou preservam as capacidades das pessoas ou actuam positivamente sobre o seu contexto social, melhorando as suas condições de vida.

O stress é um fenómeno adaptativo da pessoa que contribui, de certo modo, para a sua sobrevivência, para um adequado rendimento nas suas actividades e para o desempenho eficaz em muitas esferas do quotidiano. O que pode tornar-se prejudicial é que o stress seja excessivo e difícil de controlar.

As actividades de promoção de saúde correspondem, a qualquer atitude, de recomendação ou interpretação que tenha demonstrado capacidade para melhorar a qualidade de vida ou diminuir a morbilidade das pessoas, com a capacidade de evitar o aparecimento de um processo patológico.

A maior rentabilidade preventiva parte das medidas de promoção da saúde, e para poder desenvolvê-las é necessário uma mudança de atitudes e da relação enfermeiro/ pessoa.

Fazer promoção da saúde significa ter a intenção de tentar ajudar a pessoa a entender e aceitar a sua responsabilidade no seu próprio bem-estar. Reforçar o outro dando-lhe

competências. Como refere Frásquilho e Guerreiro (2009:309) “promover a saúde mental é motivar para a escolha dum caminho de vida saudável, construtivo”.

Bibliografia

CHALIFOUR, J. – A intervenção terapêutica os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta, vol. 1. 2008. ISBN978-989-8075-05-5. p. 293.

CARVALHO, Graça; CARVALHO, Amâncio – Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Lisboa: Lusociência. 2004.

COLLIÉRE, M. F. – Promover a vida. Lisboa: Sindicato Dos Enfermeiros Portugueses, 1989

FRASQUILHO, Maria Antónia; GUERREIRO, Diogo – Stress, Depressão e Suicídio. Gestão de problemas de Saúde em Meio Escolar. Lisboa: Coisas de Ler. 2009. ISBN978-989-8218-00-1. p.357.

GIDDENS, A – Sociologia. 2ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2000. ISBN 972-31-0887-9.

LAZARUS; R; FOLKMAN, S – Stress, appraisal and coping- New York: Springer.1984.

LAZARUS, R.S. - Psychological Stress and Coping Process. New York: McGraw Hill.

LECLERC, C; LESAGE, AD; RICARD, N et al – Assessment of a new rehabilitative coping skills module for persons with schizizophrenia. American Journal of Orthopsychiatry. 2000. 70: 380-388.

Ministério da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Lisboa: DGS, 2004.

NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. – Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 972-99646-0-2. p.456.

Ordem dos Enfermeiros – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual . Enunciados descritivos. Lisboa, 2001. p 16.

PHANEUF, M. - Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-84-3. p.261.

PAYNE, R. – Técnicas de relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde. Loures: Lusociência. 2003. ISBN 972-8383-41-X. p.278.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, artigo 4.ºn.º1.

SEQUEIRA, C. – Introdução à prática clínica. Lisboa: Quarteto, 2006 . ISBN 989-558-083-5. p.234.

STUART, Gail; LARAIA, Michele – *Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e prática*. 6ª Edição. Port Alegre: Artmed Editora. 2001. ISBN 85-7307-713-1. p.958.

TOWEY, A.; ALLIGOOD, M. – *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)*. 5ª edição. Loures: Lusociência. 2004. ISBN 972-8383-74-6. p.750.

VAZ SERRA, A. – *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. 2002. ISBN 972-95003-2-0. p.779.

Estratégias de Pro

omover um estilo de vida saudável – incentivar
relaxamento; higiene do sono e programação de
mentar a reestruturação cognitiva: modificando
mover comportamentos mais eficazes;
udar a identificar situações indutoras de *stre*
tiva e introduzir o humor;
centivar a gerir as actividades de vida diárias
ectuar treino de competências sociais e de as
mprir com rigor a prescrição médica – a medic
nar os sintomas e prevenir as recaídas e inter
itar a auto-medicação ou utilização de álcool o
tabelecer uma relação de ajuda, proporcionando
nticidade , compaixão e esperança.

Anexo V

Folhetos Informativos



Ajude a ajudar-se.

Cumpra a medicação

UCCPO

Rua Dário Cannas, nº4

2675-325 Odivelas

Telf.:219 313 420

Período de funcionamento:

Dias úteis das 9h às 16h

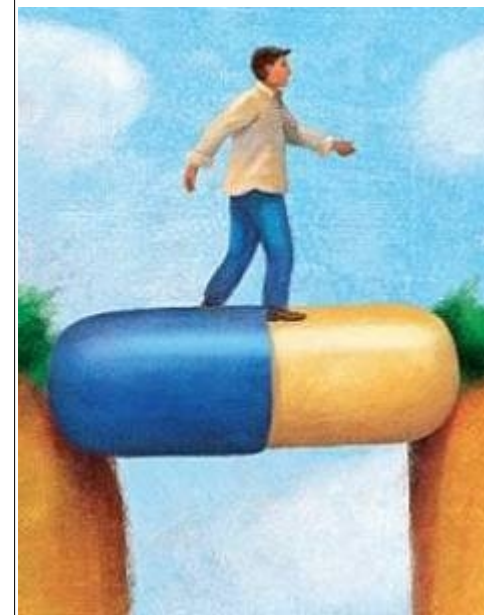
Realizado por:

Carla Ventura
M^a Céu Monteiro

Alunas do II Mestrado de natureza profissional, área de especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica Portuguesa

UCCPO

Estabilizadores do
Humor



*“Enquanto se vive,
é necessário aprender a
viver”*

Sêneca

Estabilizador do humor

O que são?

Os estabilizadores do humor são medicamentos com indicação terapêutica para diversas patologias em que ocorrem alterações de humor.



No entanto, também têm indicação para a epilepsia.

Como actuam?

Quando é prescrito como estabilizador do humor, está indicado para estados de euforia e de excitação facilitando o humor congruente (ex: valproato de sódio—genérico; Diplexil®)



No caso da epilepsia poderão actuar numa crise convulsiva (ex: diazepam—genérico; Metamidol®) ou actuar na prevenção das crises (ex: carbamazepina—genérico; Tegretol®).

Efeitos secundários:

- Tonturas
- Reacções cutâneas
- Visão dupla ou turva
- Cefaleias
- Náuseas
- Vômitos

Os efeitos secundários não ocorrem em todas as pessoas nem todos em simultâneo.

Qual a duração do tratamento ?

Esta decisão compete ao médico. No tratamento da epilepsia a terapêutica poderá acompanhar toda a vida.

Não interrompa a medicação sem antes consultar um médico.



Informe sempre o seu médico:

- Dos seus problemas de saúde, porque esta medicação poderá agudizar uma situação já controlada;
- Medicação que habitualmente toma devido às interações dos medicamentos;
- Se está grávida ou a amamentar.

Cumpra sempre a prescrição feita pelo seu médico

Em caso de dúvidas contacte o seu médico ou equipa de enfermagem

Dê uma
oportunidade
a si mesmo
e
Colabore no seu
tratamento

UCCPO

Rua Dário Cannas, nº4
2675-325 Odivelas
Telf.:219 313 420

Período de funcionamento:
Dias úteis das 9h às 16h

Realizado por:

Carla Ventura
M^ª Céu Monteiro

Alunas do II Mestrado de natureza profissional, área de
especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica da
Universidade Católica Portuguesa

UCCPO

Ansiolíticos



Ansiolíticos

O que são?

São medicamentos que têm como principal indicação o tratamento de síndromas de ansiedade e/ou indução ou manutenção do sono



Os ansiolíticos são todos iguais?

Não. Existem vários tipos de ansiolíticos: Barbitúricos (Fenobarbital—Biaminal®), Benzodiazepinas (Flurazepam—Morfex®), Azopironas (Buspirona—Buscalma®) Zolpidem (Zolpidem—Stilnox®) e

Efeitos secundários:

- Sonolência
- Incoordenação motora
- Confusão
- Alterações da memória a curto prazo
- Visão dupla
- Cefaleias
- Náuseas

Os efeitos secundários não ocorrem em todas as pessoas nem todos em simultâneo.

Qual a duração do tratamento?

Esta é uma decisão médica

Não interrompa a medicação sem antes consultar um médico.

O uso prolongado pode causar dependência e síndrome de abstinência quando a medicação é interrompida

Informe sempre o seu médico:

- Dos seus problemas de saúde, porque esta medicação poderá agudizar uma situação já controlada;
- Medicação que habitualmente toma devido às interações dos medicamentos;
- Se está grávida ou a amamentar.



Cumpra sempre a prescrição feita pelo seu médico

Em caso de dúvidas contacte o seu médico ou equipa de enfermagem

Uma das abordagens para ajudar a recuperar as pessoas que sofrem crises depressivas, passa pelos medicamentos antidepressivos.

Existe uma boa evidência da eficácia destes no tratamento das depressões. As abordagens psicológicas (psicoterapias) e as intervenções sociais são igualmente importantes.

As dificuldades do tratamento resultam muitas vezes do receio e desconhecimento das características dos medicamentos antidepressivos. Por isso nada melhor que estar informado e esclarecido. A adesão ao tratamento depende muito da aceitação deste.

ANTIDEPRESSIVOS: O QUE SÃO?

Medicamentos cuja acção ocorre no

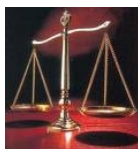
Sistema Nervoso Central, normalizando o estado do humor, quando se encontra deprimido (presença de tristeza, angústia, desinteresse, desmotivação, falta de energia, alterações do sono e do apetite entre outros).

Não produzem dependência como as drogas (substâncias psico-estimulantes). A sua acção terapêutica resulta de um reequilíbrio da perturbação depressiva.

COMO ACTUAM?

Actuam no cérebro, modificando e corrigindo a transmissão neuro-química em áreas do Sistema Nervoso que regulam o estado do humor (o nível da energia, interesse, emoções e a variação entre alegria e tristeza), quando o humor está afectado negativamente num grau significativo.

A medicação ajuda a corrigir os desequilíbrios químicos causadores dos sintomas.



OS ANTIDEPRESSIVOS

Pertencem a grupos farmacológicos diferentes, com diferentes mecanismos de actuação no cérebro.



Existe uma grande variedade.

São prescritos de acordo com as necessidades de cada um.

QUANTO TEMPO DEMORAM A COMEÇAR A ACTUAR?

Depois de iniciada a toma do medicamento. Em geral, a acção terapêutica é relativamente lenta. É preciso esperar pelo efeito terapêutico: duas a quatro semanas. Duração previsível do tratamento é pelo menos seis meses.

“saber esperar é uma virtude”, pelo que é importante dar tempo ao tempo e seguir com rigor a prescrição médica. Uma interrupção precoce do tratamento (porque a pessoa já se sente bem), é causa frequente de recaída ao fim de alguns dias ou semanas.

É importante seguir a dose prescrita.

Inicia-se geralmente o tratamento com uma dose mais pequena, que se eleva gradualmente até ao nível considerado terapêutico.

Pode apresentar no início efeitos indesejáveis, como boca seca (beba bastante água mínimo 2L por dia e faça uma boa higiene oral para evitar o aparecimento de cáries), visão turva (temporário; evite tarefas perigosas), obstipação (prisão de ventre- ingira líquidos e alimentação rica em fibras, só em último caso use laxantes), retenção urinária (ingira líquidos) entre outros.



Os efeitos secundários (indesejáveis) podem ser imediatos. Porém, Não pare o tratamento por iniciativa própria. Isso não significa que o medicamento esteja a fazer mal. Mas, devido à intolerância produzida no início, pode ser necessário reformular a terapêutica - reduzir a dose ou mudar para outro antidepressivo.

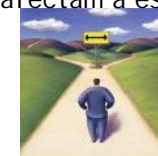
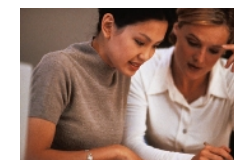
Reduzir a dose sem ser por indicação médica é um erro, pois pode impedir e atrasar a recuperação.



As depressões são muito diferentes, tanto nos sintomas como na gravidade, evolução e reacção da pessoa à depressão. Há episódios ligeiros, moderados e graves.

Partilhar com alguém como se sente é muito importante

(como o seu médico, enfermeiro...) pois os sintomas predominantes da depressão afectam a escolha dos fármacos.



Os antidepressivos podem ser:

mais sedativos (melhorando a angústia e agitação) ou mais activadores (melhorando a falta de energia, e lentificação), dependendo dos sintomas depressivos que apresentar.

Exemplo os antidepressivos sedativos são usados se houver insónia.

ANTIDEPRESSIVOS: Só nas depressões?

Não. Usados também na perturbação de pânico, agorafobia (medo de espaços abertos), fobia (medo) social, perturbação obsessivo-compulsiva (Poc) e dor crónica.

DURAÇÃO DO TRATAMENTO COM ANTI DEPRESSIVOS?



Decisão a ser validada com o médico. Em geral são necessários vários meses de tratamento (duração mínima de +/- 6 meses). Algumas pessoas necessitam de um período prolongado ou mesmo indeterminado para evitar novas crises depressivas.

Funciona como preventivo da recorrência das crises depressivas.

Se a recorrência das crises é frequente, justifica-se a prevenção antidepressiva.

Se as crises forem bipolares (euforia alternando com depressão), a prevenção deverá, caso seja necessária, ser ajudada com estabilizadores do humor como: Carbonato de lítio; Carbamazepina; Valproato de Sódio.



Durante o tratamento com ANTIDEPRESSIVOS

Informe o seu médico de outros problemas de saúde que o afectem. Ex: Se teve um enfarte do miocárdio recente, avise o seu médico e ou enfermeiro.

Para ter sucesso no tratamento evite o uso de álcool ou de drogas.

Traga sempre consigo o guia da medicação, com indicação dos medicamentos que faz. Poupe a sua memória.



OS ANTIDEPRESSIVOS são uma ferramenta poderosa permitindo reduzir ou eliminar os sintomas e prevenir as recaídas e internamentos...

Como não são um milagre por si só, procure não se isolar. A relação terapêutica com o técnico de saúde é importante, assentando na compreensão, motivação e apoio psicológico.

CONFIE.



UCCPO (Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas)
Rua Dário Cannas, nº4, 2675-325 Odivelas
Período de funcionamento: Dias úteis 9h-16h
Telf.:219 313 420; 219 331 630

Realizado por: Carla Ventura
M^ª Céu Monteiro

Alunas do II Mestrado de natureza profissional, área de especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica

Portuguesa

Maio 2009

**MEDICAMENTOS
ANTIDEPRESSIVOS**

Se a depressão "bate à porta"

Não fique sozinho
Peça ajuda ...

Pedido de ajuda
um passo que pode fazer toda a diferença

Estar triste não é estar deprimido:

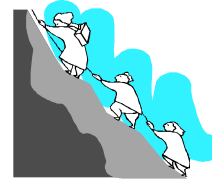
A tristeza é uma resposta normal e passageira às desilusões, às perdas e às crises em geral.

A depressão é um sentimento patológico de tristeza, caracterizando-se por intenso sofrimento, incapacidade e graves riscos.

O Caminho faz-se
Caminhando.....



O seu projecto de vida
é possível.



Para melhorar a adesão
ao tratamento os antipsicóticos podem ser
também administrados em **injecção intra-
muscular** a cada 2-4 semanas, garantindo
uma acção prolongada. Não falhe nenhuma
toma da injecção.

Ande sempre com o seu guia de medicação
Cumprindo com rigor a prescrição.



UCCPO

Rua Dário Cannas, nº4, 2675-325 Odivelas

Período de funcionamento: Dias úteis 9h-16h

Telf.: 219 313 420; 219 331 630

Realizado por: Carla Ventura
M^a Céu Monteiro

Alunas do II Mestrado de natureza profissional, área de especializa-
ção em Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica Portu-
guesa

Maio 2009

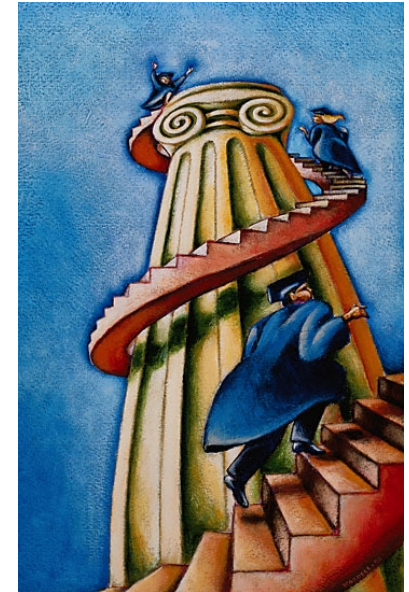
Ajude a ajudar-se.
Cumpra a medicação

**NÃO
FAÇA**



à Medicação

MEDICAMENTOS
Antipsicóticos



002-22-1262 © James Wardell / Masterfile www.masterfile.com

*São um pilar no
tratamento
em direcção ao bem estar*

Antipsicóticos

O que são?

São medicamentos que têm como objectivo ajudá-lo a viver melhor.

Reduzem os sintomas como alucinações "ouvir, ver e sentir coisas", delírios "crenças mantidas firmemente apesar de não ter uma base lógica", alterações do comportamento e desorganização do pensamento e discurso.

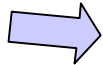
Como todos os medicamentos têm efeitos indesejáveis,

contudo



estes podem ser diminuídos utilizando algumas estratégias.

A maior parte dos efeitos indesejáveis são reversíveis



Reduzindo a dose do medicamento ou trocando-o por outro.

Partilhar com alguém como se sente é muito importante



Colabore no seu tratamento ...

Há um grupo de sintomas caracterizados por alterações motoras como:

- Contrações dolorosas dos músculos do pescoço, dos maxilares ou dos olhos. Aparecimento num prazo de horas ou dias.

- Diminuição dos movimentos faciais, marcha vacilante, rigidez, por vezes tremores. Importante manter os cotovelos junto ao corpo. Comum nas 1ª semanas do tratamento.

- Sensação de agitação, necessidade permanente de andar. Pode ocorrer nos 1º meses do tratamento.

São efeitos raros, mas na presença destes sintomas o médico reduz a dose ou trata-se com outro medicamento;

Estas alterações são fonte de grande sofrimento e estigma, afectando:

A qualidade de vida e a vontade de aderir aos medicamentos.

Não desista. Mantenha o diálogo com os técnicos de saúde.



— Pode haver fotosensibilidade (especialmente para quem faça clorpromazina) - Importante usar: Chapéu, óculos de sol e protector solar, quando exposto ao sol

Medidas que evitam queimaduras solares.



Torne o sol seu amigo...

(outros sintomas indesejáveis ...)

- Boca seca - beba água (mínimo 2l por dia), faça uma boa higiene oral para evitar o aparecimento de cáries.

- Obstipação - tenha uma alimentação rica em fibras (cereais integrais, fruta e legumes), beba água. Evite o stress. Faça actividade física;

- visão turva - temporário, evite tarefas perigosas;

- Aumento de peso - tenha uma alimentação equilibrada - coma várias vezes ao dia, pouco de cada vez; faça exercício físico.

- Sonolência - durma pelo menos 8 horas por noite, evite deitar-se tarde. Evite as sestas durante o dia.

As pessoas têm respostas diferentes aos medicamentos. Muitas têm efeitos indesejáveis mais significativos, outras ligeiros ou não apresentam nenhuns.



Cada pessoa é uma pessoa

Na maioria dos casos estes efeitos são temporários e passam com o tempo à medida que o organismo se adapta.

É bom estar informado

Anexo VI

**REFLEXÃO CRÍTICA: LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES E
DIAGNÓSTICO DO NÍVEL DE ANSIEDADE DOS UTENTES DA
ÁREA DE DIA**

REFLEXÃO CRÍTICA: LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES E DIAGNÓSTICO DO NÍVEL DE ANSIEDADE DOS UTENTES DA ÁREA DE DIA

A actividade na Área de Dia para diagnóstico das necessidades dos utentes e nível de ansiedade, no dia 15 de Maio de 2009, inseria-se no espaço “Falar Saúde”, que é um espaço dinamizado pelo enfermeiro, com frequência semanal.

Neste dia estava previsto fazer um levantamento de necessidades através das dificuldades exprimidas, por escrito pelos utentes, num primeiro momento e, no segundo, o preenchimento da Escala de Hamilton e da Escala de Reajustamento Social de Holmes e Rahe.

Este espaço foi preparado mais directamente com o enfermeiro de referência da Área de Dia, com o conhecimento da restante equipa.

No entanto, no dia 15 de Maio por motivos de saúde o enfermeiro não esteve presente, nem qualquer outro membro da equipa da área de dia, devido a um projecto desenvolvido por membros da UCCPO, inviabilizando a dinamização da actividade e concretização dos objectivos.

Fazendo um recuo temporal... O estágio começou a 20 de Abril, inicialmente um pouco confuso, devido a um elevado número de estagiários quer de enfermagem, terapia ocupacional e medicina, o que impossibilita que todos pudessem assistir às actividades.

Nos primeiros dias havia 3 enfermeiras a realizarem estágio da especialidade e 2 alunas da licenciatura a realizar dias de observação.

O facto de haver muitos estagiários e um número restrito na participação das actividades o que condicionou as primeiras semanas, visto a integração na Área de Dia começar sempre à 2ª com o grupo terapêutico e no Hospital e Dia à 2ª e à 5ª F, também com o grupo terapêutico.

Assim, a minha participação na Área de Dia começou a 27 de Abril. A partir desta data tentei conhecer melhor os utentes, estabelecer uma relação terapêutica, conhecer melhor a orgânica e funcionamento da Área de Dia com

base nos técnicos de referência (Terapeuta Ocupacional e Psicóloga), fiz uma breve leitura aos processos clínicos.

Essa semana coincidiu com o regresso do enfermeiro da Área de Dia após um período de convalescença, na sequência de um acidente de viação. Tendo em conta essa situação o agendamento do espaço “Falar Saúde” foi protelado e a data acordada com a Terapeuta Ocupacional (quem planeia a semana) foi de 15 de Maio.

No dia 15 como já foi referido não houve possibilidade de realizar a actividade culminando com 4 semanas de estágio pouco produtivas no que respeita à dinamização do espaço da responsabilidade do enfermeiro.

Voltando ao dia 15, a razão pela qual não se realizou a actividade foi o facto de não haver nenhum técnico de referência da Área de Dia presente para me acompanhar e servir de elo de ligação.

A justificação dada baseou-se no facto de ser uma actividade na qual os utentes se iriam expor e, que requeria uma reflexão sobre si próprio e a sua ansiedade, podendo levar ao aumento da mesma. Assim coloca-se em primeiro lugar o bem-estar do utente. Não podemos ser egoístas ao ponto de querermos concretizar objectivos sem ter em atenção a finalidade dos mesmos: proporcionar bem-estar ao utente, habilitá-lo a cuidar melhor de si e da sua saúde.

A actividade foi cancelada e realizada uma actividade lúdica com os utentes do Hospital de Dia.

Este acontecimento contribuiu para se gerar sentimentos de angústia, tendo em conta que estava a reestruturar o projecto e ao propor-me cumprir determinados objectivos gostava de os cumprir, por outro lado senti-me impotente, porque não foi uma situação planeada, não podia ser prevista e não havia muito mais a fazer naquele momento.

Porém aquilo que seria uma dificuldade e um entrave importante à concretização dos objectivos propostos e que deveria levar a atitudes negativas fez despertar e desenvolver estratégias para contornar a situação, porque saber lidar e ultrapassar os imprevistos utilizando a criatividade, o humor e a tranquilidade são características em geral de todos os enfermeiros e em particular

dos enfermeiros especialistas em Saúde Mental. Afinal trabalhamos com utentes a identificar os seus próprios recursos para enfrentar e ultrapassar as adversidades da vida e, em quanto pessoas, nós mesmo não o somos capazes?!

Foi essa a atitude que tive e procurei falar com a equipa e como não havia outra data disponível, devido ao agendamento de outras actividades, a solução foi procurar saber quais as principais necessidades do grupo, com base nos técnicos de referência.

Esta situação foi um incidente, que teve como ponto fraco o facto de não poder ter realizado como previsto e, como ponto forte a forma como reagi ao deparar-me com a adversidade e a solução possível encontrada.

Anexo VII

Sessão de educação para a saúde: “UM POUCO É BOM ... MUITO É UM DESASTRE ... *STRESS!* COMO LIDAR COM O *STRESS?*”

Planificação da sessão

Tema: Stress

Título: “Um pouco é bom... Muito é um desastre... Stress: Como lidar com ele?”

Data: 29 de Maio de 2009

Local: UCCPO – sala de grupo

Duração:120 min

Formadores: Carla Ventura e M^a Céu Monteiro

População alvo: utentes da Área de dia e do Hospital de dia

Objectivo: Identificar o stress como algo positivo e negativo, Conhecer estratégias para prevenir e para lidar com o *stress*, Demonstrar alguns exercícios que podem utilizar para lidar com o *stress*

Método: Expositivo, interrogativo, demonstrativo

Material: Computador, Projector, cartões com as emoções, questionário de avaliação, canetas, folheto, certificado de participação.

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentação dos formadores Objectivos da formação Directrizes sobre o tempo que demora e a hora do intervalo	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Quebra-gelo: entrega de cartões com as 15 emoções de Lazarus. Solicitar a quem tiver a emoção alívio e ansiedade para dizer em que situações a sentem.• Definição de <i>stress</i>	20 min

	Partilha de grupo e entrega do folheto informativo da sessão e o certificado de participação	15 min
Avaliação	<p>A avaliação da sessão teve dois aspectos preponderantes: a observação directa e o preenchimento de perguntas decorrentes dos temas que foram abordados e às quais teria apenas de responder com verdadeiro e falso.</p> <p>Pela observação directa os utentes demonstraram interesse pelo tema que estava a ser abordado, apresentavam alguns conhecimentos sobre algumas estratégias para prevenir e tiveram a oportunidade de adquirir novos conhecimentos.</p> <p>O facto de se dividir a sessão em duas partes facilitou a captação da atenção e diminuiu a distractibilidade com factores externos à sessão.</p> <p>No final, com o preenchimento e correcção das questões relacionadas com os temas abordados consolidou-se conhecimentos e esclareceu-se dúvidas que tinham ficado. De um modo geral, todos responderam de uma forma correcta às questões, tendo apresentado mais dificuldades na interpretação da 2ª e 7ª questão por se encontrarem formuladas na negativa.</p>	

Bibliografia:

BOLANDER, Verolyn Rae – Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica. 1ª edição. Lisboa: Lusodidacta, 1998

CHALIFOUR, Jacques – A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial – humanistas da relação de ajuda. Volume 1. Loures: Lusodidacta, 2007.

JONES Jr, H. Royden – Neurologia de Netter. Porto Alegre: Artmed, 2006

LAVIE, Peretz – O mundo encantado do sono. 1ª edição. Lisboa: Climepsi Editores, 1998.

NEEB, Kathy – Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental. Loures: Lusociência, 2000

PAYNE, Rosemary – Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde. 2ª edição. Loures: Lusociência, 2003

POTTER, Patrícia; PERRY, Anne Griffin – Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, processos e prática. 5ª edição. Volume 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virgínia Alcott – Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2007

STUART, Gail W.; LARAIA, Michele – Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2001

VAZ SERRA, Adriano – O stress na vida de todos os dias. Coimbra: Adriano Vaz Serra Editor, 2007.

NUNES, Luís Ângelo Saboga – “Compreender o cidadão e fortalecê-lo na gestão do stress: introduzindo o conceito de sentido interno de coerência. *In* Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume 16, nº4. Outubro/Dezembro 1998. pp 25-31. ISSN 0870-9025.

MENDES, Aida Cruz – “Stress, estratégias de lidar com o stress e imunidade”. *In* Revista Referência, nº1. Setembro, 1998. pp. 49-56. ISSN 0874-0283

SALGADO, Diana; Rocha, Nuno; Marques, António – “Impacto do coping po-activo, do distress emocional e da auto-estima na funcionalidade e qualidade da vida de pessoas com esquizofrenia” *In* Psicologia, Saúde & Doenças. Volume 9, nº1, 2008.pp.143-156. ISSN 1654-086



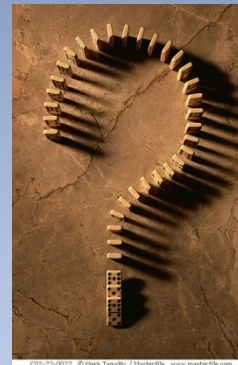
Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria



UCCPO – Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas
Espaço Saudável

“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre ... Stress

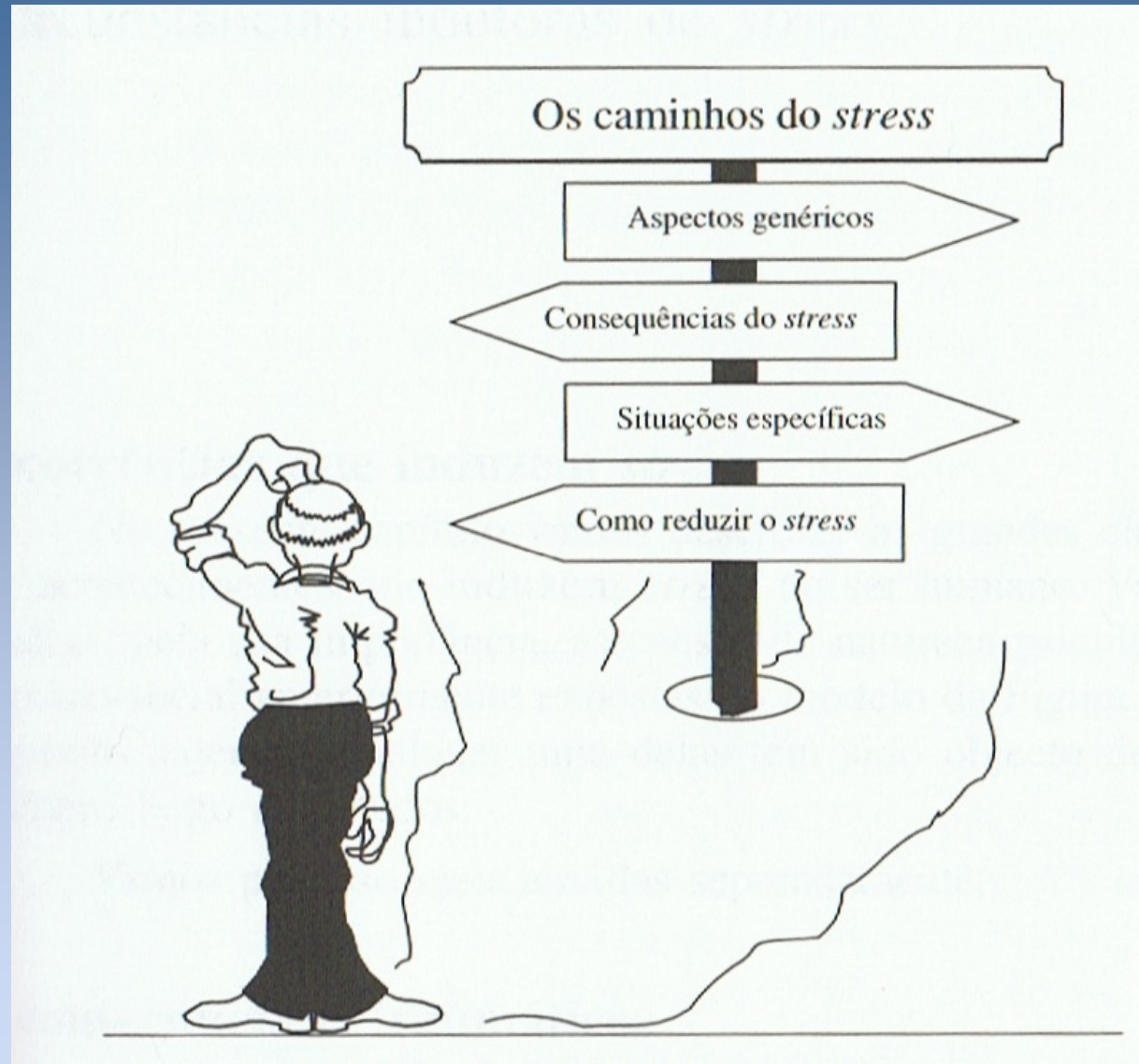
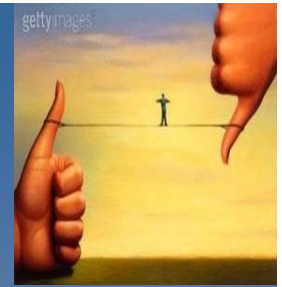
Como lidar com o Stress



Carla Ventura
M^a Céu Monteiro

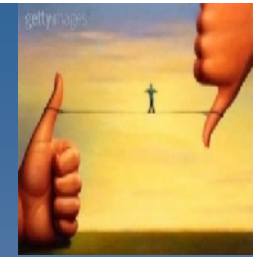
UCCPO
29 de Maio de 2009

“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



Fonte: Vaz Serra (2002:31)

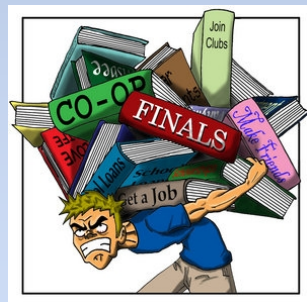
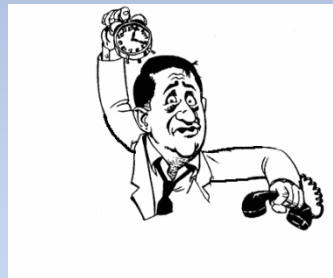
“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress! Como lidar com o Stress?



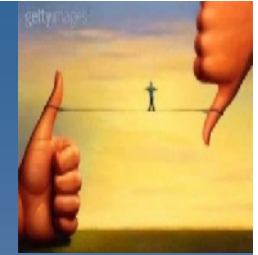
O ritmo de vida a que estamos sujeitos nos nossos dias é verdadeiramente assustador. Deixa-nos tão pouco tempo livre



Actuam em nós como “escopro e martelo”, prejudicando as nossas defesas físicas e mentais.. Isto é Stress....

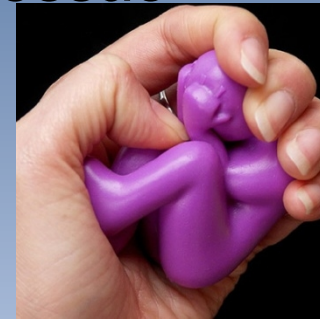


“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



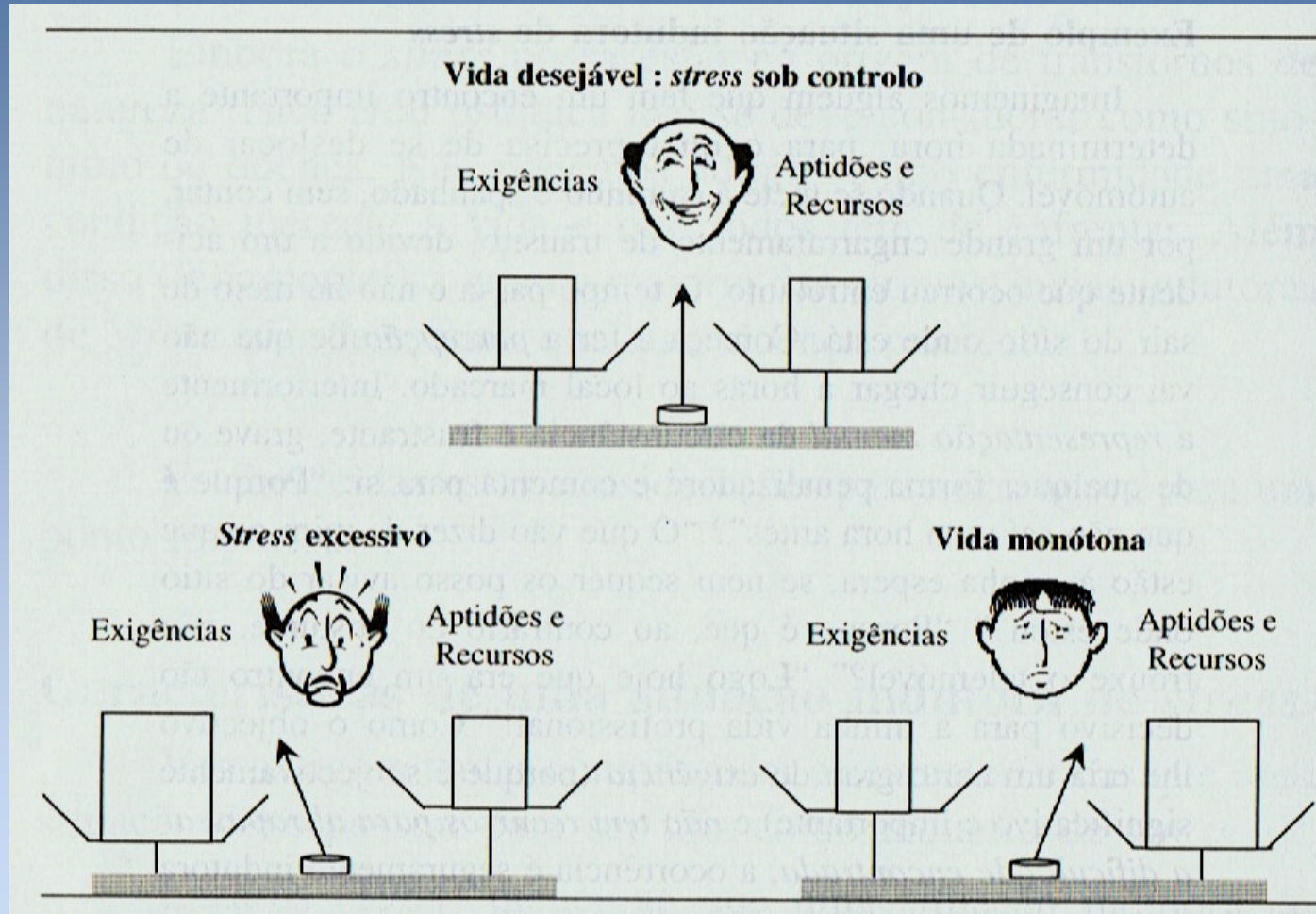
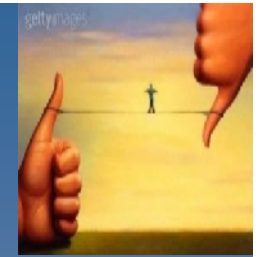
Conceito de stress

Stress - verbo latino *stringo* que significa apertar, comprimir, sob tensão, sob pressão



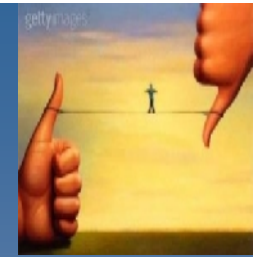
Stress é um fenómeno que surge a partir da comparação entre aquilo que é **pedido** ao individuo e a **capacidade** que ele tem para lidar com isso (Cox e Mckay, 1976)

“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress! Como lidar com o Stress?



Fonte: Vaz Serra (2002:20)

**“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?**



O Stress é um factor importante na doença mental

Porquê?



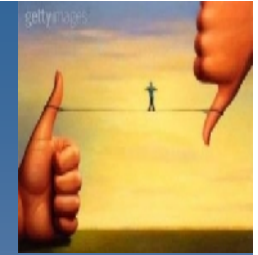
-Pode agravar os sintomas

E

- Conduzir a recaídas



“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



O que o faz sentir sob stress?

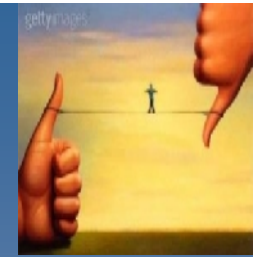
Acontecimentos de
Vida

São fontes de tensão

Transtornos diários



**“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?**



Cada pessoa sente stress em realidades diferentes...



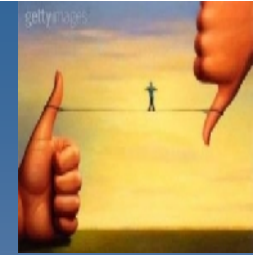
O que é causador de stress para si?

Ao saber o que é causador de stress para si

Melhor saberá lidar com estes acontecimentos

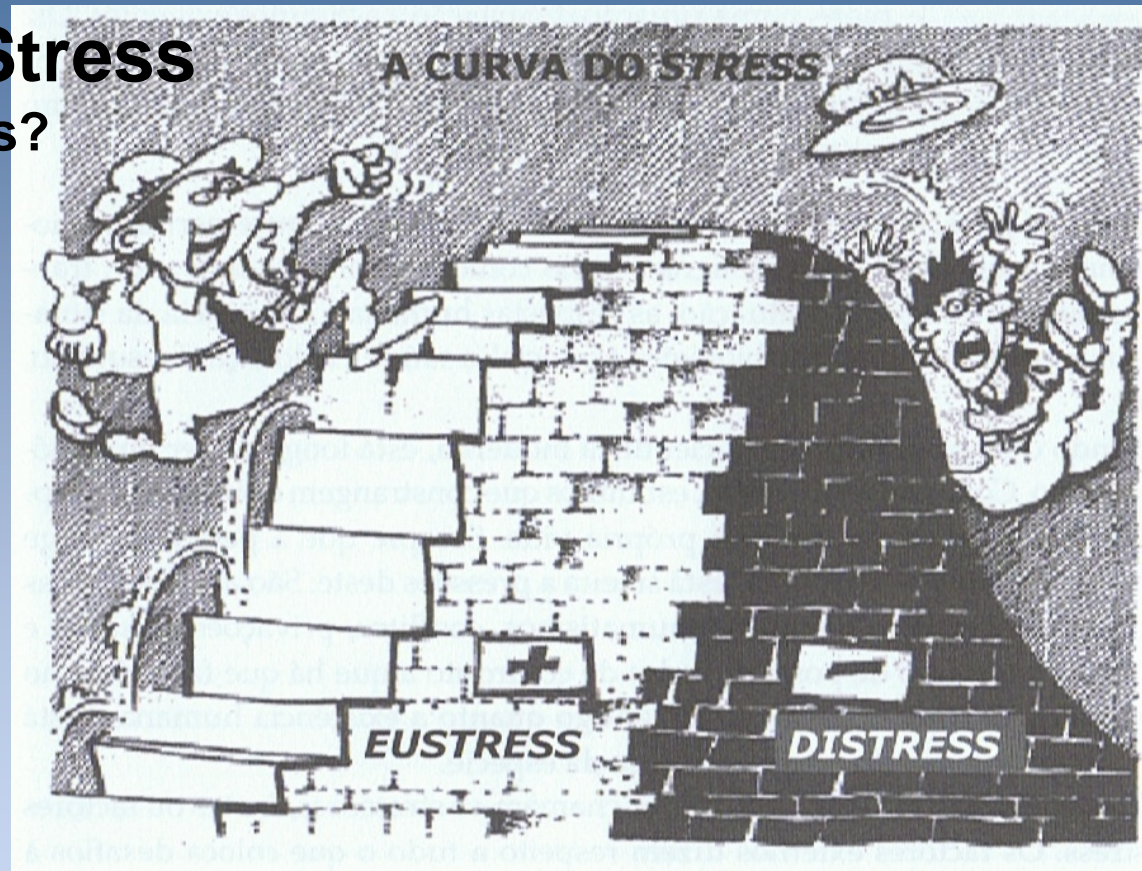


“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



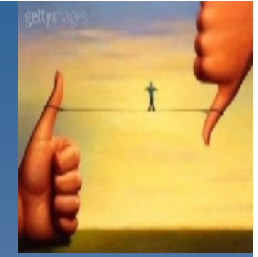
Precisamos de **Stress**
nas nossas vidas?

Surpreende-se?



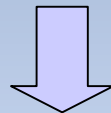
Fonte: Frasquilho e Guerreiro (2009:66)

“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



O stress não tem que ter uma conotação negativa!

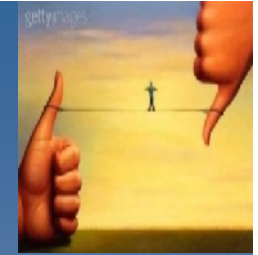
- **Eustress** - Quando se superam as exigências:
 - ⋮ Aumenta a auto-confiança
 - ⋮ Aumenta a motivação
 - ⋮ Proporciona o **controlo** das situações



Funciona como incentivo à acção



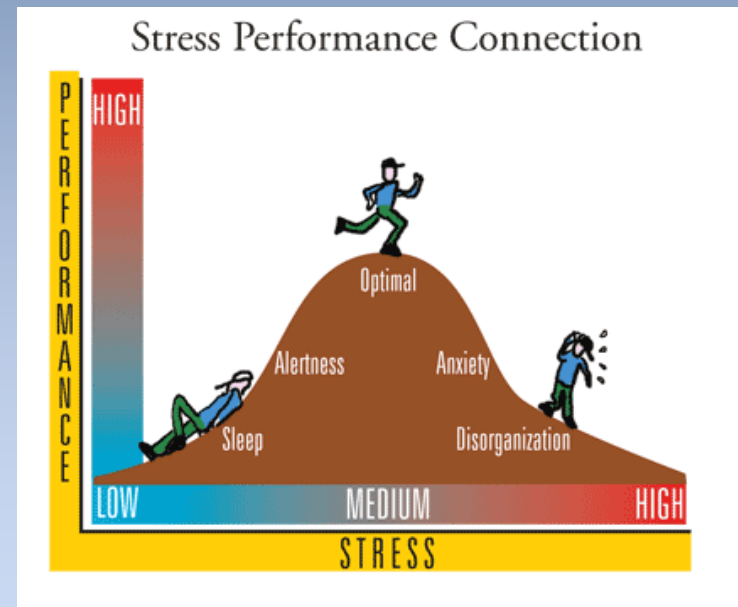
“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



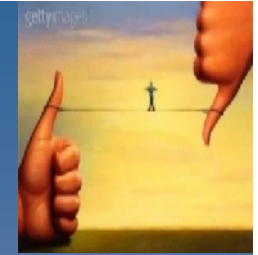
Quando o stress é negativo

- | Distress – quando não se consegue lidar com as exigências:
 - | Aumento da ansiedade
 - | Provoca angústia
 - | Doença física ou psíquica

Controlar o stress é importante para a defesa e valorização da sua Saúde...



“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



Manifestações do stress

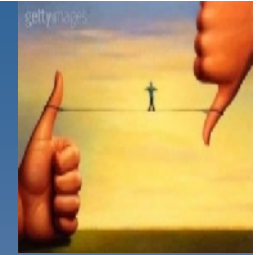
Cada pessoa vivência o stress de forma diferente

O stress reproduz vários tipos de resposta na pessoa: de natureza fisiológica, cognitiva, comportamental e emocional

Respostas Fisiológicas

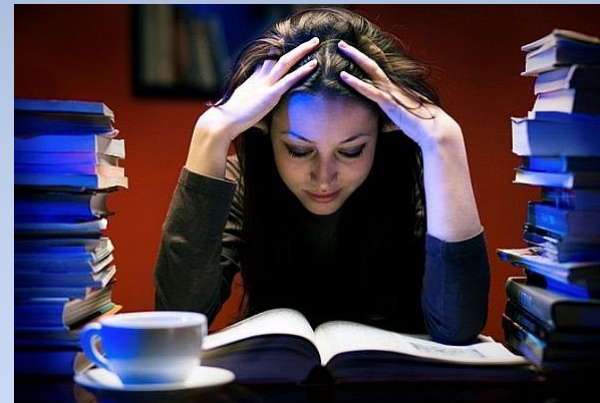
- | Palpitações;
- | Transpiração e sensação súbita de calor;
- | Tremor das mãos e pés;
- | Respiração acelerada;
- | Dor de estômago e digestão difícil;
- | Acordar sobressaltado e desorientado no tempo e espaço.

“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?

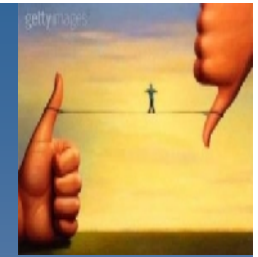


Respostas Cognitivas

- | Medos;
- | Confusão,
- | Défice de atenção, concentração e memória;
- | Sentimento de mal-estar;
- | Sensação de impotência.



“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?

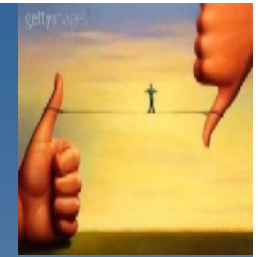


Respostas Comportamentais

- | Cansaço sem causa aparente;
- | Nervosismo;
- | Irritabilidade;
- | Queixar-se constantemente

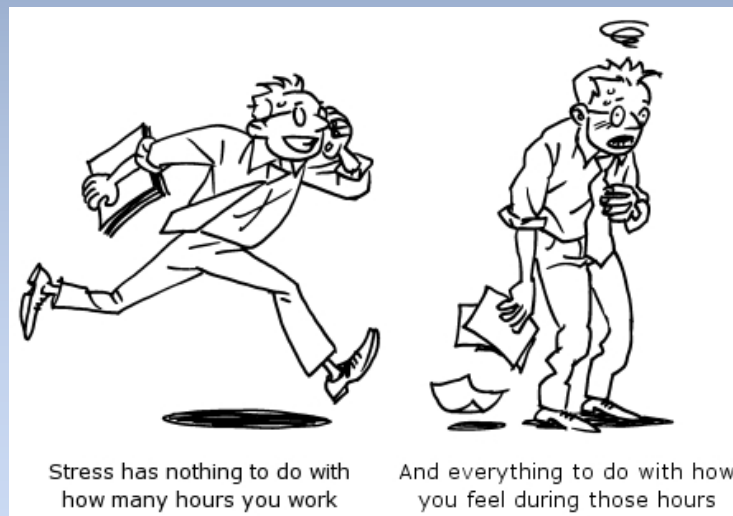


“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?

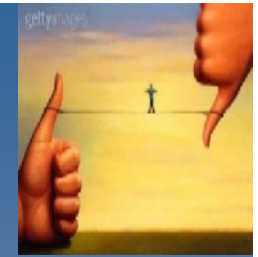


Respostas emocionais

As **emoções** experimentadas, são habitualmente **negativas**, têm uma componente motivacional. Nalguns casos inibem a pessoa ; noutros incentivam-na à acção.



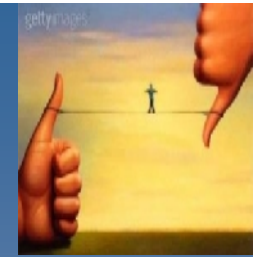
“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



15 emoções do stress

- | Esperança
- | Felicidade
- | Orgulho
- | Amor
- | Gratidão
- | Compaixão
- | Alívio
- | Cólera
- | Inveja
- | Ciúme
- | Ansiedade
- | Medo
- | Culpabilidade
- | Vergonha
- | Tristeza

“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



Semáforo do Stress



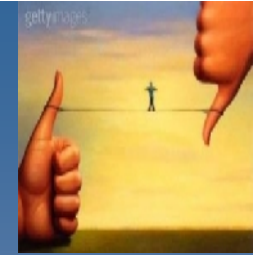
Vermelho – a ansiedade é permanente, tenho mau humor, reajo de forma violenta, descontrolo-me, tenho sintomas: insónia, tremores, palpitações ...

AMARELO- Mais frequentemente do que gostaria, estou tenso Irritável, impaciente, tenho algumas queixas físicas, estou Frustrado, quem me rodeia refere que deveria “abrandar”.

Verde - no geral estou tranquila , reajo, sem exageros, de acordo com as circunstâncias, sinto-me bem comigo, com os outros e com a vida.



“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



Estar atento aos sinais de stress pode ajudá-lo a começar a prevenir situações mais graves

Se puder **diminuir o Stress** pode **diminuir os sintomas** causadores de mau estar...

Está nas suas mãos



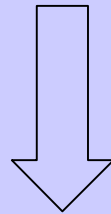
Intervalo



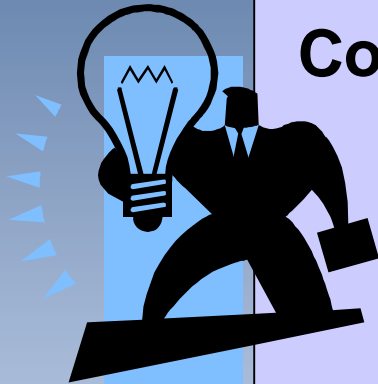
“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar eficazmente com o Stress?



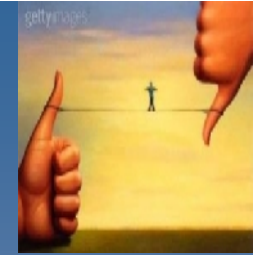
Como lidar eficazmente com o stress?



**Desenvolver estratégias para lidar com ele,
para que os seus efeitos sejam
menos negativos**



“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



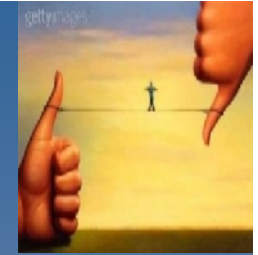
São identificadas estratégias de prevenção e de adaptação
que cada pessoa pode usar no seu dia-a-dia



Algumas estratégias já usa, contudo outras desconhece

“Vale mais tarde do que nunca”

“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



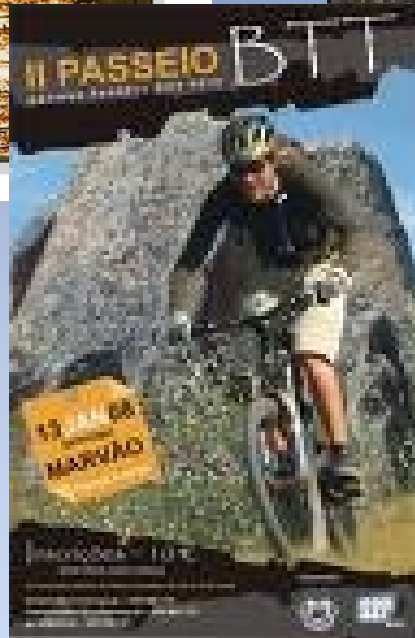
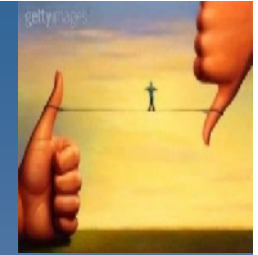
Estratégias para a prevenção do Stress

* Promova um estilo de vida saudável:

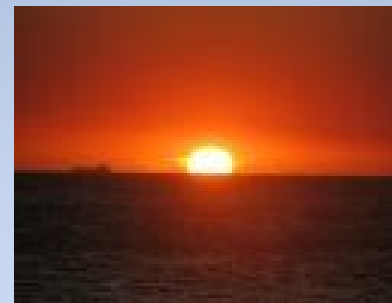
- Realize exercício físico regular
- Tenha uma alimentação saudável
- Durma o número de horas necessárias para si
- Faça exercícios de relaxamento
- Realize actividades que lhe dão prazer: ouvir música, caminhar, ler, banho de imersão



“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?

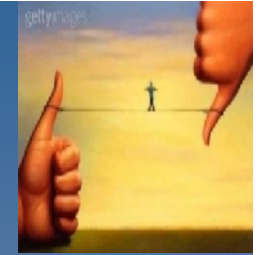


**Programe actividades agradáveis
E desfrute da Vida**



O sol quando nasce é para todos ...

**“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?**



**Não existe nada totalmente bom ou mau
Mas o pensar faz com que assim seja ...
Hamlet**

**É possível a correcção de formas anormais ou inúteis
de pensar.... Há pensamentos mais saudáveis que outros**

**Modificar o diálogo interno de forma a incluir auto-afirmações
Pela positiva “ eu consigo..”**

“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



Pensamentos menos saudáveis

Se disser não, ficam aborrecidos →

Há tanto que fazer que sou obrigado
a trabalhar todo o FS →

Fiz um erro inaceitável →

Fiz figura de parvo a falar →

Sempre fui assim, não posso falhar →

É o pior dia de sempre →

Vou rebentar →

Não consigo relaxar →

Pensamentos mais saudáveis

Não posso satisfazer toda a gente

Selecciono o mais importante

Todos erram, há que aprender e corrigir

Consegui falar, isso é importante

É só um mau hábito posso ultrapassar

É um dia mau

Vou mudar

Se respirar fundo relaxo um pouco

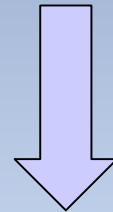
“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



Os meus pensamentos menos saudáveis são....

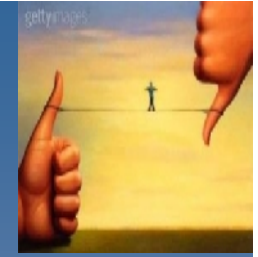


Interrompa o pensamento que notou



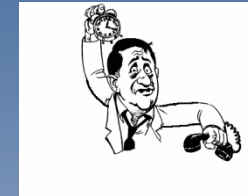
Troque-o por um pensamento saudável

“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?

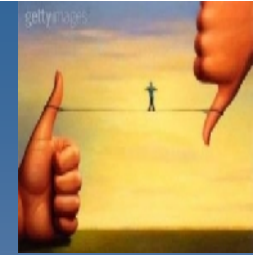


Estratégias para prevenir o com o stress

- ┃ Não aceite muitas tarefas para realizar ao mesmo tempo;
- ┃ Aprenda a dizer **não!**
- ┃ Programe momentos de distração;
- ┃ Evite a auto-medicação, ou utilização de álcool ou drogas para resolver problemas. Fale com os técnicos de saúde...
- ┃ Cumpra com rigor a prescrição médica – a medicação é uma **ferramenta poderosa** que temos ao nosso dispor para reduzir ou eliminar os sintomas e prevenir as recaídas e internamentos....
- ┃ Desenvolva um sistema de apoio;
- ┃ Use e abuse do humor;



**“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?**

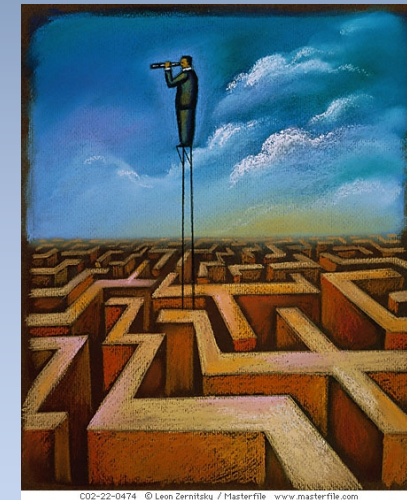


Estratégias para lidar com o stress

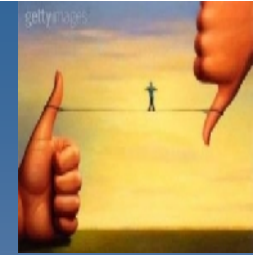
Tipos de técnicas de relaxamento

- Respiração;**
- Relaxamento muscular**
- Imaginar uma situação agradável**

**São mais eficazes quando feitas
Regularmente e com frequência**



“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



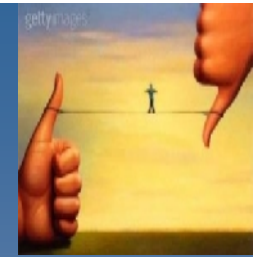
Estratégias para Lidar com o Stress

Respiração

Objectivo: Utilização do sistema respiratório como meio de alcançar o relaxamento



“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



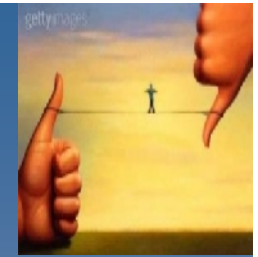
Estratégias para Lidar com o Stress

Relaxamento Muscular

Objectivo: alongar harmoniosamente os seus músculos de forma a reduzir a rigidez e a tensão (tensão – distensão)



**“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?**



Estratégias para Lidar com o Stress

Pinóquio

É uma marioneta.

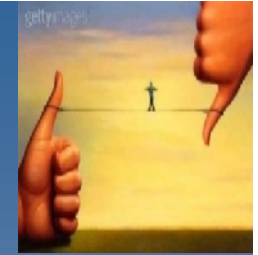
Está em pé, com os braços estendidos para a frente, com os ombros, os cotovelos e os punhos suspensos em fios imaginários.

Gepetto corta os fios e os seus braços caem.

Expire. Respire lenta e profundamente duas vezes



**“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?**



Estratégias para Lidar com o Stress

Dorminhoco

São horas de se levantar.

Estique-se, abra os olhos e boceje ruidosamente

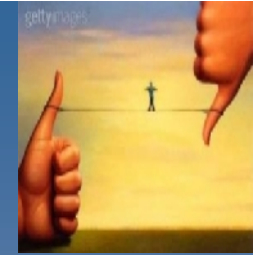
**Levante-se e massage o rosto e o corpo debaixo de um
duche imaginário**

**Seque o corpo energicamente com uma toalha
imaginária**

**Termine expirando e com duas respirações lentas e
profundas**



**“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?**



Estratégias para Lidar com o Stress

Pêndulo

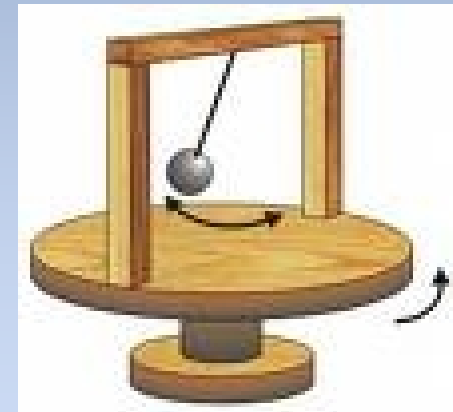
Está de pé, com os pés ligeiramente afastados.

Incline-se para a frente e deixe cair os braços.

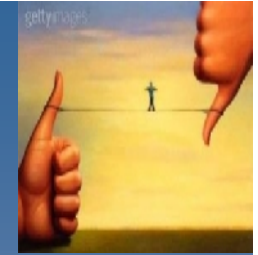
**Indique as 12 horas balaçando suavemente os braços
de um lado para o outro**

Expire e endireite o corpo.

Respire lenta e profundamente duas vezes.



**“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?**

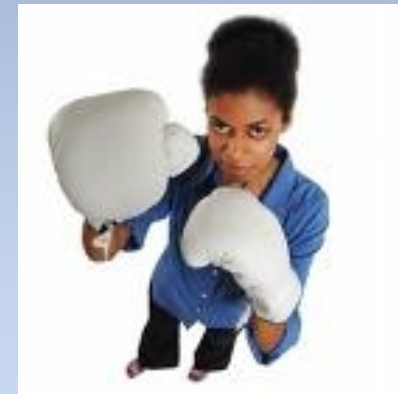


Estratégias para Lidar com o Stress

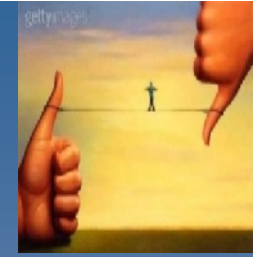
Boxeur

Em pé contraia os punhos e, contando 1,2,3 dê socos no ar, alternando os punhos e ao 5 relaxe, expirando e descontraia as mãos.

Respire lenta e profundamente.



**“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?**



Estratégias para Lidar com o Stress

Cão Molhado

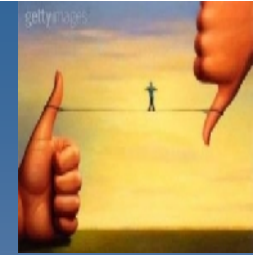
Em pé, agite os braços e as pernas como um cão quando se desembaraça da água.

Cada vez que agita os braços e as pernas, desembarace-se das suas preocupações, dos seus rancores, agitando-se energicamente

Expire. Faça duas respirações lentas e profundas.



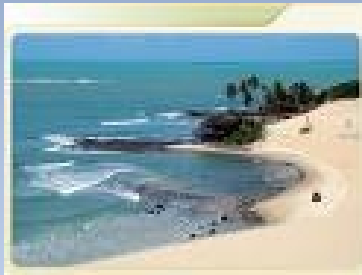
“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?



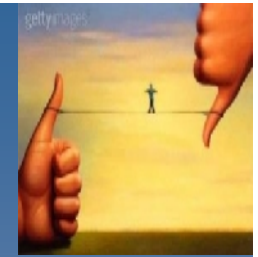
Estratégias para Lidar com o Stress

Imaginar um local agradável

Objectivo: Reduzir a tensão ou manter o nível de tranquilidade, ajudando a imaginar um local agradável e calmo.



**“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!
Como lidar com o Stress?**



Pode desenvolver um plano de acção individual para lidar com o stress que seja eficaz para si ...

Identificar o seguinte:

Situações complicadas

Sinais de tensão

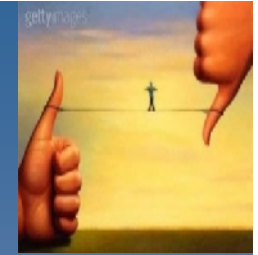
Estratégias para prevenir o stress

Estratégias para lidar com o stress

Comportamentos de adaptação podem ser aprendidos

Comportamentos desadaptados podem ser eliminados...

Reinterprete o estímulo sob uma perspectiva mais positiva



“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!



“Um Pouco é bom ... Muito é um desastre” ...Stress!

Como lidar com o Stress?

29 de Maio de 2009

As afirmações que seguem foram assuntos abordados na sessão.

Coloque uma cruz no **V** se considerar a afirmação verdadeira ou na **F** se considerar a afirmação falsa.

	V	F
1. O Stress é sempre negativo		
2. Os acontecimentos de vida não são uma fonte de stress		
3. Todos vivenciam o stress de forma diferente		
4. Quando a pessoa está em stress apresenta manifestações físicas e mentais		
5. Existem estratégias para prevenir o stress e outras para lidar com ele		
6. O facto de realizar exercício físico regularmente é uma estratégia para prevenir o stress		
7. O relaxamento muscular não é uma forma de lidar com o stress		

Muito Obrigado pela sua colaboração!

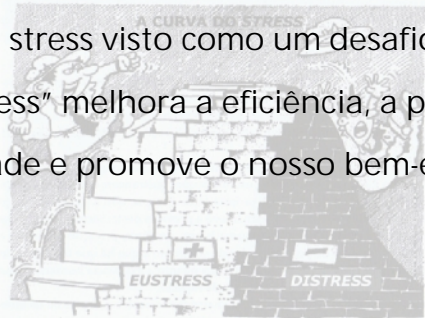
Enf^a Carla Ventura

Enf^a M^a Céu Monteiro

(alunas do II Mestrado de Natureza Profissional, área de especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, da Universidade Católica)

O stress nem sempre
é negativo!

O stress visto como um desafio
"eustress" melhora a eficiência, a produ-
tividade e promove o nosso bem-estar

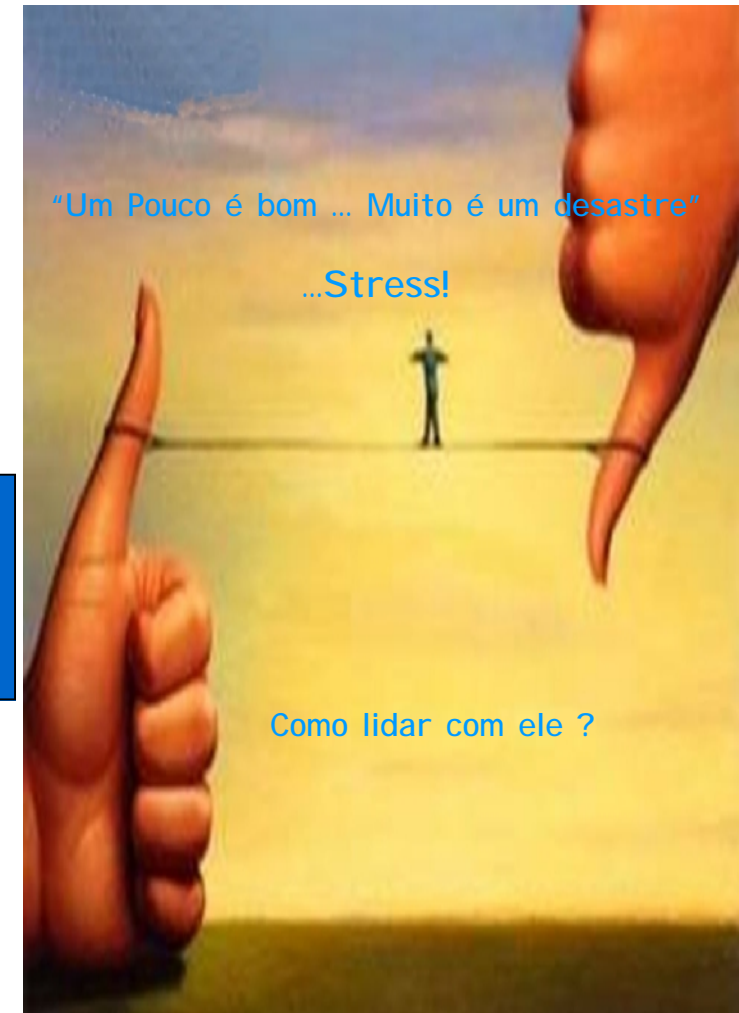


Existem várias fontes de stress: podem
ser externas como o ambiente de traba-
lho, ou internas como a capacidade de
gerir as situações

Uma circunstância indutora de stress não
nos atingem sempre nem da mesma
maneira, depende da etapa da nossa
vida.

Quando o stress é negativo?
Adoptamos estratégias para gerir as
exigências e situações que nos surjam.

UCCPO



Cuide do seu
BEM-ESTAR

UCCPO

Rua Dário Cannas, nº4

2675-325 Odivelas

Telf.:219 313 420

Período de funcionamento:

Dias úteis das 9h às 16h

Carla Ventura
Mª Céu Monteiro

Alunas do II Mestrado de natureza profissional, área de
especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica da
Universidade Católica Portuguesa

O Stress pode ser fantástico
ou fatal. Tudo depende de si!

STRESS

Exemplos de estratégias:

Stress

É um estado emocional cujas manifestações demonstram a quebra de equilíbrio interno



Manifestações do stress:

Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> -Medos; -Confusão, déficit de atenção, concentração e memória; -Sensação de mal-estar; -Culpabilidade, vergonha; -Tristeza, aborrecimento, sensação de impotência.
Fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> - Palpitações; - Transpiração e sensação súbita de calor; - Tremor nas mãos e pés; - Respiração acelerada; - Dor de estômago e difícil digestão
Comportamentais	<ul style="list-style-type: none"> -Cansaço sem causa aparente; -Nervosismo; -Irritabilidade; -Queixar-se constantemente.

Exemplos de estratégias:

1. Identifique as situações stressantes e os sentimentos que lhe provoca;



2. Procure controlar e prever situações stressantes;

3. Delinear um plano de acção para resolução de problemas;



4. Evite o caos e desorganização;

5. Não aceite muitas tarefas para realizar ao mesmo tempo;

6. Aprenda a dizer não!



7. Faça a gestão do seu tempo

8. Reinterprete o estímulo sob uma perspectiva mais positiva;

9. Introduza o humor nesses momentos;



10. Tenha alguém com quem falar;

11. Não se isole;



12. Realize actividades alternativas

que dêem prazer: ouvir música, caminhar, ler, banho de imersão;

13. Promova um estilo de vida saudável:

- Realize exercício físico regular
- Tenha uma alimentação saudável
- Durma o número de horas necessárias para si
- Faça exercícios de relaxamento

14. Reformule os seus pensamentos negativos numa afirmação positiva.

15. Não alivie os seus desgostos com comida, álcool, tabaco ou outras substâncias.

16. Programe actividades

agradáveis e desfrute da vida..



Certificado de participação

Este certificado é concedido a

Pela participação na sessão de educação para a saúde: "Um pouco é bom... Muito é um desastre.. STRESS. Como lidar com ele?", que se realizou na Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas, no dia 29 de Maio de 2009

Odivelas, 29 de Maio de 2009

Assinaturas



Anexo VIII

**Sessão de educação para a saúde: higiene do sono – estratégias
para prevenir o *stress***

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da sessão de educação para a saúde sobre as estratégias para lidar com o <i>stress</i> • Introduzir o sono de qualidade como uma estratégia para prevenir o <i>stress</i> 	20 min
	Intervalo	20 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar problemas relacionados com o sono do próprio ou que conheça. (Escrevê-los no quadro) • Distribuição de um problema por utente diferente daquele que apresentou. • Solicitar que os utentes se levantem para escolher uma estratégia já predefinida e apresentada em papel que considere importante na resolução ou minimização do problema. • Entregar outra estratégia aleatória e questionar se faz sentido para a resolução daquele problema. • Solicitar uma 3ª estratégia sugerida pelo utente 	15 min 30 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha de como se sentiram na actividade e qual a pertinência das estratégias • Síntese das estratégias apresentadas e sugeridas e entrega do folheto informativo da Associação Portuguesa de Sono 	20 min 5 min
Avaliação	O sono é um problema transversal e a todos os utentes presentes e, em geral, todos fazem medicação indutora do sono que nem sempre é suficiente, tendo em conta este contexto a sessão teve uma boa adesão, com os utentes a participarem sempre que era solicitado e por auto-iniciativa,	

apresentavam varias dúvidas que foram respondidas com base na fundamentação teórica realizada previamente.

A discussão em grupo contribui para o enriquecimento de conhecimentos partilhado pelos elementos e através desta estratégia debateu-se algumas das estratégias que os utentes conheciam para uma boa higiene do sono e foram apresentadas outras descritas pela bibliografia.

Tendo em conta a opinião dos utentes e o conceito de biblioterapia foi importante resumir as estratégias debatidas num folheto informativo.

Bibliografia:

BOLANDER, Verolyn Rae – Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica. 1ª edição. Lisboa: Lusodidacta, 1998

JONES Jr, H. Royden – Neurologia de Netter. Porto Alegre: Artmed, 2006

LAVIE, Peretz – O mundo encantado do sono. 1ª edição. Lisboa: Climepsi Editores, 1998.

POTTER, Patrícia; PERRY, Anne Griffin – Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, processos e prática. 5ª edição. Volume 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virgínia Alcott – Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2007

Estratégias para melhorar a qualidade do sono

1. O exercício físico praticado de forma regular melhora a qualidade do sono, no entanto, evite praticá-lo 2 horas antes de se deitar.
2. Manter um horário regular quer aos fins-de-semana, dias de semana ou férias
3. Não dormir durante o dia ou optar por uma pequena sesta no início da tarde de 20 a 30 min
4. Evitar ir para a cama após uma grande refeição. Jante cedo e antes de se deitar opte por uma pequena ceia.
5. Evitar: Beber café, chás, coca-cola ou outras bebidas com cafeína, Fumar, ingerir bebidas alcoólicas
6. Mudar o local do relógio. O tique-taque, o estímulo luminoso e a possibilidade de estar sempre a ver as horas podem ser perturbadores
7. Estabelecer um período no dia para resolver problemas. Não aproveite a hora de deitar para fazer a longa metragem dos problemas do dia-a-dia.
8. Desenvolver um ritual de sono: ler, rezar, tomar um banho relaxante, beber uma caneta de leite, fazer exercícios de relaxamento
9. Promover conforto necessário para dormir: ter uma cama confortável, luminosidade adequada a cada um, evitar o ruído, ter uma temperatura adequada
10. Não passar muito tempo na cama. Limitar o tempo na cama para dormir. Se acorda, saia da cama e volte a deitar-se quando tiver pronto para dormir.
11. Não se esforce para adormecer. Quanto mais tentar contrariar a insónia mais o nível de vigília aumentará
12. Se a insónia é uma situação recorrente: mesmo que não tenha durmido esta noite não se deite mais cedo tente deitar-se 15 a 30 min depois da hora habitual e adote esta estratégia até conseguir ter um sono de qualidade e apenas com as horas suficientes
13. Se a insónia é uma situação recorrente: identifique o nº de horas que passa na cama e aquelas que efectivamente dorme. Se dormir 6 horas levante-se ao fim de 5. Aposte na qualidade do sono
14. Se não conseguir adormecer e já está a sofrer por antecipação de cansaço e sonolência reformule os seus pensamentos negativos em positivos

Anexo IX

**Sessão de educação para a saúde: exercício físico – uma
estratégia para prevenir e para lidar com o *stress***

Planificação da sessão

<p>Tema: Estratégias para lidar com o Stress</p> <p>Titulo: Exercício Físico</p> <p>Data: 9 de Junho de 2009</p> <p>Local: Parque Quinta da Memória - Odivelas</p> <p>Duração: 90 min (14h00 – 15h30)</p> <p>Formadores: Enf^a Carla Ventura e Enf^a Marta Gaspar</p> <p>População alvo: utentes do Hospital de dia</p> <p>Método: Activo e demonstrativo</p>	<p>Material: Roupa e calçado confortável, panfleto</p> <p>Objectivos geral: Reflectir sobre estratégias para prevenir e para lidar com o <i>stress</i></p> <p>Objectivos específicos: Incentivar a realização de exercício físico; Identificar o exercício físico como uma estratégia para prevenir e lidar com o <i>stress</i>.</p>
---	---

	Assuntos	Tempo
Introdução	<p>Sugerir 3 pessoas para esta actividade: Cristina, Francisco, Tiago</p> <p>Role Play: 2 utentes e uma enfermeira. D. Cristina: representa a enfermeira que irá reforçar a importância do exercício físico e os seus benefícios, sr.Tiago a utente que gosta de exercício físico, programa a sua vida de maneira a conseguir praticar algum exercício físico e concorda com a enfermeira. O Sr. Francisco, o utente que não gosta de desporto e não tem tempo irá argumentar as suas razões. A enfermeira e o sr. Tiago tentarão contra-argumentar.</p> <p>São dadas algumas dicas à utente que representa a enfermeira, nomeadamente de</p>	10 min

	algumas vantagens e dicas caso o Sr. Francisco diga “eu não tenho tempo”. A assistência comenta as posições de cada um	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar o percurso a pé • Experimentação das máquinas que existem no parque 	20 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha de como se sentiram na actividade e qual a pertinência da estratégia • Concluir a actividade: exercício como uma forma de proporcionar bem-estar e não necessita de ter encargos suplementares. • Entrega de panfleto 	20 min 5 min
Avaliação	<p>A escolha dos utentes teve em conta a sua personalidade e as suas dificuldades.</p> <p>A sessão foi uma surpresa para todos, visto alterarmos o local habitual na UCCPO, para um ao ar livre.</p> <p>A sessão começou novamente com o role Play, metodologia sugerida por Vaz Serra (2007) e com grande adesão por parte dos utentes. No entanto, este role play surpreendeu pela atitude de um dos utentes que deveria argumentar porque é que não gostava do exercício físico, no entanto, a sua actuação baseou-se em fingir que era muito surdo, que não falava e não sabia comunicar por linguagem não verbal. Esta atitude surpreendeu todos os utentes tendo para eles sido um comportamento humorístico. Porém ao analisar este comportamento pode levar-nos a pensar nas dificuldades que este utente tem em confrontar as outras pessoas, a contra-argumentar aquilo que é a sua opinião e num papel em que ele deveria ser activo e foi extremamente passivo.</p> <p>A segunda parte da actividade permitiu abordar o exercício físico como uma estratégia para prevenir e lidar com o <i>stress</i> e que não era necessário dispendir dinheiro para isso, podendo recorrer-se aos</p>	

	circuitos de manutenção disponíveis em todo o município.
--	--

Bibliografia:

PAYNE, Rosemary – Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde.2ª edição. Loures: Lusociência, 2003

VAZ SERRA, Adriano – O stress na vida de todos os dias. Coimbra: Adriano Vaz Serra Editor, 2007.

Anexo X

**Sessão de educação para a saúde: alimentação – uma estratégia
para prevenir o *stress***

Planificação da sessão

<p>Tema: Estratégias para lidar com o Stress</p> <p>Título: Alimentação</p> <p>Data: 17 de Junho de 2009</p> <p>Local: UCCPO-sala de atelier</p> <p>Duração: 150 min (10h – 12h30)</p> <p>Formadores: Enf^aCarla Ventura e Enf^a Marta Gaspar</p> <p>População alvo: utentes do Hospital de dia</p> <p>Método: Interrogativo, descritivo e activo.</p>	<p>Material: Escala de Hamilton, Plano Individual, canetas, cartão de encerramento</p> <p>Objectivo geral: Reflectir sobre estratégias para prevenir o <i>stress</i></p> <p>Objectivos específicos: Debater hábitos de alimentação saudável; Identificar erros alimentares e sugerir uma forma de os corrigir; Preencher a escala de Hamilton; Preencher o Plano individual de estratégias para prevenir e lidar com o <i>stress</i>.</p>
--	--

	Assuntos	Tempo
Introdução	Role Play: conversa entre três amigos: Amigo 1: reforça as dificuldades em ter uma alimentação saudável Amigo 2: Focaliza-se nos erros alimentares Amigo 3: Defende os hábitos de alimentação saudável	15 min
	Partilha do role play	15 min
Desenvolvimento	Preenchimento da cartolina da alimentação por parte dos utentes. A cartolina será dividida em três partes: hábitos alimentares saudáveis, erros alimentares dificuldades em ter uma alimentação saudável	30 min

	Intervalo	20 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento da escala de Hamilton • Preenchimento do Plano Individual 	15 min 15 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha de grupo • Entrega de cartão com um poema de Fernando Pessoa como um marco do final do estágio 	25 min
Avaliação	<p>A sessão foi dividida em duas partes tendo em conta que se tratavam de assuntos diferentes. Na primeira parte realizou-se uma sessão de educação para a saúde sobre alimentação como uma estratégia para prevenir o <i>stress</i>. A sessão surpreendeu os utentes porque esperavam que fosse uma sessão sobre roda dos alimentos e conselhos sobre uma alimentação saudável. Esse facto contribuiu para uma participação activa e interessada porque os temas abordados que pretendiam a mudança de comportamentos e tratavam-se de situações práticas do dia-a-dia.</p> <p>Os utentes apresentaram uma participação activa com a apresentação de erros alimentares e as suas principais dificuldades em ter uma alimentação saudável.</p> <p>No final foi realizado uma pequena discussão para reflectir sobre as melhores estratégias para superar essas dificuldades.</p> <p>Na segunda parte, realizou-se o preenchimento da Escala de Hamilton para avaliação da ansiedade dos utentes do HD. Foi, também, solicitado que reflectissem sobre as sessões já realizadas e preenchessem um plano individual de estratégias para prevenir e para lidar com o <i>stress</i>, exequível e com o qual assumissem o compromisso de o cumprir para</p>	

	<p>melhorar a saúde física e mental de cada um.</p> <p>Assim, foram concretizados os objectivos propostos</p> <p>Porém a sessão prolongou-se, tendo em conta que seria a última sessão realizada no HD e o estágio estaria no final, foi entregue um cartão com o poema de Fernando Pessoa como um marco do final do estágio e agradecimento pela colaboração mútua no nosso percurso pessoal e profissional e no projecto terapêutico deles. No final, os utentes do HD entregaram também um postal, em ponto grande, realizado e assinado por eles e com um poema.</p>	
--	--	--

Bibliografia:

BOLANDER, Verolyn Rae – Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica. 1ª edição. Lisboa: Lusodidacta, 1998

POTTER, Patrícia; PERRY, Anne Griffin – Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, processos e prática. 5ª edição.

Volume 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004

www.dgs.pt

www.portaldasaude.pt

Plano Individual para lidar com o stress

1. As minhas estratégias para prevenir o stress:

2. As minhas estratégias para lidar com o stress:

Anexo XI

**ANÁLISE DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE
HAMILTON**

Análise dos resultados da Escala de Hamilton

No âmbito do Modulo I do II Mestrado de Natureza Profissional, área de especialização Saúde mental e psiquiátrica da Universidade Católica, na Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas foi aplicada a Escala de Hamilton, no Hospital de Dia, com a finalidade de avaliar o nível de ansiedade.

A escala de Hamilton é constituída por 14 sintomas divididos em 2 categorias: ansiedade psíquica e ansiedade somática. O 14º “sintoma” não é valorizado no tratamento dos dados porque deveria ser a apreciação do investigador durante a entrevista.

Aos 14 sintomas são atribuídos um valor de 0 a 4 correspondente a uma escala de lickert e que traduzem a frequência com que os sintomas ocorrem:

0 – Ausente

1 – Ligeira

2 – Moderada

3 – Frequente

4 – Muito frequente

A análise de dados inicia-se com a soma dos valores atribuídos.

Um resultado inferior a 12 indica ansiedade normal; superior a 12 e inferior a 18 caracteriza uma reacção patológica ligeira; superior a 18 e inferior a 25 corresponde a ansiedade moderada e superior a 25 revela ansiedade patológica grave.

A primeira aplicação da Escala foi feita pela Enfª Maria Céu Monteiro, colega do mesmo curso que realizou no mesmo período e local.

No dia 5 de Maio de 2009 participaram 10 utentes e no dia 17 de Junho de 2009 8 utentes.

Da primeira aplicação pode-se observar que existem 4 pessoas com ansiedade patológica grave, 3 com ansiedade patológica moderada, 1 com reacção patológica ligeira e 2 pessoas com ansiedade normal.

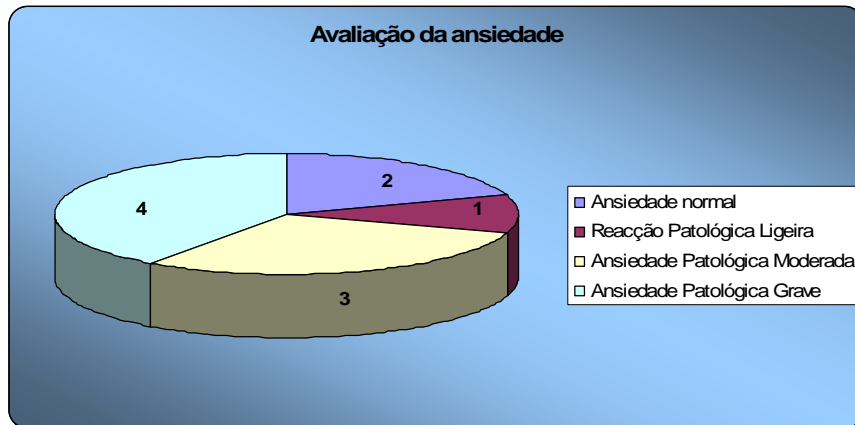


Gráfico 1: Avaliação da ansiedade (1ª aplicação)

A segunda aplicação realizou-se após um conjunto de sessões no “Espaço Saudável” que iniciou com sessão de educação para a saúde sobre stress: estratégias para prevenir e lidar com ele, seguindo-se actividades em que foram abordadas as temáticas do sono, exercício físico e alimentação como estratégias para prevenir e lidar com o stress.

Na segunda aplicação diminuíram o número de pessoas com ansiedade patológica grave e moderada, diminui a ansiedade normal e aumentou o número de pessoas com reacção patológica ligeira

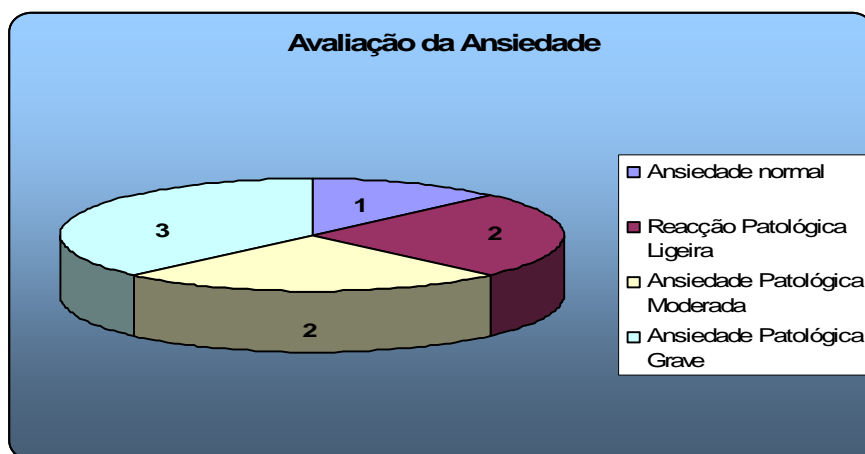


Gráfico 2: Avaliação da ansiedade (2ª aplicação)

Tendo em conta que a classificação em ansiedade normal, reacção patológica ligeira, ansiedade patológica moderada e ansiedade patológica grave tem uma enorme amplitude foi realizado um gráfico em que se comparam os valores de cada utente.

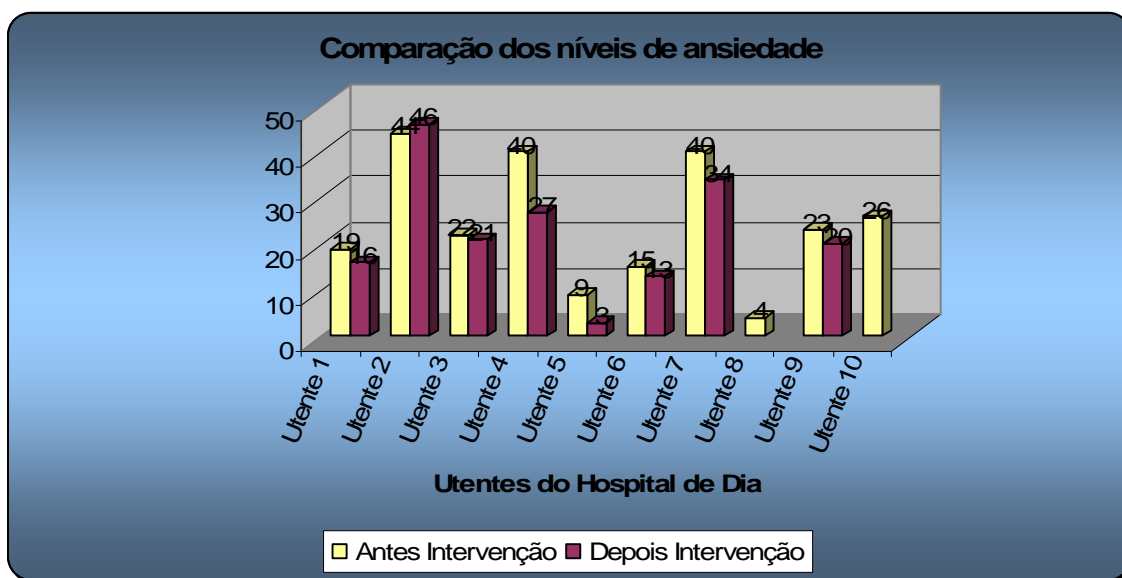


Gráfico 3: Comparação dos valores obtidos nas duas aplicações da Escala de Hamilton

Neste gráfico pode-se observar que à excepção do utente 2 todos os outros diminuíram a frequência dos sintomas de ansiedade.

O utente 8 e o utente 10 não apresentam a coluna “depois da intervenção” porque não estavam presentes no dia em que foi feita a segunda aplicação.

Em conclusão, após a sessão de educação para a saúde e a realização das actividades centradas no sono, alimentação e exercício físico associadas ao programa terapêutico do HD, pode-se observar a diminuição da frequência dos sintomas de ansiedade.

Anexo XII

REFLEXÃO CRÍTICA DE UMA VISITA DOMICILIÁRIA

REFLEXÃO CRÍTICA DE UMA VISITA DOMICILIÁRIA

Na UCCPO existe, actualmente quatro domicílios programados com uma frequência directamente relacionada com a data da administração de decanoatos.

Os utentes referenciados para os domicílios são utentes com má adesão ao tratamento, com recusa em se deslocar à UCCPO e com elevado risco de recaídas.

A principal dificuldade na prestação de cuidados ao domicílio prende-se com a logística: transporte para se deslocarem a casa dos utentes.

Tendo em conta esse aspecto os domicílios dentro da área de Odivelas e que sejam possíveis, realizam-se por iniciativa do enfermeiro a pé para o domicilio das pessoas, imperando o bem-estar do utente e da família.

Foi o caso do domicilio que realizamos. O domicilio era a cerca de 700 m da UCCPO. Tratava-se de um prédio com apresentação exterior e interior razoável e bem localizado.

O apartamento, porém, destoava com tudo o resto: muito cheio de pequenas peças de decoração, vários tapetes e mantas na sala dando um aspecto de desarrumação e a casa muito escura devido aos estores baixos.

Na casa encontrava-se o pai (que apesar de ser 12H ainda se mantinha de pijama), a filha e o filho (utente com esquizofrenia que se encontrava no quarto, a dormir, vestido de fato treino).

Foi pedido para que se chamasse o sr.B, foi administrado o decanoato e feita tentativa de abordar o utente, sem sucesso. O utente recusou-se a permanecer ali mais tempo e dirigem-se novamente para o quarto. Comportamento esse que já era habitual no utente.

A nossa intervenção foi no sentido de perceber através da família a situação do sr B.

A situação descrita foi muito simples: isolamento total, sem sair de casa há cerca de 5/6 meses, dormia durante o dia e permanecia acordado durante a noite.

A avaliação realizada ao utente e à família é compatível com uma família disfuncional, com alteração de papéis, pouco coesa (a mãe pouco tempo

permanece em casa) e com poucos recursos para melhorar a sua situação. O utente, era uma pessoa agressiva quando contrariado, encontrava-se sem recaídas a necessitar de internamento há 3 anos mas não passava daquele registo, com alterações cognitivas e comportamentais.

Segundo Leff et. al (1982) citado por Bandeira, Calzavara e Castro (2008), as famílias centram-se na prevenção de recaídas e adoptam comportamentos de sobrenvolvimento, tolerância de desvios, criam expectativas de desempenho por parte do utente. Quando os utentes não correspondem com o que é esperado é frequente: discussões, decadência ou falta de comunicação, comportamento bizarro e perturbador para o vizinho, ameaça de auto e hetero-agressão, fazer barulho durante a noite e não aderir a um horário regular, ter linguagem desapropriada e representar perigo para a família e para os outros.

O cenário visualizado é compatível com o descrito por Xavier et. al (2002) quando se refere a *burden* familiar.

Na opinião de Bandeira, Calzavara e Castro (2008), o *burden* familiar é a sobrecarga dos familiares originada pelo papel de cuidador e pelas mudanças que ocorrem na sua vida social e profissional, colocando as necessidades do utente como prioridade em detrimento das próprias. Este aspecto é agravado pela falta de informação a respeito da doença do familiar, do tratamento utilizado e das estratégias mais adequadas para lidar com o comportamento do utente e a gestão de situações de crise levando ao comprometimento da saúde física e psicológica do cuidador e restante família e traduzindo-se em perturbações como a depressão e a ansiedade.

Xavier et al (2002) e Bandeira, Calzavara e Castro (2008) referem que o conceito de *burden* familiar implica uma componente objectiva, que corresponde ao impacto directo das modificações e limitações impostas pela doença de um indivíduo nos seus familiares e uma componente subjectiva caracterizada por um conjunto de sentimentos decorrentes da vivência intrapsíquica destas limitações, (como por exemplo, perda, culpabilidade, tensão relaciona intra-familiar, preocupação com o futuro e medo de violência).

Os objectivos terapêuticos da UCCPO eram: prevenir as recaídas e manter, o utente, o mais estável possível, o que em parte acontecia com a administração do decanoato mensalmente.

No entanto, considero que se podia fazer algo mais por aquela família, porque trata-se de pessoas jovens (utente com cerca de 35 anos) que teria uma esperança média de vida de mais algumas décadas e o que será do futuro dele quando os pais falecerem?

Como medidas de apoio poderia-se analisar o que o motiva quando sai de casa e estabelecer um plano de cuidados com o objectivo de tornar o utente mais independente e auto-suficiente, inserindo a promoção da saúde e prevenção da doença.

Cuidar da família incentivando a frequentar grupos de apoio, a descentralizar o sr. B como o centro das atenções e planejar momentos para cada um. Esta família é um exemplo real de *burden* familiar com um elemento com doença mental. O que caracteriza esta família pode-se encontrar em muitas outras que tenham algum membro com doença psiquiátrica de evolução prolongada.

Desta visita há a refletir a intervenção como algo pouco estruturada, conformada com a situação, reduzindo o seu objectivo à prevenção de recaídas sem cuidar da promoção da saúde e bem-estar de todos os que formam o agregado familiar.

Esta situação fez-me reflectir sobre os cuidados domiciliários psiquiátricos e perceber que ainda há muito por fazer para atingir a excelência. Porém, é de louvar a sua existência e o facto dos enfermeiros serem dos técnicos de saúde que mais fazem domicílios e que se preocupam com a comunidade envolvente.

Observa-se e regista-se o isolamento social junto a uma das cidades com maior número de habitantes de Portugal, revelando a falta de apoio ao doente com patologia psiquiátrica e à família, não sendo uma prioridade política com repercussões na prática a nível social no bem-estar das pessoas, ao nível do rendimento a nível laboral e da morbilidade e co-morbilidade que não é tratada e muitos prejuízos acarreta. (Relatório: proposta de plano de acção para a

reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016).

Numa análise à situação em Portugal, o relatório mencionado anteriormente, refere que os cuidados psiquiátricos estão muito centrados quer nos Hospitais Psiquiátricos quer nos Hospitais Gerais (83% dos recursos) e há um reduzido investimento na comunidade quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade são mais efectivas.

Por outro lado, referências estudos nos quais ocorrem reinternamentos sem que, no intervalos destes, tenha tido qualquer contacto com o ambulatório, podendo ser indicador na acessibilidade aos cuidados.

Tendo em consideração isto, é importante manter e aumentar as visitas domiciliárias delinear programas de prevenção e intervir na promoção da saúde das populações.

Bibliografia:

BANDEIRA, Marina; CALZVARA, Maria Gláucia Pires; CASTRO, Ildevane – Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria (2008) vol 57 nº 2 p.98-104

XAVIER, Miguel e tal – Questionário de problemas familiares. Desenvolvimento da versão portuguesa de um instrumento de avaliação da sobrecarga familiar. Psicologia, Saúde e Doenças (2002) vol3 nº2 p.165-177

Ministério da Saúde - **Plano de Reestruturação e Desenvolvimento de Serviços de Saúde Mental (2007-2016)** [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde [consultada a 1 de Novembro de 2009] Disponível na internet em <URL: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-879187BD2915/0/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf> >

Anexo XI

REFLEXÃO CRÍTICA: CONSULTA EXTERNA

REFLEXÃO CRÍTICA: CONSULTA EXTERNA

A consulta externa é um local no qual se identifica precocemente o indivíduo e a família, procede-se à intervenção adequada, ao acompanhamento e, se necessário, o encaminhamento. Para além disso, monitoriza-se a administração da terapêutica dêpot através do sistema informático, criado pelo enfermeiro responsável pela consulta e presta-se cuidados domiciliários.

Os cuidados domiciliários têm com a finalidade: assegurar o cumprimento de terapêutica, avaliar a situação do indivíduo, da família e do meio, realizar intervenções terapêuticas que melhorem o bem-estar do grupo e prevenir os reinternamentos.

No dia 20 de Abril, recorre à UCCPO, uma senhora com cerca de 50 anos, com diagnóstico médico de depressão com queixas mal-estar associado a terapêutica que auto-suspendeu.

Intervenção: anamnese sobre a situação psiquiátrica, história de vida e familiar, ensino sobre os perigos da auto-medicação orientação na toma correcta da terapêutica e solicitar à médica, que se encontrava no serviço, a observação da utente. (Stuart e Laraia, 2001)

Esta utente recorreu à UCCPO com queixas sintomáticas que atribuía à medicação. À primeira vista poderia ser verdade, tendo em conta a prescrição do antidepressivo com dose superior ao habitual, porém através da relação estabelecida, a utente acabou por dizer há quanto tempo não o tomava e, ao fim de algum tempo, deslocou o foco do seu discurso dos sintomas que a incomodavam para a relação conjugal em que vivia.

A primeira sensação era de confusão devido à verborreia e fuga de ideias que apresentava. Foi necessário organizar o pensamento e consequentemente o discurso, com esta estratégia a utente desacelerou o débito de palavras e iniciou o seu discurso de uma forma mais organizada e cronológica.

Estas situações são sempre um desafio, dado à imprevisibilidade de acontecerem.

Após esta colheita de dados e de uma breve avaliação conclui-se que a senhora precisava de estabelecer uma relação de ajuda com profissionais de saúde e, o enfermeiro seria a pessoa de referência, tendo em conta a importância do papel do enfermeiro na UCCPO e a facilidade com que estabelecem relações terapêuticas devido à disponibilidade e atenção que demonstram, o saber escutar e o ajudar a organizar.

Da análise desta situação evidencia-se o isolamento que as pessoas cada vez mais têm nesta sociedade e a necessidade de recorrer a profissionais de saúde para encontrar aquilo que um amigo ou familiar poderia dar: disponibilidade e atenção. (Phaneuf, 2005)

Porém, esta atitude também pode ser analisada de outro ponto de vista, louvando a atitude de recorrer aos sítios certos e às pessoas certas quando têm algum problema, porque também estava em causa a auto-medicação de SOS e a auto-suspensão de um antidepressivo com as implicações que isso traria.

Por outro lado a conjuntura económica cada vez mais apela a estas situações.

Esta experiência permitiu a aplicação de acontecimentos teóricos sobre farmacologia e desenvolvimento de competências na área da entrevista, comunicação, adaptação a situações imprevistas, recorrendo a conhecimentos mais aprofundados sobre o comportamento característico de pessoas com esta patologia, identificação dos recursos internos e externos da pessoa e orientá-la como podia fazer uso deles para melhorar o seu bem-estar. Houve o cuidado de encaminhar para o médico para rever a terapêutica (valorizando as queixas da utente). (Phaneuf, 2005; Stuart e Laraia, 2001).

Esta experiência foi uma oportunidade, de muitas, que ocorreram na consulta externa e que contribuíram para o desenvolvimento de competências no âmbito relacional e da actuação, com base em conhecimentos mais aprofundados nesta área de especialização.

BIBLIOGRAFIA:

PHANEUF, Margot – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência, 2005

STUART, Gail W.; LARAIA, Michele – Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática. 6ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2001

Anexo XIV

**REFLEXÃO CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E AUTO-
AVALIAÇÃO**

REFLEXÃO CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E AUTO-AVALIAÇÃO

A formação pós-licenciatura é escolhida e realizada de forma voluntária e interessada pelo aluno, com o intuito de aprofundar os seus conhecimentos, desenvolver novas competências e melhorar a sua prática. Esta busca pode passar por vários cursos de diferentes dimensões e com pesos diferentes. Neste caso, a formação na área da especialidade implica o desenvolvimento de várias competências que se irão refletir nas suas funções e no seu modo de actuação.

Do enfermeiro especialista espera-se um tipo de actuação, de enfermagem diferente, com o indivíduo, grupo e comunidade. Com base em conhecimentos teóricos aprofundados na sua área de especialização e que tenha uma capacidade de estabelecer prioridades nas intervenções e definem indicadores que lhe permitam avaliar de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde e introduzir as medidas correctivas julgadas necessárias.

O percurso pessoal e profissional deve incluir as experiências vivenciadas, conhecimentos adquiridos, aprofundados e actualizados a forma como se colocam em prática, em prol da excelência dos cuidados ao utente.

Para além disso, o enfermeiro especialista, deve responsabilizar-se pela área de enfermagem, por organizar e coordenar cuidados, pela formação em serviço, colaborar nos projectos de formação e incentivar a sua realização, assim como, deve ter em vista a realização e/ou colaboração em trabalhos de investigação em enfermagem, dando o seu contributo para a melhoria dos cuidados.

O enfermeiro tem uma vasta área de actuação visto englobar as funções do enfermeiro nível 1 e graduado.

Com esta formação, as competências adquiridas, neste estágio, não passaram por participar em qualquer investigação ou projecto de formação em serviço, no entanto, incidiram numa das mais importantes áreas: os cuidados directos ao utente.

Nos cuidados directos ao utente, grupo e família desenvolvi competências na área do relacionamento terapêutico, da comunicação, do diagnóstico da situação e de um planeamento de intervenções, respeitando a individualidade do Ser Humano, não descurando das suas crenças e culturas numa sociedade sem fronteiras.

O desenvolvimento destas competências teve por base um trabalho pessoal no sentido de aprofundar conhecimentos e reinterpretá-los com o objectivo de os inserir nos cuidados ao utente, fundamentar as escolhas e demonstrar os conhecimentos adquiridos através de informações sobre os diferentes temas.

Ainda neste contexto há a referir a participação no I Fórum de Saúde Mental, no qual converge os conhecimentos sobre a temática do stress, através da realização de um poster e de um artigo, permitindo demonstrar alguma capacidade em divulgar informações para um grupo profissional.

O espírito crítico construtivo quer dos problemas mais banais respeitantes aos cuidados dos utentes, quer ao papel e função do enfermeiro na UCCPO foi demonstrado através da incredulidade que me provocou ao perceber a importância e indispensabilidade que tem a terapia ocupacional, tanto na Área de Dia como no Hospital de Dia, baseado na programação semanal e o número de actividades dinamizadas pela terapeuta ocupacional, em detrimento da enfermagem.

Este estágio teve algumas situações imprevistas permitindo desenvolver capacidades para lidar com elas, quer no âmbito da concretização dos objectivos, quer no âmbito do relacionamento com o utente e aqui realço a consulta externa, como um importante local para melhorar, desenvolver e aperfeiçoar a capacidade de lidar com a imprevisibilidade e com as situações de vida mais complexas.

Como competências a desenvolver e melhorar, considero relevante a articulação de um discurso mais fundamentado, a realização de investigação na minha área de especialização, realizar formação em serviço e organizar por escrito as reflexões críticas que vou realizando em particular e na equipa de enfermagem e multidisciplinar.

Auto-avaliação

O início do estágio, como já foi referido, foi caracterizado por várias situações menos positivas, nomeadamente: a existência de vários estagiários dificultando o desenvolvimento de algumas das competências, o facto de não ter estado o enfermeiro de referência da Área de Dia atrasando a estruturação das sessões “Falar Saúde”, associado a um projecto muito vago e com objectivos pouco definidos.

Todas estas circunstâncias contribuíram para uma integração mais lenta para momentos menos produtivos enquanto aluna de mestrado de natureza profissional, causando-me sentimentos de angústia, mas ao mesmo tempo, motivação para alterar a situação e permitir o desenvolvimento das competências necessárias.

Foi um momento, em que eu sabia que podia fazer mais e melhor, do que o que eu estava a fazer e, por diversos motivos não estava a conseguir.

No entanto, essa situação alterou-se com a definição mais concreta dos objectivos e a partir daí foi notória a alteração da minha atitude, postura, empenhamento e dedicação às situações e actividades que me propunha fazer, demonstrando iniciativa e interesse.

No final do estágio, considero que desenvolvi algumas competências, cumprindo os objectivos propostos de estágio e auto-propostos com êxito. Houve um percurso com uma evolução notável, sendo de valorizar essa evolução como prova de que sou capaz de lidar com situações menos favoráveis e alterar o cenário de forma a chegar a bom porto.

A relação que consegui estabelecer com os utentes foi importante na adesão às actividades que dinamizei.

Por outro lado, foi importante ter optado por um tema único e interpelá-lo de diferentes maneiras e com diferentes dinâmicas de grupo, dando mais credibilidade às actividades.

As minhas intervenções, quaisquer que tenham sido os momentos, foram oportunas e pertinentes, isso também se verificou nas actividades dinamizadas e,

que foram preparadas com algum cuidado de maneira a apostar na qualidade das mesmas.

Anexo XV

**Reflexão Crítica sobre a produção científica dos enfermeiros
portugueses, no âmbito do alcoolismo**

Reflexão Crítica sobre a produção científica dos enfermeiros portugueses, no âmbito do alcoolismo

O conceito de alcoolismo-doença é, relativamente, recente, tendo surgido a partir do século XIX, com o desenvolvimento industrial.

A doença é sempre um estado de disfunção que assume uma forma característica. No caso do alcoolismo este tipo de definição torna-se bastante difícil. O termo alcoolismo tanto pode significar beber em demasia, contínua ou esporadicamente, ou de uma forma desorganizada, agravando queixas somáticas, psicológicas e sociais, o não poder deixar de beber, o que já implica uma situação de dependência.

Assim, o alcoolismo constitui uma doença caracterizada pela sua cronicidade e polipatologia, atingindo todos os órgãos e sistemas, todos os metabolismos e todas as funções. (Sequeira, 2006).

Porém, Berlote (1991, citado por Coutinho *et al*, 2003, pag.334) define o alcoolismo “um fenómeno humano complexo que pode e deve ser abordado de um ângulo médico, social, económico, moral, ético, entre outros. É um fenómeno complexo demais para ser considerado só doença, só vício ou só qualquer coisa”.

A Associação Portuguesa de Medicina de Adição (1992, citado por Nabais, 2005) refere o alcoolismo como uma doença primária, crónica, abrangendo factores ambientais, fisiológicos, psicológicos e genéticos que influenciam o seu desenvolvimento e manifestações. A doença é frequentemente progressiva e fatal. É caracterizada, contínua ou periodicamente, por: perda de controlo sobre o consumo de álcool, preocupação com o álcool como tóxico, uso do álcool apesar das consequências adversas e distorções do pensamento, nomeadamente a negação do problema”.

Ao nível da União Europeia (dos 15), Portugal é considerado o 2º país no qual cada indivíduo consome mais álcool. O único país que nos ultrapassa é o Luxemburgo,

no qual existem grandes comunidades de emigrantes portugueses. (Nunes e Pateiro, 2000)

Em Portugal, o consumo de álcool varia nos diferentes distritos.

Estas diferenças estão relacionadas com a densidade populacional de cada distrito, factores sócio-económicos, tradições culturais de determinada zona e concentração de pessoas de determinadas religiões, sendo que os judeus, asiáticos e protestantes conservadores consomem menos álcool do que os protestantes liberais e católicos.

No âmbito do Módulo II e III, que tiveram como população alvo utentes com Síndrome de Dependência de Álcool e, tendo em conta as informações anteriores, coloquei a questão: O que é que os enfermeiros Portugueses publicaram sobre o alcoolismo? E no âmbito do alcoolismo quais os assuntos?

Com base nisso foi feito um levantamento de todos os documentos, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), com a palavra álcool e/ou alcoolismo entre os períodos de 2000-2009, visando livros, revistas, teses de mestrado e doutoramento. A pesquisa realizou-se em Novembro de 2009.

O facto de ter optado pelos últimos 9 anos prende-se com as alterações no Curso de Enfermagem ter passado a licenciatura, a Interrupção dos Cursos de Especialização e que repercussões tiveram nesta área e, com o facto do Plano de Acção Contra o Alcoolismo ter entrado em vigor em 2000 e o qual recomenda a formação e investigação na área.

Após o levantamento dos documentos procedeu-se à verificação de cada livro e artigo, no sentido de perceber se o autor tinha a sua formação em Enfermagem e se se tratava de uma edição original portuguesa.

De entre 61 132 documentos e 230 títulos de revistas foram encontrados, na ESEL, 20 documentos que preencheram os critérios.

Paralelamente a isso, foi solicitado a lista de todos os estabelecimentos de ensino público e privado nos quais se lecciona o Curso de Enfermagem, ao Ministério da Ciência e do Ensino Superior.

Existem 41 escolas e foi realizada uma pesquisa através do acesso on-line das Bibliotecas, com o objectivo de encontrar teses de Mestrado e Doutoramento e Dissertações dos Cursos de Especialidade que se incluíssem nos critérios.

Das 41 escolas, 22 não tinham biblioteca on-line, ou tinha problemas informáticos, ou não tinha a base de dados da escola acessível.

Das restantes 19 escolas, apenas foi encontrado 1 tese de Mestrado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Assim, através deste método de levantamento de documentos, de um universo de 61 130 documentos e das 41 escolas que leccionam o curso, nos últimos nove anos apenas foram publicados 18 artigos, 2 teses de Mestrado e 1 Capítulo de um livro.

Relativamente à questão: “E no âmbito do alcoolismo quais os assuntos?” foi realizada uma listagem com base nas palavras-chaves sugeridas pelos autores.

A listagem conta com 40 palavras-chaves diferentes, e das quais sobressai: processo de enfermagem, prevenção, padrões de consumo, família, jovens, adolescência, dependência, toxicoddependência, factores de risco e cuidar.

Esta pesquisa tem as suas limitações, nomeadamente:

- Em metade das escolas não foi possível realizar uma pesquisa on-line;
- Nas 19 bibliotecas com acesso on-line não foi verificado se haviam outros documentos com as palavras-chave álcool e/ou alcoolismo para além do que foi pesquisado na ESEL;

- Os enfermeiros portugueses podem fazer a sua formação pós-graduada em outras instituições de ensino superior, que não sejam escolas de enfermagem/saúde. Desta forma, a pesquisa é dificultada sendo difícil a associação da licenciatura de base no trabalho desenvolvido, visto em nenhuma tese de Mestrado ou Doutoramento estar identificado as habilitações literárias do autor.

Estes documentos levam-me a questionar novamente: em 9 anos apenas se escreveram 21 publicações? Porquê? Será que o tema não é do agrado da generalidade dos enfermeiros? Será que não têm este tipo de doentes nos diferentes

serviços? Será que não se interessam pelo problema do alcoolismo e preferem ignorá-lo? Ou será que nem sequer veêm o alcoolismo como doença?

Todas estas questões davam uma nova pesquisa.

Na tentativa de responder às minhas questões, posso referir que dificilmente um enfermeiro não se cruze no seu local de trabalho com um doente com dependência ou abuso de álcool dada a elevada percentagem de pessoas e as consequências que dos consumos que levam a hospitalizações.

Hospitalizações essas quer por traumatismo na sequência de quedas/acidentes, quer por complicações orgânicas do alcoolismo.

Então porquê ignorar? Será que a maior parte dos enfermeiros ainda se justifica com os hábitos culturais para o consumo de álcool? Desconhecem que a doença já esteja descrita no DSM IV há alguns anos?

Ignorar os consumos de álcool é encobrir/ser cúmplice de uma dependência que compromete toda a adesão ao regime terapêutico, podendo constituir um problema e inviabilizar todo o trabalho enquanto enfermeiros.

De facto, em Portugal os hábitos culturais incentivam ao consumo, mas quando a sociedade se depara com um bebedor excessivo ou dependente de álcool, ignora-o e estigmatiza-o. O facto de encararem o excesso como algo moralmente errado, pode ser responsável por atribuir ao abuso/dependência de álcool, um carácter de voluntariedade, negando o alcoolismo como doença (Vargas e Labate, 2005¹).

Um estudo realizado no Brasil sobre a satisfação dos enfermeiros em trabalhar com doentes alcoólicos, refere que os enfermeiros caracterizavam estes doentes com adjectivos pejurativos, apenas dois dos 171 mencionaram trabalhar melhor com doentes alcoólicos do que com outros e cerca de 50% afirmou que se sentem desconfortáveis em prestar cuidados ao doente com abuso/dependência alcoólica.

As razões identificadas foram: falta de conhecimento, dificuldade em estabelecer uma relação terapêutica devido à falta de preparação técnica para lidar com a complexidade de factores envolvidos com o uso abusivo de álcool. (Vargas e Labate, 2005²).

Estas razões, quanto a mim, também se poderiam aplicar a Portugal.

É necessário, também, fazer este tipo de estudos e perceber o porquê do desinteresse nesta área? Como é que estão estruturadas as Licenciaturas em Enfermagem? Que carga horária contemplam para as dependências, em especial a do álcool?

Quando o Plano de Acção Contra o Alcoolismo de 2000, o Plano Nacional para a Resolução dos Problemas Ligados ao Álcool (2009-2012) recomenda que se faça investigação na área, com o objectivo de prestar melhores cuidados, porque razão a adesão é tão fraca?

Durante o levantamento feito, foram encontrados muitos documentos que abordam o alcoolismo, no entanto, foram escritos por médicos, psicólogos ou tratavam-se de traduções.

Luís e Lunetta (2005) realizaram uma pesquisa sobre o conhecimento produzido pela enfermagem Brasileira com o tema do álcool e outras drogas até 2004, utilizando bases de dados específicas. Dentro dos critérios escolhidos obtiveram 218 resumos, dos quais 4 antes de 1980, 12 na década de 80, 65 na década de 90 e 137 entre 2000 e 2004, tendo havido um aumento que corresponde a 62,8% de toda a produção.

Segundo este estudo a tendência é para aumentar a produção científica, será que podemos esperar isso dos enfermeiros portugueses?

Tal como é importante realizar as sessões de educação para a saúde e a sensibilização para as consequências do consumo de álcool na população em geral, é necessário sensibilizar os enfermeiros para cuidar do utente com uma visão holística, no sentido lato da palavra, e isso contempla identificar e incluir todos os seus problemas no plano de cuidados.

Não se pode ignorar os consumos e considerá-los como sociáveis, quando não o são. Estar a fazer isso é inviabilizar todo o plano de cuidados, a preparação para da alta, os ensinamentos realizados, a adesão a todo o regime terapêutico.

Os consumos tendem a ser progressivos, alterando as capacidades cognitivas e de discernimento, descurando o auto-cuidado, a saúde, o trabalho e as relações interpessoais.

Não se pode deixar de estudar e investigar novas formas de tratamento para uma doença que é transversal a várias classes sociais e que implica elevados custos (cuidados de saúde desde o pequeno traumatismo na face ao transplante hepático, absentismo, acidentes rodoviários).

Costa *et al* (2002) realizou um estudo não experimental descritivo que se realizou na consulta externa de primeira vez do Centro Regional e Alcoologia de Lisboa entre 1996 e 1999 e no qual foram procurar qual a incidências das cinco profissões, descritas pela literatura como as mais stressantes e de maior risco de alcoolismo: Medicina, Enfermagem, Advocacia, Ensino e Engenharia.

Dos 2569 utentes, 69 preencheram os requisitos: 45 Homens e 24 Mulheres. Dos quais: 9 eram médicos, 6 eram enfermeiros, 11 advogados, 16 eram professores e 2 engenheiros, havendo variações na percentagem de homens e mulheres nas diferentes profissões.

Neste estudo, de um universo de 2569 apenas 69 se enquadravam na amostra escolhida, mas quantos mais ainda não procuraram ajuda e dos quais não há registo?

Neste meu rol de perguntas retóricas, utilizei alguns artigos que me podessem elucidar e encontrar respostas às minhas perguntas, no entanto, alguns deles são trabalhos brasileiros, a razão para não utilizar trabalhos portugueses e que retratassem a nossa população de enfermeiros, foi porque são escassos ou encontram-se guardados para quem os fez ou não os há para os poder utilizar.

Anexo XVI

Esquema sequencial de intervenção

Esquema sequencial de intervenção

Fases	Nº de sessões
1. Fase Inicial a) Entrevista de colheita de dados b) Aplicação de Instrumentos de avaliação de ansiedade (STAI) e avaliação da forma como lida com os problemas (IRP).	1-2
2. Corpo da Intervenção a) Educação para a saúde: Doença: Alcoolismo b) Educação para a saúde: Estilos de vida saudáveis c) Treino de resolução de Problemas d) Sessão de relaxamento	1-2 1 2-3 1
3. Fase final a) Síntese da intervenção b) Aplicação de Instrumentos de avaliação de ansiedade (STAI) e avaliação da forma como lida com os problemas (IRP).	1
Total	7-10

Critérios:

- Indivíduos com problemas de alcoolismo
- Sem alterações da percepção ou do pensamento

Orientações:

- Intervenções individuais
- Duração: 30 a 60 minutos, durante 14 dias (tempo médio de internamento)
- Local: Serviço de Internamento
- No final de cada intervenção cada utente fica com uma pasta com documentos daquilo que foi abordado.

Vantagens deste modelo:

- O facto de se tratar de uma abordagem individual, tem uma maior eficácia no desenvolvimento de uma resposta adequada a cada indivíduo
- Intervenção em dois problemas característicos do doente alcoólico: a ansiedade e estratégias de coping

- Informação sobre a doença
- Promove a adesão ao regime terapêutico
- Proporciona outros conhecimentos que irão colaborar na abstinência e nas relações interpessoais após a alta.

1.A. Entrevista de colheita de dados

- Motivo do internamento
- Identificação
- História Pessoal
- História Psiquiátrica
- História Familiar

Com base no que é referido e visualizado realiza-se um levantamento de problemas

1.B Aplicação do STAI e IRP, porque são duas escalas validadas para a população portuguesa. O facto de escolher estes instrumentos prende-se com as características dos doentes alcoólicos: ansiedade e dificuldade em manter ou adoptar estratégias de coping.

Realiza-se uma avaliação: se os valores não revelarem ansiedade ou coping ineficaz reforça-se as estratégias utilizadas pelo doente; se revelarem alterações segue-se o modelo de intervenção.

2.A Educação para a saúde: Doença: Alcoolismo

- O que é o alcoolismo
- Abuso Vs dependência
- Fisiopatologia do alcoolismo
- Complicações
- Evolução da doença
- Tratamento
- Prognóstico

2.B Educação para a saúde: Estilos de Vida saudáveis

- Alimentação,
- Exercícios físico,
- Estratégias de relaxamento

2.C Treino de Resolução de problemas

Mediante a colheita de dados e problemas sugeridos pelo doente segue-se os passos para resolução de problemas:

1. Identificar o problema
2. Inventário de Soluções
3. Avaliar a vantagem e desvantagem de cada potencial solução
4. Escolher a “melhor” solução
5. Planear a implementação
6. Rever os resultados do processo

2.D. Sessão de relaxamento com o método progressivo de Jacobson

3. Síntese da intervenção, completa-se a pasta com documentos que não tenha, aplicação do STAI e IRP

Anexo XVII

Intervenção de Enfermagem com o Sr. G.

Intervenção terapêutica com o sr G

1	Entrevista de colheita de dados Identificação de problemas
2	Aplicação da escala de ansiedade estado-traço Intervenção de enfermagem na adesão terapêutica
3	Intervenção de enfermagem na adesão terapêutica, ensino sobre o processo de doença.
4	Validação dos conhecimentos adquiridos/aprofundados Avaliação da intervenção Reflexão da forma como lidou com a ansiedade num acontecimento de vida

História Clínica

Motivo de internamento:

O sr. G. é um utente do sexo masculino, 40 anos, solteiro, a residir sozinho, em Rio de Mouro e empreiteiro de construção civil na área do azulejo/mosaico.

Recorreu à Dra. Teresa Mota a solicitar internamento por consumos de álcool nos últimos 6 meses, progressivamente maiores, após um período de abstinência de 4 anos.

História Psiquiátrica

Utente com consumos de álcool acentuados desde os 21 anos de idade durante o cumprimento do serviço militar obrigatório, estes duraram até aos seus 36 anos, altura em que pediu ajuda e teve o seu primeiro internamento no Hospital Miguel Bombarda, na UTRA (Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoologia).

Após este internamento, teve um acompanhamento irregular, com fraca adesão à terapêutica, assim como, às consultas externas (segundo o sr. G. veio a três consultas nos últimos quatro anos).

De há seis meses para cá iniciou consumos. O utente atribui a vitória do FCP no campeonato como o primeiro dia que se excedeu. Desde aí os consumos têm vindo a aumentar e a afectar o seu desempenho laboral. O sr. G. identifica outra ocasião em que os consumo aumentaram consideravelmente – o dia três de Agosto (dia do seu aniversário), em consequência de um quadro de ansiedade e humor deprimido devido a uma relação afectiva que os sr G. idealizou, no entanto, ainda não se concretizou.

No dia 30 de Setembro recorre ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e solicita internamento.

História Familiar

O sr. G. é natural do Funchal, tendo vindo para continente com um ano de idade, para residir no Casal Ventoso e posteriormente em Alfama.

Pertence a uma fratria de cinco irmãos, com falecimento de uma irmã mais velha do que ele, aos três meses.

Actualmente tem quatro irmãos com idades: 43, 42, 38 e 30. De todos os irmãos apenas um não tem consumos de álcool.

A mãe era doméstica e foi-lhe diagnosticada Porfíria, posteriormente, ao diagnóstico iniciou consumos de álcool que foram aumentando gradualmente, de forma simulada, com agravamento após a saída dos filhos, de casa, e acabou por falecer em 1999, por Cirrose Hepática. O sr. G. caracteriza a mãe como carinhosa e afectiva com os filhos.

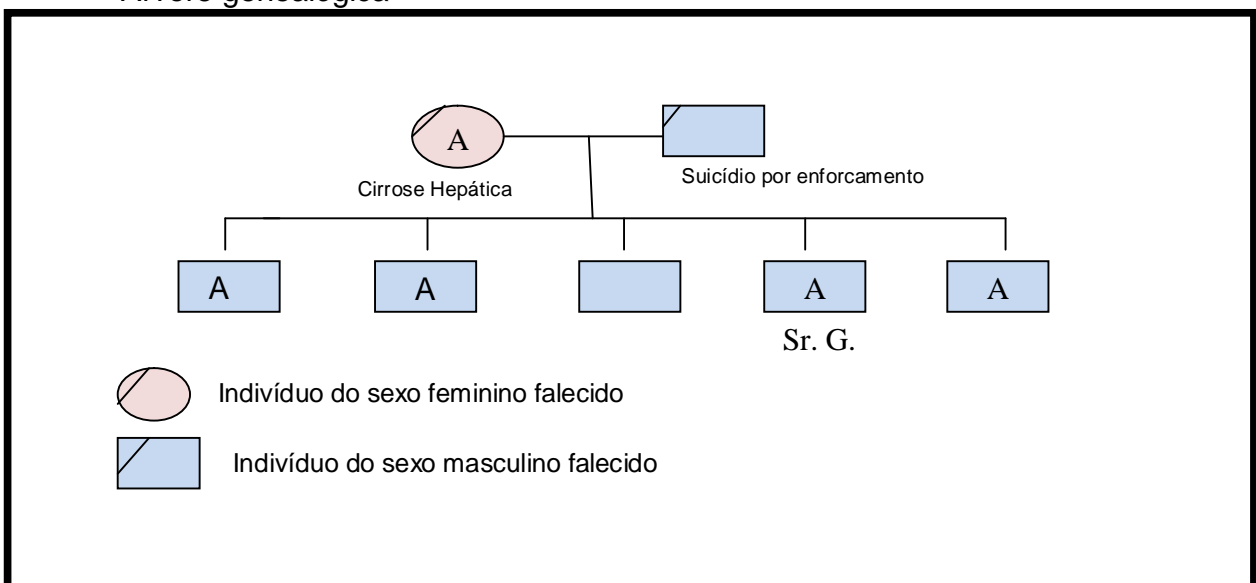
O pai era uma pessoa ausente e concentrado na responsabilidade de sustentar a família. O sr G. caracteriza o pai como pouco afectivo e indiferente. Cerca de um ano após a morte da esposa voltou a casar com uma senhora madeirense, um casamento abrupto e quase por encomenda, os filhos não conheciam a madrasta antes do casamento. Faleceu em 2004 por suicídio por enforcamento.

O sr. G. vivia até à data do segundo casamento em casa dos pais, tendo saído após o casamento.

Refere que grande parte da família: mãe, tios e os seus irmãos Têm hepatite à excepção dele e de outro irmão.

A família com quem tem mais contacto são os irmãos, dado a família alargada se encontrar na Madeira.

Árvore genealógica





Indivíduo do sexo masculino

História Pessoal

Nasceu a 3 de Agosto no Funchal

Caracteriza a sua infância e adolescência com poucos recursos económicos, mas feliz e muito marcada por brincar na rua. Revelou que a zona onde morava: casal ventoso era um local no qual se encontrava facilmente droga, mas nunca teve a tentação de experimentar, em parte, devido ao controlo da mãe.

Não quis adiantar outros pormenores sobre a sua infância.

Frequentou a escola até ao 9º ano.

Iniciou a sua actividade profissional após o serviço militar obrigatório (aos 21/22 anos) na área da construção civil – ladrilhador, sempre por conta própria. Emigrou por três vezes tendo trabalhado em França, Alemanha, Bélgica e Espanha. Há cerca de dois anos está em Portugal e com emprego estável.

A nível das relações afectivas refere que teve 2 a 3 namoradas e várias relações pontuais com recurso a prostitutas. Admite dificuldades relacionais com o sexo oposto. Não tem filhos.

Refere vários acidentes de viação devido a situações de embriaguez.

Teve uma cirurgia por ulcera gástrica e tem agendada outra devido a hemorróides no próximo mês.

Outras informações

Refere que se dá bem com a família, no entanto, tem um contacto muito superficial e mesmo esporádico. Informou que ia ser internado, mas não teve visita dos irmãos.

Pertence a dois grupos de snooker: 1 amador que se concentra em cafés e PUB's e outro que se concentra em competições organizadas pela federação no qual está federado. Inclusive solicitou Licença de Fim-de-semana para um campeonato importante cuja final se realizará em Las Vegas.

Tem um emprego no qual está submetido a várias pressões, caracterizado por haver momentos em que tem pouco trabalho, por outros de grande stress para cumprir prazos.

Em geral, os seus objectivos de vida caracterizam-se pelo oitenta e oitenta, ou tem tudo ou não tem nada.

Num primeiro contacto, em grupo, foi reservado e progressivamente foi ficando mais desinibido.

Em contexto de trabalho e nos seus hobbies encontra-se na presença de álcool e drogas, que segundo o sr. G., não influenciam ou prejudicam a sua abstinência. Refere ter consumos de tabaco e café muito acentuados.

Exame Mental

§ *Percepção*: Não foi apurada qualquer alteração da percepção, nomeadamente zoopsias (alterações frequentes no período de abstinência)

§ *Pensamento*: Não foi apurada actividade delirante, bloqueios de pensamento, perseveração ou ideação suicida.

§ *Discurso e linguagem*: fluente, coerente e organizado. Não apresenta alterações, nomeadamente, discurso sincopado.

§ Apresenta *insight* e *Juízo crítico*, apurado através do discurso e da própria solicitação de internamento.

§ *Humor*: ansioso

§ *Idade aparente*: inferior à idade real

§ *Actividade Motora*: alterada e caracterizada por alterações bruscas durante o discurso

§ *Atitude*: colaborante, interessada e motivada.

- § *Postura*: tem bom contacto e mantém contacto visual
- § *Morfologia*: leptossómica
- § *Atenção*: facilmente captável e não apresenta distractibilidade.
- § *Concentração*: mantida, sendo capaz de repetir o que lhe foi dito
- § *Vestuário e higiene*: apresentação descuidada na escolha das peças de vestuário.
- § *Orientação*: não apresenta alterações na orientação espaço-temporal e em relação à pessoa.
- § *Consciência*: vigil
- § *Memória*: mantida, não tendo sido apurada qualquer alteração mnésica retrógrada, recente ou imediata.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

1º Entrevista: colheita de dados

A primeira entrevista foi iniciada pela minha apresentação e dos objectivos gerais previstos para a intervenção, solicitação da colaboração e assegurando-lhe confidencialidade.

Esta entrevista foi caracterizada por várias técnicas que contribuíssem para uma relação terapêutica eficaz.

Foi realizada a colheita de dados com a realização da história clínica, o local na CP I, numa zona reservada que permitisse a privacidade do utente. Teve a duração de 30 min e contaram com a inteira colaboração do utente.

Foram colocadas as seguintes questões:

1. Qual o seu objectivo para este internamento?
2. O que o preocupa?
3. Que apoios acha que tem?
4. Como se caracteriza?
5. Quais os seus projectos?

O objectivo seria conhecer melhor os objectivos pessoais e os recursos internos e externos que o utente poderia recorrer para melhorar a situação em que se encontrava.

As repostas foram vagas e em certas situações não foram coincidentes com o que foi observado e referido durante a entrevista.

2ª Entrevista

No segundo momento, foram questionadas as mesmas perguntas oralmente e as respostas foram diferentes:

- o objectivo era o tratamento definitivo;
- o que o preocupa actualmente era um jogo importante que iria ter na sexta-feira e não sabia se ia ter licença de fim-de-semana;
- quanto aos apoios é uma pessoa solitária apesar de considerar ter dois amigos não os procura quando precisa, quando procura alguém prefere desconhecido e fá-lo poucas vezes;
- considera-se reservado e caracteriza-se acima de tudo uma pessoa de extremos e de ter um problema: quando bebe não sabe parar
- A nível de projectos pessoais: continuar o tratamento e definir a sua situação afectiva; a nível profissional conseguir manter as obras que tem a seu cargo.

Da colheita de dados identificaram-se vários focos de intervenção, no entanto, a intervenção prioritária e plausível de ser feita em internamento foi a adesão ao regime terapêutico.

No segundo momento foi abordada a questão da alta e reforçada a necessidade de cumprir terapêutica e de vir às consultas com a psicóloga e com a médica assistente, de modo a assegurar o sucesso do tratamento.

Por outro lado, foi feito um levantamento das razões pelas quais não tinha aderido à terapêutica da última vez. As razões apontadas pelo sr. G. incidiram na desorganização e, conseqüentemente, no esquecimento. Referiu que a terapêutica

andava pela mala de ferramentas, deixava-a no carro vários dias e quando a conseguia encontrar estava semi-derretida, tinha medicação em vários sítios, entre outras...

Em conjunto com sr G foram debatidas várias hipóteses para contornar a situação e das várias estratégias a mais adequada e exequível foi utilizar uma caixa de medicamentos pequena com a terapêutica da manhã e do almoço.

Foi sugerida que as caixas da medicação ficassem sempre em casa e, para cada dia colocasse numa caixa pequenas, com vários compartimentos e que andasse sempre com ela.

Outro dos problemas era o esquecimento. O sr. G. até podia fazer a caixa com a medicação mas depois esquecer de os tomar às horas certas. Foram dadas várias sugestões sem qualquer adesão por parte do utente, no entanto, o sr G identificou um objecto que o acompanha sempre: a chave do carro. Foi sugerido que colocasse a caixa da medicação fixa ao porta-chaves do carro.

Levantamento do problema susceptível de ser trabalhado: **Adesão terapêutica**, recurso escolhido: caixa de medicamentos pequena; estratégia: fixá-la às chaves do carro; planificou-se a solução na medida em que o utente ia falar como irmão para arranjar uma caixa, a avaliação ocorreu no última entrevista.

Foi utilizado a técnica de resolução de problemas para, em colaboração como sr G, encontrar a solução adequada.

Tendo em conta que o sr G apresenta humor ansioso foi-lhe proposto preencher a escala STAI Forma Y 1 e 2, que é uma escala validada pelo prof Danilo Silva para a população portuguesa e que visa avaliar a ansiedade-traço (STAI Forma Y-1) e a ansiedade-estado (STAI Forma Y-2). O Objectivo da aplicação deste instrumento é de fazer um diagnóstico relativamente à ansiedade como traço de personalidade e à ansiedade como estado actual.

No final da intervenção será novamente preenchido o STAI ansiedade-traço no sentido de perceber se esta intervenção, que consistirá em: conhecer a sua doença desde a fisiopatologia a complicações de ordem física e social; a sua terapêutica: indicações, vantagens e desvantagens de a fazer, contribuíram para a diminuição da ansiedade-estado.

Não é viável a aplicação da STAI Forma Y-2 devido a tratar-se uma intervenção breve, limitada ao tempo de internamento, com duração de uma semana.

Tanto a ansiedade-traço como a ansiedade são constituídos por 20 perguntas que cotam de 1 a 4. Assim, o mínimo é 20 e o máximo 80. Quanto menor for o valor menor o *score* de ansiedade.

Da análise feita aos questionários: a ansiedade-traço revelou um valor de 42 e a ansiedade-estado 45.

3º Entrevista

Esta intervenção incidiu na identificação de vantagens e desvantagens da adesão ao regime terapêutica, informar sobre qual a terapêutica está a fazer, quais os seus objectivos e informação sobre o alcoolismo, incidindo nas complicações físicas, sociais e que implicam.

A abordagem terapêutica teve por base partir do que o utente sabia para aprofundar conhecimentos, desmitificar falsas ideias e dar a conhecer outras informações.

A abordagem começou com o utente a verbalizar o que considerava ser o alcoolismo. Ele referiu que era uma doença crónica com implicações no fígado e apresentou o exemplo da mãe que tinha falecido com cirrose hepática e só, recentemente, é que sabia o que isso significava.

Com base nisso completou-se com a ideia de que o álcool é uma droga socialmente aceite e disponível, no entanto, não deixa de o ser...

Foi apresentada uma folha com estas informações e um quadro no qual estavam sistematizadas as complicações por sistema. Foi explicado o significado dos termos mais técnicos.

Nas complicações, os temas mais abordados foram relacionados com problemas hepáticos, com apresentação de imagens de fígados com o problema e a explanação do que era a esteatose, a cirrose hepática e a hepatite.

O momento foi interactivo com o utente a realizar várias perguntas e com expressão facial de preocupação, demonstrando que não tinha consciência das

verdadeiras consequências do alcoolismo e a associar ideias sobre os problemas de saúde dos irmãos e a revê-los em si próprio.

Durante o discurso, o sr. G., refere que teve uma cirurgia ao estômago por uma úlcera. Nessa altura questionei como é que ele achava que aquela úlcera tinha surgido. Respondeu que poderia ter sido pela alimentação descuidada ou por uma bactéria. Nessa altura sugeri se a alimentação descuidada não era devido aos consumos excessivos de álcool e se a úlcera também não poderia ser uma consequência desses consumos. De início houve a negação, no entanto, acabou por concordar que poderia ser ... Antes da cirurgia permanecia mais tempo a beber e a alimentação era quase inexistente. Aproveitando o assunto cirurgia falou-se na próxima cirurgia que será no próximo mês e reforçou-se a importância da abstinência e na necessidade de tomar a medicação queira ajudar nos sintomas de abstinência e em diminuir a vontade de voltar a consumir.

A primeira fase que consideraria de apreensão devido ao estado de atenção, questões colocadas e o silêncio reflexivo.

Durante esta parte foi reforçada a abstinência como um estado importante para concretizar os seus projectos de vida e melhorar o seu bem-estar físico e psicológico, de maneira a conseguir gerir as dificuldades do seu dia-a-dia, o álcool não é opção para esses momentos por ser um mau amigo, com mais consequências do que benefícios.

A segunda fase seria considerar a terapêutica como um diminuir a vontade de ingerir bebidas alcoólicas e restabelecer vitaminas que se encontram em deficit para melhorar o seu bem-estar.

Quando se começou a abordar este assunto da terapêutica, o sr. G. demonstrou um discurso reflexivo dos assuntos abordados na segunda entrevista e demonstrou interesse e disponibilidade em encontrar estratégias que melhorem a sua adesão à terapêutica.

Para trabalhar este tema foram feitas duas folhas A4 em sistema de cartão, com o tema: terapêutica. No interior, um deles apresentava as vantagens e desvantagens da adesão terapêutica ajustada ao que o sr G. já tinha referido, os objectivos da

terapêutica e o nome dos medicamentos. O outro seria idêntico, mas teria de ser o sr G. a reflectir sobre as vantagens e desvantagens de tomar ou não a terapêutica.

O discurso do sr G começou por reconhecer que a toma da medicação tinha vantagens, mas tinha dificuldade em cumpri-las.

Num outro momento referiu que os efeitos da medicação eram relativos porque se ele disser a ele próprio que não bebe, a sua força de vontade é suficiente. Foi contra-argumentado que não se pode basear apenas na sua força de vontade porque existem deficits físicos que o álcool provoca e que podem ultrapassar, simplesmente, a sua força de vontade.

Como vantagem da adesão terapêutica, o utente referiu que o iria obrigar a tomar um pequeno-almoço mais cuidado e, como desvantagem, o facto de andar sempre com os comprimidos e não saber onde os deixar. Nessa altura foi reforçada novamente um dos recursos a utilizar: a caixa da medicação.

Nessa sequência foram mostradas as vantagens e desvantagens realizadas por mim com base naquilo que o utente já verbalizou e com as quais o utente concordou.

Esta abordagem terminou com a apresentação do nome dos fármacos que faz no internamento e a sua regularidade. Com grande probabilidade irá ser a terapêutica no domicílio.

O sr G questionou com interesse cada um dos medicamentos e qual o seu objectivo. Foi explicado em linguagem perceptível, reforçando a sua importância e a consequência de não o fazer, sendo o mais evidente – o elevado risco de recaída.

4º Entrevista

O sr G descreveu a sua licença de fim-de-semana. Na sexta feira realizou a sua primeiro confronto com a realidade: ver a senhora com quem tem o impasse relacional. Tendo em conta com não houve alterações durante o seu internamento, o sr G, lidou com a situação de uma forma pacífica e refere que não vai perder mais tempo. Está a tentar ultrapassar a situação com reformulação de pensamento e concentrar-se em outros objectivos, nomeadamente no novo trabalho que aceitou.

Quanto ao jogo de snooker, perdeu contra um adversário que, segundo ele, era mais fraco. Isso causou-lhe sentimentos de frustração e contribuiu para diminuição da auto-estima, no entanto, o utente utilizou a mesma estratégia: reestruturação do pensamento fazendo uma análise dos aspectos positivos e negativos. Refere não ter tido qualquer vontade de beber, embora o ambiente fosse propício.

Durante a licença cumpriu terapêutica e tomou a iniciativa de falar com a cunhada sobre a caixa da medicação, esta ficou de lhe arranjar uma para o domicílio em tamanho maior e outra para andar com ele. Esta atitude demonstra que o sr G começou o processo de implementação da solução mais adequada para conseguir aderir à terapêutica. Nesta sequência, foram mostradas imagens de possíveis caixas, retiradas da internet.

No fim-de-semana encontrou como estratégia, para evitar a solidão e o confronto com certas pessoas, visitar os irmãos e sobrinhos, mantendo-se ocupado e acompanhado o sábado e domingo.

Foi feita uma validação dos conhecimentos abordados no 3º entrevista e reforçado a complicação que mais o preocupa: a hepatite. Foram explicadas as várias hepatites, formas de transmissão e tratamento. No esclarecimento das hepatites foi-lhe fornecido um quadro com a informação resumida e a negrito a hepatite B e C (as mais frequentes).

A intervenção terminou como preenchimento do STAI ansiedade-traço que revelou um *score* de 43, ligeiramente superior ao anterior.

A interpretação deste valor pode sugerir: a informação sobre a doença e a técnica de resolução de problemas na adesão terapêutica não influenciou o nível de ansiedade, existem outros factores que não foram abordados e que contribuem para este valor ou o facto de ter alta daí a poucas horas ser um factor de ansiedade.

A avaliação de toda a intervenção terá repercussões a curto e médio prazo com a adesão às consultas de psicologia e médicas e à terapêutica, no entanto, pode-se considerar que teve um sucesso relativo, dado que no dia a seguir à alta recorreu à Área de Dia devido a um problema na receita que impossibilitava de ter a terapêutica

com participação. Esta atitude demonstrou preocupação e interesse, tendo em conta a distância do domicílio até ao Centro Hospitalar Psiquiátrico, o sr G poderia ter optado por simplesmente não comprar a medicação.

Conclusão:

Na intervenção como sr G foi feita uma avaliação inicial, na qual foi identificado um foco de actuação: a adesão terapêutica. As intervenções delineadas para realizaram-se com base nos passos da resolução de problemas: definição do problema, inventário de soluções, escolha da solução, planificação e implementação da acção e avaliação.

Paralelamente foi feito uma avaliação da ansiedade-traço e ansiedade-estado do sr G e reavaliação da ansiedade-estado no último dia do internamento. Este diagnóstico foi realizado com base num instrumento validado para a população portuguesa.

Foram debatidas estratégias para resolução dos seus problemas e incentivado a ter um método para o fazer.

Foram dadas informações sobre a sua doença favorecendo os seus conhecimentos e a consciência das consequências da mesma.

Para isso foi necessário, também, um aprofundamento dos conhecimentos, do enf^o nesta área e adequá-los às capacidades cognitivas do sr G, utilizando vários recursos e com base nos conhecimentos que ele já tinha. No final foi-lhe dado uma pasta com as informações abordadas.

Esta intervenção permitiu desenvolver competências na intervenção de enfermagem adequadas a uma formação académica avançada, através de planos de cuidados nos quais se priorizou as intervenções possíveis de serem realizadas no período de internamento.

Plano de Cuidados

Diagnóstico	Objectivo	Intervenção	Avaliação
Risco de uso de álcool	Manter a	<ul style="list-style-type: none">• Executar sessão de educação	Utente mantém-se

	abstinência	<p>para a saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a adesão ao regime terapêutico • Executar treino de competências sociais • Ensinar sobre o processo de doença • Executar treino de resolução de problemas. <p>IRP: 128</p>	<p>abstinente e valoriza a importância na adesão ao regime terapêutico, demonstrado por duas idas ao hospital com o propósito de resolver assuntos relacionados com receitas e terapêutica e aceitou acompanhamento médico e psicológico.</p> <p>IRP: 143</p>
Ansiedade elevada	Diminuir o nível de ansiedade para diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir ambiente físico • Executar técnica de relaxamento progressivo • Assistir no sono • Diminuir a ansiedade • Ensinar sobre procedimento/ tratamento • Orientar por antecipação a situação de crise <p>STAI – ansiedade-traço:45 Ansiedade-estado:42</p>	<p>Apesar de manter humor ansioso, não apresenta alterações na actividade motora nem alteração do padrão do sono.</p> <p>STAI – ansiedade-estado:43</p>

Durante a intervenção foi criada uma pasta com documentos que foram utilizados para esclarecer ou sintetizar informação. Os documentos fornecidos foram:

Doc 1 – Imagens de fígados com alterações hepática devido ao alcoolismo

Doc 2 – Tabela das complicações do alcoolismo

Doc. 3 – Vantagens/desvantagens da adesão à terapêutica

Doc 4 – Sistematização da informação sobre hepatites

DOC 5 – Caixas de medicamentos

Anexo XVIII

Sessões de Relaxamento

Planificação da sessão

Tema: Relaxamento

Local: Área de Dia da UTRA

Data: 10 de Dezembro de 2009

Duração: 60 min

População alvo: utentes da Área de dia

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Método: Activo e demonstrativo.

Material: colchões, bola, CD musica, rádio/computador

Objectivo geral: Promover as relações interpessoais e a coesão do grupo

Induzir o relaxamento através da técnica progressiva de Jacobson

Jogo 1 – Objectivo: Promover a relação interpessoal através da comunicação verbal e não verbal, apresentação de novos elementos, actividade “quebra-gelo”.

Jogo 2 – Objectivo geral: Marcar pontos na equipa adversária.

Objectivo específico: Promover a relação interpessoal, promover a coesão do grupo recorrendo a um grupo mais pequeno, treinar a assertividade e observar o papel de cada utente no seio do grupo/equipa mais restrito. Enquadrar as dinâmicas de grupo no contexto da reabilitação e relacionar a sua importância com o comportamento dos utentes em outros grupos (família, trabalho, amigos).

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentar da actividade e dos seus objectivos a novos elementos do grupo. Solicitar a sua colaboração.	2 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Aquecimento das articulações• Realização de alongamentos	5 min 5 min

	<ul style="list-style-type: none"> • Dinâmica de grupo: Jogo 1 – Solicitar que deambulem pela sala e olhem directamente nos olhos uns dos outros, cerca de 30 seg depois vão dizendo o próprio nome por quem passam. O jogo 2 – Dividir os utentes em 2 grupo, utilizando como critério 2 características predominantes (cor da roupa, cor do calçado, cor dos olhos ou do cabelo). Após a realização dos 2 grupo informar sobre as regras básicas de um jogo de voléi e convidar as duas equipas a organizarem-se para jogar. Ganha quem marcar mais pontos num período de 15 min. No caso de haver número ímpar – criar a figura do arbitro. • Relaxamento muscular progressivo 	2 min 13 min 26 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha das dificuldades e experiências sentidas durante o relaxamento. 	7 min
Avaliação	<p>A participação nas dinâmicas de grupo propostas é feita de uma forma tímida, sendo necessário estimular e incentivar a participação.</p> <p>O jogo de voléi teve maior adesão, no entanto, verificou-se alguma dificuldade em organizarem-se enquanto equipa e falta de coesão no grupo.</p> <p>Durante o relaxamento progressivo houve estímulos externos incontornáveis e que dificultam, o utente, a atingir o objectivo geral, nomeadamente: passagem de aviões, ruídos no exterior do pavilhão e/ou entrada de pessoas na Área de Dia.</p>	

Bibliografia: Manes, Sabina – 83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupo. 6ª edição. Lisboa: Paulus; Masson, Suzanne – Os relaxamentos. S. Paulo: Editora Manole, 1986; Payne, Rosemary A. – Técnicas de Relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde. 2ª edição. Loures: Lusociência, 2003

Guião para a sessão de relaxamento

Coloquem-se deitados de barriga para cima

Estiquem os braços ao longo do corpo

Fechem os olhos

Quero que dirijam a vossa atenção para a respiração

Respirem lentamente, deixando ao ar entrar pelo nariz chega aos pulmões E sair pela boca suavemente.

Quando eu disser agora, vão respirar lentamente, fazendo uma inspiração profunda e uma expiração. Agora... inspiram E... expiram

Retomem o ritmo de respiração natural: calmo, lento, descontraído

Mantenham os braços esticados ao longo do corpo...

Fechem a mão direita contraíam a mão com força... força

Agora relaxem... abram a mão ... afastem os dedos ... sintam a onda de relaxamento nos braços

Agora empurrem o cotovelo direito contra o chão com força... força

Agora relaxem....

Mantenham os braços esticados ao longo do corpo...

Fechem a mão esquerda contraíam a mão com força... força

Agora relaxem... abram a mão ... afastem os dedos ... sintam a onda de relaxamento nos braços

Agora empurrem o cotovelo esquerdo contra o chão com força... força

Agora relaxem....

Vamos esticar as pernas....

Puxem a ponta do pé direito para a cabeça com força ... força

Agora aliviem essa tensão...

Empurrem o joelho direito contra o chão com força... força

Agora relaxem...

Agora empurrem a anca direita contra o chão com força ... força

Agora aliviem essa tensão.... Sintam a onda de relaxamento

Puxem a ponta do pé esquerdo para a cabeça com força ... força

Agora aliviem essa tensão...

Empurrem o joelho esquerdo contra o chão com força... força

Agora relaxem...

Agora empurrem a anca esquerda contra o chão com força ... força

Agora aliviem essa tensão.... Coloquem as pernas e os pés moles e..... Sintam a onda de relaxamento.

Agora puxe o abdómen para dentro com força...

Aliviem essa tensão....

Alongue a coluna, arqueando ligeiramente as costas com força

Agora relaxem

Agora contraiam os músculos do pescoço ... encolhendo os ombros com força... força

Relaxem ... deixem cair os ombros sintam uma onda de relaxamento espalhar-se pelo corpo

Empurrem a cabeça contra a almofada com força... força

Agora relaxem

Agora dirijam a vossa atenção para os músculos da face...

Sintam a face e os olhos

Contraíam os olhos com força.... Aliviem a tensão.

Cerrem os lábios com força força

Aliviem essa tensão

Cerrem os dentes com força força

Agora relaxem

Erga as sobrancelhas com força força

Aliviem essa tensão

Mantenhm os braços ao longo do corpo.... As pernas esticadas E empurrem o corpo todo contra o chão agora.... Com força.... Força...

Agora relaxem

Quero que dirijam a vossa atenção para a respiração

Respirem lentamente, deixando ao ar entrar pelo nariz chega aos pulmões E sair pela boca suavemente.

Quando eu disser agora, vão respirar lentamente, fazendo uma inspiração profunda e uma expiração. Agora... inspiram E... expiram

Ao expirarem é como se deitassem para fora todas as tensões e preocupações... estão calmos...descontraídos... repousados... sentem-se em paz... estão em paz... em paz... em paz...

Explore as vossas imaginação em busca de uma situação agradável ... te de ser uma situação agradável... que vos dê bem-estar... que vos faça sentir bem....

Continuem em busca ou mantenham-se na situação agradável, onde se sentem bem...

Vão agora colorir essa situação com todos os pormenores possíveis... os cheirosas cores....as pessoas presentes....os gestos....as expressões... os diálogos....os objectos

O importante é preencherem essa situação com o máximo de pormenores... vivam intensamente essa situação de bem-estar... é agradável... sentem-se bem... em paz.. tranquilos

Vão agora aprisionar a vossa situação, encerrando-a na vossa mão direita, fechando a mão, levando a que a situação fique presa a vós.

Continuem a percorrer a situação agradável como se fosse um filme ... vejam todos os pormenores ... vejam como participam nessa situação com agrado... que vos dá bem estar... tranquilidade..

Vão agora abrir calmamente a vossa mãos, mantendo o visionamento da vossa situação e verificam que, após abrir a mão, a situação permanece na vossa memória... permanece presente... é a vossa situação agradável... é um recurso que é vosso, ao qual poderão recorrer sempre que necessitem, pois permanece dentro de vós ...é só vosso

Sentem-se bem, calmos, tranquilos ... é com essa sensação que vão manter os olhos fechados e mexer a cabeça, as mãos, os pés

Vão abrir os olhos lentamente.... Tomar consciência da sala....

Podem levantar lentamente

Planificação da sessão

Tema: Relaxamento

Local: Área de Dia da UTRA

Data: 15 de Dezembro de 2009

Duração: 60 min

População alvo: utentes da Área de dia

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Método: Activo e demonstrativo.

Material: colchões, bola, CD musica, rádio/computador

Objectivo geral: Promover as relações interpessoais e a coesão do

grupo

Induzir o relaxamento através da técnica progressiva de Jacobson

Jogo 1 – Objectivo: Promover a relação interpessoal através da comunicação verbal e não verbal, apresentação de novos elementos, treino de memória.

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentar da actividade e dos seus objectivos a novos elementos do grupo. Solicitar a sua colaboração.	2 min
Desenvolvimento	• Aquecimento das articulações	5 min
	• Realização de alongamentos	5 min
	• Dinâmica de grupo: Jogo 1 – Colocar todos os utentes em circulo e solicitar que passem a bola a outro elemento do grupo. A bola tem que passar por todos 4 vezes: 1. Diz o próprio nome e lança a bola para outra pessoas; 2. Diz o nome de uma pessoa no grupo e lança-lhe a bola;	15 min

	<p>3. Diz o próprio nome e uma característica e lança a bola para outra pessoa;</p> <p>4. Diz o nome e a característica de uma pessoa no grupo e lança-lhe a bola.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaxamento muscular progressivo 	28 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha das dificuldades e experiências sentidas durante o relaxamento. 	5 min
Avaliação	<p>Os utentes aderiram à dinâmica de grupo com interesse.</p> <p>Tiveram alguma dificuldade no segundo passo da dinâmica, porque havia muitos elementos novos e não conseguiram decorar os nomes de todos.</p> <p>Relativamente à característica, em geral, escolheram algo vago como o clube de futebol ou não conseguindo expor algo mais personalizado.</p> <p>Tendo em conta o elevado numero de participantes nesta actividade, houve dificuldade em executar o 4º passo, no entanto, havia utentes mais atentos e que conseguiam colaborar.</p> <p>No relaxamento progressivo de Jacobson, um dos utentes apresentou tremores generalizadas provocados pelo que foi solicitado, tendo sido feita uma avaliação, análise e partilha desse utente em particular, no final.</p>	

Bibliografia:

Manes, Sabina – 83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupo. 6ª edição. Lisboa: Paulus

Masson, Suzanne – Os relaxamentos. S. Paulo: Editora Manole, 1986

Payne, Rosemary A. – Técnicas de Relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde. 2ª edição. Loures: Lusociência, 2003.

Guião para a sessão de relaxamento

Coloquem-se deitados de barriga para cima

Estiquem os braços ao longo do corpo

Fechem os olhos

Quero que dirijam a vossa atenção para a respiração

Respirem lentamente, deixando ao ar entrar pelo nariz chega aos pulmões E sair pela boca suavemente.

Quando eu disser agora, vão respirar lentamente, fazendo uma inspiração profunda e uma expiração. Agora... inspiram E... expiram

Retomem o ritmo de respiração natural: calmo, lento, descontraído

Mantenham os braços esticados ao longo do corpo...

Fechem a mão direita contraíam a mão com força... força

Agora relaxem... abram a mão ... afastem os dedos ... sintam a onda de relaxamento nos braços

Agora empurrem o cotovelo direito contra o chão com força... força

Agora relaxem....

Mantenham os braços esticados ao longo do corpo...

Fechem a mão esquerda contraíam a mão com força... força

Agora relaxem... abram a mão ... afastem os dedos ... sintam a onda de relaxamento nos braços

Agora empurrem o cotovelo esquerdo contra o chão com força... força

Agora relaxem....

Vamos esticar as pernas....

Puxem a ponta do pé direito para a cabeça com força ... força

Agora aliviem essa tensão...

Empurrem o joelho direito contra o chão com força... força

Agora relaxem...

Agora empurrem a anca direita contra o chão com força ... força

Agora aliviem essa tensão.... Sintam a onda de relaxamento

Puxem a ponta do pé esquerdo para a cabeça com força ... força

Agora aliviem essa tensão...

Empurrem o joelho esquerdo contra o chão com força... força

Agora relaxem...

Agora empurrem a anca esquerda contra o chão com força ... força

Agora aliviem essa tensão.... Coloquem as pernas e os pés moles e..... Sintam a onda de relaxamento.

Agora puxe o abdómen para dentro com força...

Aliviem essa tensão....

Alongue a coluna, arqueando ligeiramente as costas com força

Agora relaxem

Agora contraiam os músculos do pescoço ... encolhendo os ombros com força... força

Relaxem ... deixem cair os ombros sintam uma onda de relaxamento espalhar-se pelo corpo

Empurrem a cabeça contra a almofada com força... força

Agora relaxem

Agora dirijam a vossa atenção para os músculos da face...

Sintam a face e os olhos

Contraíam os olhos com força.... Aliviem a tensão.

Cerrem os lábios com força força

Aliviem essa tensão

Cerrem os dentes com força força

Agora relaxem

Erga as sobrancelhas com força força

Aliviem essa tensão

Mantenhm os braços ao longo do corpo.... As pernas esticadas E empurrem o corpo todo contra o chão agora.... Com força.... Força...

Agora relaxem

Quero que dirijam a vossa atenção para a respiração

Respirem lentamente, deixando ao ar entrar pelo nariz chega aos pulmões E sair pela boca suavemente.

Quando eu disser agora, vão respirar lentamente, fazendo uma inspiração profunda e uma expiração. Agora... inspiram E... expiram

Ao expirarem é como se deitassem para fora todas as tensões e preocupações... estão calmos...descontraídos... repousados... sentem-se em paz... estão em paz... em paz... em paz...

Explore as vossas imaginação em busca de um local agradável ... te de ser um local agradável... que vos dê bem-estar... que vos faça sentir bem....

Continuem em busca ou mantenham-se no local agradável, onde se sentem bem...

Vão agora escolher uma pessoa que vos acompanhe numa caminhada... será apenas uma pessoa..... já escolheram essa pessoa e vã começar uma caminhada Deorem a vossa paisagem com todos os pormenores possíveis ... os cheiros as cores.... os gestos....as expressões... os diálogos....os objectos.

O importante é preencherem essa situação com o máximo de pormenores... vivam intensamente essa situação de bem-estar é ... agradável... sentem-se bem... em paz.. tranquilos.

Durante a caminhada vão identificar as características positivas de quem tem ao lado, as suas virtudes Cada passo que dão vão dizer-lhe todas as características positivas que se recordam.... Sentem-se bem.... Aliviados conseguiram transmitir aquilo que pensavam, ... conseguiram dizer-lhe o que mais gostavam na pessoa que esta ao vosso lado.... Sentem-se bem... vão agora despedir-se

Vão agora aprisionar a vossa situação, encerrando-a na vossa mão direita, fechando a mão, levando a que a situação fique presa a vós.

Continuem a percorrer a situação agradável como se fosse um filme ... vejam todos os pormenores ... vejam como participam nessa situação com agrado... que vos dá bem estar... tranquilidade... calmamente vão-se afastando com um sorriso....

Mantenham o visionamnto do local que escolheram... estão gora sozinhos, mas sentem-se bem ... tranquilos Calmos.... É com essa sensação que vão manter os olhos fechados e mexer a cabeça, as mãos, os pés

Vão abrir os olhos lentamente.... Tomar consciência da sala....

Podem levantar lentamente

Planificação da sessão

Tema: Relaxamento

Local: Área de Dia da UTRA

Data: 7 de Janeiro de 2010

Duração: 60 min

População alvo: utentes da Área de dia

Formadores: Enfª Carla Ventura

Método: Activo e demonstrativo.

Material: colchões, bola, CD musica, rádio/computador

Objectivo geral: Promover as relações interpessoais e a coesão do grupo

Induzir o relaxamento através da técnica progressiva de Jacobson

Jogo 1 – Objectivo: Promover a relação interpessoal e a coesão do grupo.

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentar da actividade e dos seus objectivos a novos elementos do grupo. Solicitar a sua colaboração.	2 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Aquecimento das articulações• Realização de alongamentos• Dinâmica de grupo: Jogo 1 – De uma forma aleatória escolhe-se 2 pessoas e essas vão escolher os elementos da sua equipa, de uma forma alternada. Após a constituição das equipas, estas vão jogar uma contra a outra o objectivo é não deixarem cair o balão no território deles. A linha mediana é constituída por cadeiras.	5 min 5 min 15 min

	<p>Na segunda parte serão retiradas cadeiras e deixa de existir equipas diferentes, passa a ser uma única equipa e terão de manter o balão no ar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaxamento muscular progressivo 	28 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha das dificuldades e experiências sentidas durante o relaxamento. 	5 min
Avaliação	<p>Os utentes aderiram à dinâmica de grupo com interesse, motivação e entusiasmo. O facto de se utilizar um balão dificulta a actividade, exigindo uma maior capacidade de organização e de coesão da equipa para atingir os objectivos.</p> <p>Relativamente à segunda parte da dinâmica, o grupo demonstrou algumas dificuldades de organização, tendo o balão tocado no chão mais vezes ao contrário do que aconteceu no grupo mais pequeno.</p> <p>No final da dinâmica relacionou-se este jogo com a vida quotidiana e intervenção de cada nos grupos que existem na sociedade e quais as alterações que o alcoolismo acarretou.</p> <p>O relaxamento apresentou alguns estímulos externos incontornáveis e que dificultaram, o utente, a atingir o objectivo geral, nomeadamente: passagem de aviões, ruídos no exterior do pavilhão.</p>	

Bibliografia:

Manes, Sabina – 83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupo. 6ª edição. Lisboa: Paulus

Masson, Suzanne – Os relaxamentos. S. Paulo: Editora Manole, 1986

Payne, Rosemary A. – Técnicas de Relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde. 2ª edição. Loures: Lusociência, 2003.

Guião para a sessão de relaxamento

Coloquem-se deitados de barriga para cima

Estiquem os braços ao longo do corpo

Fechem os olhos

Quero que dirijam a vossa atenção para a respiração

Respirem lentamente, deixando ao ar entrar pelo nariz chega aos pulmões E sair pela boca suavemente.

Quando eu disser agora, vão respirar lentamente, fazendo uma inspiração profunda e uma expiração. Agora... inspiram E... expiram

Retomem o ritmo de respiração natural: calmo, lento, descontraído

Mantenham os braços esticados ao longo do corpo...

Fechem a mão direita contraíam a mão com força... força

Agora relaxem... abram a mão ... afastem os dedos ... sintam a onda de relaxamento nos braços

Agora empurrem o cotovelo direito contra o chão com força... força

Agora relaxem....

Mantenham os braços esticados ao longo do corpo...

Fechem a mão esquerda contraíam a mão com força... força

Agora relaxem... abram a mão ... afastem os dedos ... sintam a onda de relaxamento nos braços

Agora empurrem o cotovelo esquerdo contra o chão com força... força

Agora relaxem....

Vamos esticar as pernas....

Puxem a ponta do pé direito para a cabeça com força ... força

Agora aliviem essa tensão...

Empurrem o joelho direito contra o chão com força... força

Agora relaxem...

Agora empurrem a anca direita contra o chão com força ... força

Agora aliviem essa tensão.... Sintam a onda de relaxamento

Puxem a ponta do pé esquerdo para a cabeça com força ... força

Agora aliviem essa tensão...

Empurrem o joelho esquerdo contra o chão com força... força

Agora relaxem...

Agora empurrem a anca esquerda contra o chão com força ... força

Agora aliviem essa tensão.... Coloquem as pernas e os pés moles e..... Sintam a onda de relaxamento.

Agora puxe o abdómen para dentro com força...

Aliviem essa tensão....

Alongue a coluna, arqueando ligeiramente as costas com força

Agora relaxem

Agora contraiam os músculos do pescoço ... encolhendo os ombros com força... força

Relaxem ... deixem cair os ombros sintam uma onda de relaxamento espalhar-se pelo corpo

Empurrem a cabeça contra a almofada com força... força

Agora relaxem

Agora dirijam a vossa atenção para os músculos da face...

Sintam a face e os olhos

Contraíam os olhos com força.... Aliviem a tensão.

Cerrem os lábios com força força

Aliviem essa tensão

Cerrem os dentes com força força

Agora relaxem

Erga as sobrancelhas com força força

Aliviem essa tensão

Mantenhm os braços ao longo do corpo.... As pernas esticadas E empurrem o corpo todo contra o chão agora.... Com força.... Força...

Agora relaxem

Quero que dirijam a vossa atenção para a respiração

Respirem lentamente, deixando ao ar entrar pelo nariz chega aos pulmões E sair pela boca suavemente.

Quando eu disser agora, vão respirar lentamente, fazendo uma inspiração profunda e uma expiração. Agora... inspiram E... expiram

Ao expirarem é como se deitassem para fora todas as tensões e preocupações... estão calmos...descontraídos... repousados... sentem-se em paz... estão em paz... em paz... em paz...

Explore as vossas imaginação em busca de uma situação agradável ... te de ser uma situação agradável... que vos dê bem-estar... que vos faça sentir bem....

Continuem em busca ou mantenham-se na situação agradável, onde se sentem bem...

Vão agora colorir essa situação com todos os pormenores possíveis... os cheirosas cores....as pessoas presentes....os gestos....as expressões... os diálogos....os objectos

O importante é preencherem essa situação com o máximo de pormenores... vivam intensamente essa situação de bem-estar... é agradável... sentem-se bem... em paz.. tranquilos...

Vão agora pedir um desejo... focalizem-se no vosso desejo... e aprisionem-no na vossa mão direita, fechando-o a mão e levando a que a desejo fique preso a vós, é um compromisso que assumem para vocês mesmos.

Vão agora abrir calmamente a vossa mãos, mantendo o visionamento da vossa situação e verificam que, após abrir a mão, o desejo permanece na vossa memória... permanece presente... é a vosso desejo...é só vosso.

Sentem-se bem, calmos, tranquilos ... é com essa sensação que vão manter os olhos fechados e mexer a cabeça, as mãos, os pés

Vão abrir os olhos lentamente.... Tomar consciência da sala....

Podem levantar lentamente

Anexo XIX
Estudo de Caso

Carla Ventura

Estudo de caso

Universidade Católica Portuguesa

2010

Carla Ventura

Nº aluna: 192008161

Estudo de caso

Sob tutoria: Enfª Olga Valentim

Sob orientação: Enfª Lídia Moutinho

No âmbito do Estágio Modulo II: Intervenção na Crise
Inserida no II Mestrado de Natureza Profissional,
Área de especialização Saúde Mental e Psiquiátrica

Universidade Católica Portuguesa

2010

ABREVIATURAS

DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition

F - Feminino

GABA – Gamma-aminobutyric Acid

GR – Grama

M - Masculino

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	5
PARTE I	
2- ALCOOLISMO	6
2.1 – ÁLCOOL.....	6
2.2 – ALCOOLISMO.....	8
2.2.1 – Teorias explicativas do alcoolismo.....	10
2.2.2 – As etapas do alcoolismo	11
2.2.3 – Classificação do alcoolismo.....	13
2.3 – ALCOOLISMO NO FEMININO.....	15
2.4 - EPIDEMIOLOGIA	17
2.5 – TRATAMENTO	18
2.6 – COMPLICAÇÕES DO ALCOOLISMO	19
PARTE II	
3- PROCESSO DE ENFERMAGEM	21
3.1 – MODELO DE ENFERMAGEM.....	21
3.2 – COLHEITA DE DADOS.....	26
3.3 – PERCEÇÃO DO UTENTE E ENFERMEIRA DA SUA SITUAÇÃO	32
3.4 – RECURSOS PESSOAIS IDENTIFICADOS.....	35
3.5 – FACTORES DE STRESS	36
3.6 – PLANO DE CUIDADOS	39
4 – CONCLUSÃO	45
5 - BIBLIOGRAFIA	46

ANEXOS	48
Anexo I: Treino de Resolução de Problemas	49
ÍNDICE DE TABELAS	
TABELA 1: Resumo das classificações	14
TABELA 2: complicações do alcoolismo.....	20
ÍNDICE DE FIGURAS	
FIGURA 1: Árvore geneológica.....	27
FIGURA 2: Eco-mapa	28
FIGURA 3: Linhas de defesa do utente	34

1 - INTRODUÇÃO

Este estudo de caso é realizado no âmbito do Estágio Modulo II: intervenção na crise, inserido no II Mestrado de Natureza Profissional, área de especialização de saúde mental e psiquiatria.

Os objectivos deste estudo de caso são: aplicar e demonstrar conhecimentos teóricos adquiridos, demonstrar uma das intervenções desenvolvidas, coadunar os conhecimentos com um modelo teórico e a realizar a planificação de cuidados com base na linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)

O utente escolhido encontrava-se em tratamento, na Clínica Psiquiátrica I, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, cujo motivo era Síndrome de Dependência de Álcool.

Os dados colhidos e as intervenções realizadas decorreram durante o período de estágio, que decorreu entre 28 de Setembro a 20 de Novembro de 2009.

Este estudo de caso é constituído pela Parte I, no qual são descritas várias conhecimentos sobre o alcoolismo, pela Parte II que se refere ao processo de enfermagem. Nesta última parte é possível ver o Modelo Teórico de Sistemas de Betty Neuman, a colheita de dados, a entrevista realizada com base nas perguntas sugeridas por Betty Neuman, a identificação dos factores de stress, o respectivo plano de cuidados com base na linguagem CIPE e a avaliação das intervenções.

2 – ALCOOLISMO

Neste capítulo irá ser abordado o tema do alcoolismo, o que é, as diferenças entre abuso e dependência, diferenças nos sexos, valores de epidemiologia na realidade portuguesa, o tratamento. Muito há a dizer sobre este tema, mas para este contexto, estes são os assuntos mais relevantes conhecer para prestar cuidados de enfermagem de qualidade.

2.1 – Álcool

O álcool é uma droga lícita e socialmente aceite, quando ingerida moderadamente. É utilizada desde 6000 a.c. tendo o seu consumo aumentado após a Revolução industrial.

O método utilizado era a fermentação, no entanto, a partir da Idade Média começou a ser utilizado o método da destilação.

A ingestão de álcool provoca alterações no Sistema Nervoso Central (SNC) que numa fase inicial pode ser caracterizada pela desinibição, euforia, descoordenação motora, descontrole e sonolência e numa fase posterior, consiste em graves alterações do pensamento, memória e incapacidades físicas. (Brêtas e Gamba, 2006)

Para além das alterações referidas, existem estudos que consideram o consumo de álcool em quantidades moderadas contribuem para a reduzir da doença cardíaca através:

1. Redução das catecolaminas quando se esta sob stress;
2. Protecção dos vasos sanguíneos em relação ao colesterol;
3. Redução na tensão arterial
4. Autoterapia
5. Estratégia de coping a curto prazo (Ogden, 1999)

Relativamente à autoterapia, esta pode ser uma resposta a dificuldades emocionais como a ansiedade e a depressão, assim o álcool funciona como um ansiolítico

Quanto à estratégia de coping a curto prazo, poderia-se incluir na autoterapia, no entanto, a autoterapia pode não ser a curto prazo e entrar num ciclo vicioso que culminará com o abuso ou dependência do álcool.

O mesmo autor, refere que a autoterapia é um mecanismo não adaptativo de coping, assim como, a dependência. (Ogden, 1999).

O consumo de álcool está directamente associado com a cultura e sociedade em que o indivíduo está inserido, assim como as quantidades ingeridas.

O álcool quando consumido em doses superiores às recomendadas para cada indivíduo, podem induzir distúrbios mentais orgânicos, que podem ou não estar relacionado com a dependência nomeadamente:

- Intoxicação aguda – que varia entre a embriaguez, anestesia, coma, depressão respiratória e raramente a morte;
- Transtorno amnésico-alcoólicos – perda de memória recente no período de intoxicação;
- Intoxicação alcoólica idiossincrática – definida como uma intoxicação alcoólica seguida de agressividade acentuada e comportamento de heteroagressividade (Brêtas e Gamba, 2006)

As bebidas alcoólicas consoante o método de fabrico têm diferentes quantidades de etanol (líquido incolor, volátil, de cheiro agradável e característico, de sabor queimoso). Desta forma, é frequente observar-se as bebidas com menor quantidade de álcool serem servidas em copos maiores e as com maior quantidade em copos mais pequenos, sendo que a quantidade de álcool é a mesma, a quantidade de bebida é diferente.

Cerca de 1 unidade de álcool corresponde a 8 a 12 gramas de etanol. As quantidades consideradas de risco diferem consoante o sexo. As mulheres absorvem maiores quantidades de álcool quando comparadas com os homens, devido à maior proporção de gordura, levando a níveis de concentração no sangue maiores.

No homem, o consumo até 24 gr de etanol/dia é considerado sem risco e equivale a 2 copos de vinho tinto ou um aperitivo e uma cerveja. Superior a 56 gr é considerado de risco especialmente se tiver hábitos tabágicos associados.

Na mulher, o consumo até 16 gr de etanol/dia é considerado sem risco e equivale pouco mais do que 2 cervejas. Superior a 40 gr é considerado de risco. (Nabais, 2005)

2.2 – Alcoolismo

O conceito de alcoolismo-doença é, relativamente, recente, tendo surgido a partir do século XIX, com o desenvolvimento industrial.

A doença é sempre um estado de disfunção que assume uma forma característica. No caso do alcoolismo este tipo de definição torna-se bastante difícil. O termo alcoolismo tanto pode significar beber em demasia, contínua ou esporadicamente, ou de uma forma desorganizada, agravando queixas somáticas, psicológicas e sociais, o não poder deixar de beber, o que já implica uma situação de dependência.

Assim, o alcoolismo constitui uma doença caracterizada pela sua cronicidade e polipatologia, atingindo todos os órgãos e sistemas, todos os metabolismos e todas as funções. (Sequeira, 2006).

Porém, Berlote (1991) citado por Coutinho et al (2003, pag.334) define o alcoolismo “um fenómeno humano complexo que pode e deve ser abordado de um ângulo médico, social, económico, moral, ético, entre outros. É um fenómeno complexo demais para ser considerado só doença, só vício ou só qualquer coisa”.

A Associação Portuguesa de Medicina de Adição (1992) citada por Nabais (2005) refere o alcoolismo como uma doença primária, crónica, abrangendo factores ambientais, fisiológicos, psicológicos e genéticos que influenciam o seu desenvolvimento e manifestações. A doença é frequentemente progressiva e fatal. É caracterizada, contínua ou periodicamente, por: perda de controlo sobre o consumo de álcool, preocupação com o álcool como tóxico, uso do álcool apesar das consequências adversas e distorções do pensamento, nomeadamente a negação do problema.

Segundo o DSM IV (2006) nas perturbações pela utilização de substâncias, distingue o abuso da dependência de substâncias.

O abuso é considerado um padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défices ou sofrimento, clinicamente significativo, manifestado por um ou mais sintomas, durante 12 meses. Os sintomas são:

- Utilização recorrente da substância resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, escola, ou em casa. Fraco desempenho profissional

relacionado com a utilização de substâncias, suspensões ou expulsões escolares, negligência de crianças ou deveres domésticos;

- Utilização recorrente de substâncias em situações que tal se torna fisicamente perigosos

- Problemas legais recorrentes

- Continuação da utilização da substância apesar de problemas sociais e interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.

Outro dos critérios e nenhum destes sintomas preencherem os critérios de dependência de substâncias.

A dependência é considerada, igualmente, um padrão desadaptativo e é necessário apresentar 3 ou mais sintomas durante 12 meses:

- Tolerância definida por:

- a) Necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;

- b) Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.

- Abstinência manifestada por qualquer um dos seguintes:

- a) Síndrome de abstinência característica da substância

- b) A mesma substância consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência

- A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia

- Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir o controlar a utilização da substância

- É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção e utilização da substância e à recuperação dos seus efeitos

- É abandonada ou diminuída a participação e importantes actividades sociais, ocupacionais e recreativas devido à utilização de substâncias.
- A utilização de substâncias é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância.

Em geral, o consumo de álcool verifica-se mais nos homens do que nas mulheres, numa proporção de 5:1, no entanto, esta diferença tende a aproximar-se. A diferença também pode variar com a faixa etária, sendo que o consumo, por parte da mulher, começa numa faixa etária mais avançada. No entanto, as perturbações relacionadas com o consumo do álcool também se desenvolvem e quando isso ocorre, as mulheres apresentam o mesmo leque de problemas que os homens.

2.2.1 – Teorias explicativas do alcoolismo

Existem três grandes teorias: a abordagem fisiológica, a sociológica e a psicodinâmica.

A teoria explicativa com abordagem fisiológica gira em torno da genética e da sua relevância. Nesta abordagem nem sempre se distingue a genética do ambiente, no entanto, estudos com gêmeos idênticos e crianças adoptadas filhas de pais alcoólicos revelam que existe uma componente genética de 3 a 4 vezes superior. Por outro lado, crianças adoptadas por famílias alcoólicas não aumentam o risco de problemas com o álcool.

Estudos realizados revelaram que o cérebro das crianças, com pais com problemas de álcool, exibe qualidades incomuns em medidas electrofisiológicas. Outras das evidências foram concentrações baixas de serotonina, dopamina e GABA ou outros metabólitos.

A abordagem sociológica refere as estruturas da sociedade, caracterizadas por hábitos, tradições morais e religiosas, os aspectos económicos e de produção, assim

como, comportamentos que envolvem aspectos sociais nomeadamente a iniciação ao álcool, os responsáveis pela taxa de alcoolismo.

Por fim, a abordagem psicodinâmica considera que se trata de pessoas com superegos muito punitivos e rígidos que utilizam o álcool para alívio do stress inconsciente. A personalidade, destas pessoas, têm traços comuns: timidez, isolamento, impaciência, irritabilidade, ansiedade, hipersensibilidade, sexualidade reprimida. Segundo um provérbio psicanalítico comum, o superego é solúvel em álcool. O consumo pode ocasionar sensação de poder e maior auto-estima. (Sadock e Sadock, 2007).

2.2.2 – Etapas do alcoolismo

O consumo de álcool começa por ser moderado no qual o álcool actua como um modificador do estado emocional, inicialmente, e vai aumentando a sua intensidade de modo a servir como um mecanismo de conforto, posteriormente como uma necessidade e chega ao ponto de ser um modo de sobrevivência. (Sequeira, 2006)

Sequeira (2006) identifica 3 etapas: a bebida excessiva, a dependência alcoólica e o alcoolismo crónico.

A bebida excessiva caracteriza-se por:

- O indivíduo passa muito tempo a beber socialmente, bebendo mais do que os seus companheiros;
- A frequência do consumo aumenta semanalmente;
- Sente culpabilidade pelos seus hábitos e irrita-se quando se fala no assunto;
- O álcool passa a ser imprescindível na sua vida social e no trabalho.

Na etapa da dependência alcoólica:

- Começa a perder o controle sobre a bebida e começa a beber compulsivamente;
- A embriaguez passa a ser frequente;

- Perde a auto-estima;
- As relações interpessoais deterioram-se;
- Deixa de cumprir as suas obrigações no trabalho;
- A degradação física começa a ser notória;
- Faz tentativas frustradas para deixar de beber;
- Pode manifestar impulsos ou efectuar tentativas de suicídio.

Quando passa a alcoolismo crónico:

- Passa os dias a beber não distinguindo o tipo de bebida;
- A ingestão de alimentos é reduzida;
- Os sintomas mentais e físicos apresentam-se a um nível de bastante gravidade;
- A tolerância ao álcool diminui;
- Surgem problemas físicos graves que o levam a urgentes cuidados médicos;
- Vive predisposto ao *Delirium tremens*.

Ogden (1999) faz referência a estudos sobre os comportamentos de dependência e define 4 fases do uso de substâncias:

1. Iniciação;
2. Manutenção

Num estudo sobre o consumo de álcool, ¼ dos homens e das mulheres entrevistadas declaravam-se com abstémios e apontavam como principais razões: não gostar do sabor e a religião.

O momento de início não é consensual e pode ocorrer em qualquer altura da vida.

Os factores psicológicos e predisõem o consumem relacionam-se com a ansiedade e tensão, sendo o consumo de álcool uma forma de o aliviar. Ainda que uma pequena quantidade possa ter esse efeito e não seja nefasto, o facto de aumentar a dose e de manter os consumos já não revela o mesmo.

Por outro lado, existem factores sociológicos nomeadamente a aprendizagem de comportamentos por modelação. Quando os filhos convivem com pais que fazem consumos estão expostos a um comportamento que os pode influenciar e levar a repetir.

O consumo e abuso de álcool pelo grupo de pares também prediz o consumo, assim como, a procura de emoções, tendência para a agressividade e história de problemas com as autoridades.

3. Cessação de um comportamento de dependência

A cessação de um comportamento de dependência pode ser analisada em termos de:

- Processos envolvidos, no qual, se aplica o modelo de Prochaska e DiClemente e que inclui a pré-intenção, a intenção, a acção e a manutenção.
- Intervenções para promover a cessação: intervenções clínicas para promover a mudança individual (perspectivas segundo um modelo patológico, segundo as teorias de aprendizagem social sobre a cessação e movimentos de auto-ajuda), intervenções de saúde pública para promover a cessação nas populações (Conselhos médicos, intervenções no local de trabalho, programas comunitários, intervenções governamentais).

4. Recaída

Nesta última fase pode ocorrer recaída ou não.

Existe um estado inicial que é de abstinência, posteriormente entra-se no estado pré-lapso que consiste numa situação de alto risco a qual pode ter dois caminhos. Um dos caminhos refere-se a respostas de coping adaptativas que aumentam a auto-eficácia e o indivíduo continua abstinente sem recaídas. O outro refere-se a respostas de coping ineficazes, que leva a auto-eficácia diminuída, expectativas de resultados positivos frustradas, ocorre o lapso com o primeiro consumo e posteriormente o efeito da violação da abstinência e a recaída. (Ogden, 2006)

2.2.3 – CLASSIFICAÇÃO DO ALCOOLISMO

Kiritzé-Torpor e Bénard (2007), referem outra categorização do alcoolismo: a *ausência de consumo* (pessoas que nunca beberam ou se encontram abstinentes); *uso*

“normal” (cerca de 2/3 da população que bebem quantidade reduzidas e pontualmente abusos no consumo); *abuso sem dependência* (encontram-se os consumidores de risco, com consequências físicas, psíquicas e sociais na sequências do consumo excessivo de álcool); e *abuso com dependência* (incluem indivíduos com dependência física e psíquica de álcool).

Por outro lado, os mesmos autores descrevem várias classificações quer históricas, clínicas ou epidemiológicas.

Na classificação histórica baseiam-se em Jellinek, que define o alcoolismo como o consumo de bebidas alcoólicas prejudiciais para o indivíduo, para a sociedade ou para ambos e distingue 5 formas : alfa – dependência psicológica sem perda de controlo ou incapacidade de suspender o consumo; beta – complicações somáticas sem dependência; gama – perda de liberdade de controlo do consumo, embriaguez pontual e progressiva passagem da dependência psíquica à dependência física; dela – sem perda de controlo nem embriaguez, mas com síndrome de abstinência quando interrompe o consumo; épsilon – alcoolização episódica, maciça, dipsomaníaca.

Relativamente às classificações epidemiológicas, Kiritzé-Torpor e Bénard (2007), recorrem às classificações de Cloninger, Barbor e Adis.

Tabela 1 – Resumo das classificações

Autores	Tipos	
Cloninger	Tipo I – inicia-se depois dos 20 anos, em ambos s sexos e relacionado com o meio e factores genéticos	Tipo II – inicio antes dos 20 anos, exclusivamente masculino e evolui rapidamente para dependência, quando associado a factores genéticos e impulsividade do sujeito
Babor	A – inicio tardio, com evolução lenta, menor número de complicações, tratamento em	B – inicio precoce, dependência mais grave, co-morbilidade psiquiátrica associada,

	ambulatório	tratamento em meio hospitalar.
Adis	Secundários – inclui o tipo I de Cloninger e A de Babor. (correspondem a 30% dos casos)	Primários – inclui o tipo II de cloninger e o B de Babor (correspondem a 70% dos casos)

2.3 – ALCOOLISMOS NO FEMININO

O alcoolismo feminino é um problema complexo de difícil percepção devido à disparidade de valores epidemiológicos, que variam consoante a amostra, o local e a data. (Nóbrega e Oliveira, 2005). No entanto, é de comum acordo que o alcoolismo feminino ocorre em menor frequência, comparativamente, com o masculino e que o seu diagnóstico não é tão rigoroso devido à protelada confrontação com a vergonha de procurar tratamento especializado. (Kiritzé-Topor e Bénard, 2007).

Apesar das mudanças sociais e culturais, existe uma menor pressão para a mulher começar a beber e maior para parar, sendo recorrente a estigmatização, o desprezo e o abandono da mulher com problemas de alcoolismo. (Elbreder et al, 2008).

O facto da mulher apresentar um problema de alcoolismo pressupõe o não cumprimento do seus papéis enquanto mãe, esposa e mulher.

O julgamento social repercute-se na evolução do alcoolismo. O consumo tem uma evolução mais prolongada, início tardio, com consequências físicas mais graves (comparativamente com os Homens) e, segundo Nóbrega e Oliveira (2005) raramente comparecem acompanhadas nas sessões de tratamento solicitando, por vezes, sigilo sobre o tratamento devido à vergonha e receio de fracassarem.

Kiritzé-Topor e Bénard (2007) acrescenta que as mulheres alcoólicas estão muitas vezes sujeitas a violência psíquica e física, por parte dos companheiros, com maior incidência naqueles que apresentam abuso ou dependência de álcool, no entanto, também ocorre quando se trata de não consumidores.

Paralelamente a esses comportamentos, os companheiros de mulheres alcoólicas, investem menos num trabalho terapêutico realizado pelas esposas, do que as companheiras de homens alcoólicos ou consumidores problemáticos.

Na opinião de vários autores, a caracterização sociodemográfica das mulheres com alcoolismo, corresponde a mulheres com idade cerca de 40 anos, católicas, raça branca, solteiras separadas ou em situação de luto ou divórcio e desempregadas. No que respeita à escolaridade, os dados são relativos : Elbreder *et al* (2008) refere que a menor escolaridade está relacionada com o aumento do consumo, no entanto, Edwards, Marshall e Cook (1999) contrapõe isso referindo que a pressão dos pares, o stress e o facto de trabalhar numa cultura dominada por homens contribui para o consumo.

O mesmo autor, menciona eu as mulheres com uma intensa actividade social tem menor risco de desenvolver o abuso/consumo problemático, porém Nóbrega e Oliveira (2005) num estudo qualitativo com uma amostra de 13 mulheres concluiu que a actividade social intensa não foi suficiente para impedir a progressão do consumo do álcool.

A dependência alcoólica apresenta alguns factores de risco, nomeadamente, traumatismos psíquicos e físicos decorridos na infância ou adolescência: abusos sexuais, violência; numa fase adulta ter um companheiro alcoólico a história familiar de alcoolismo.

Por outro lado, a maioria das mulheres apresentam co-morbilidade de perturbações psiquiátricas, associadas ao alcoolismo, exemplo disso são as perturbações do humor (depressão, ansiedade) e alterações dos comportamentos alimentares (bulimia). (Edwards, Marshall e Cook, 1999; Kiritzé-Topor e Bénard, 2007; Elbreder *et al*, 2008).

Os consumos de álcool para além da sua carga psíquica e social, também, trazem consequências físicas graves, nomeadamente, miocardiopatias, miopatia, lesão cerebral, hepatite com progressão para cirrose, inibição da ovulação, diminuição da fertilidade e vários problemas ginecológicos e obstétricos.

A gravidade das lesões está relacionada com o menor nível sérico da enzima álcool-desidrogenase, associada ao espaço hídrico mais restrito e maior volume de tecido adiposo contribui para a absorção rápida e maior concentração sanguínea com a mesma dose.

Assim, a OMS define o limite de toxicidade de 30 gr de álcool puro, por dia, para os homens e 2 gr para as mulheres.

2.4 – EPIDEMIOLOGIA

Ao nível da União Europeia (dos 15), Portugal é considerado o 2º país no qual cada indivíduo consome mais álcool, sendo que, o primeiro lugar é ocupado pelo Luxemburgo, no qual existem grandes comunidades de emigrantes portugueses. (Nunes e Pateiro, 2000).

Segundo a OMS descreve no Global Status Report on Alcohol de 2004, Portugal encontra-se nos primeiros 12 países em que o consumo de álcool, per capita é maior adiantando o valor de 12,49 L, no eu se refere ao consumo de vinho ocupa o 3º lugar a nível mundial com 7, 16 L. (www.WHO.int consultada a 20 de Novembro de 2009)

A nível europeu, o mesmo relatório coloca em primeiro lugar o Luxemburgo com 17,54 L seguido da República Checa, França e Alemanha à frente de Portugal.

No entanto dados mais recentes de 2005 e segundo o Relatório World Drink Trends revelam que Portugal tem um consumo per capita elevado, embora os valores tenham algumas discrepâncias, a análise dos resultados é unânime em revelar que Portugal apresenta um elevado consumo de álcool puro per capita. (Filho, 2005)

Dentro do próprio país existem diferenças regionais, embora os resultados se reportem a 1997, revelam que é na zona de Lisboa, Porto, Braga e Aveiro que se encontram o maior número de dependentes e bebedores excessivos de álcool. (Mercês de Melo, 1997)

Estas diferenças estão relacionadas com a densidade populacional de cada distrito, factores sócio-económicos, tradições culturais de determinada zona e concentração de

peças de determinadas religiões, sendo que os judeus, asiáticos e protestantes conservadores consomem menos álcool do que os protestantes liberais e católicos. Mercês de Melo (1997)

2.5 – TRATAMENTO

No alcoolismo agudo, as formas mais comuns, em geral, não necessitam de qualquer intervenção terapêutica, especialmente se situam nos estádios iniciais (com valores de alcoolemia entre 2,5 – 3 gr/litro).

O tratamento das formas mais graves de intoxicação alcoólica deve respeitar os princípios básicos de qualquer intoxicação e, ter em consideração, os factores individuais que actuam como agravantes, nomeadamente, a idade, gastrectomia, insuficiência renal hepática.

O objectivo do tratamento é: acelerar a destruição do álcool e neutralizar os seus efeitos depressões sobre o SNC.

OS procedimentos poderão passar por uma lavagem gástrica, repouso e ventilação adequada, vigiar a depressão cardio-respiratória, vigiar estados de agitação psicomotora e fazer contenção química e atender às formas comatosas graves. (Mercês de Melo *et al*, 1988)

Numa situação de alcoolismo crónico, o tratamento exige uma intervenção terapêutica multidisciplinar em vários contextos. Para o sucesso é importante: a motivação do utente para o tratamento e processo de mudança, o envolvimento do seu ambiente sócio-familiar e a reintegração na família, comunidade e local de trabalho.

O tratamento no utente com alcoolismo crónico tem por objectivo:

- Tratar da intoxicação alcoólica e das suas complicações;
- Proporcionar meios para o utente reconstruir e reorganizar a sua vida;
- Restabelecer as suas capacidades relacionais e com o meio, estabilizar num novo estilo de vida de abstinência alcoólica, mantida e valorizada pelos aspectos gratificantes que lhe são inerentes.

O tratamento desenrola-se em três etapas:

1. Primeiro contacto – reconhecimento e avaliação da situação;
2. Desintoxicação – tratamento os efeitos tóxicos e metabólicos causado pelos álcool, nomeadamente, dos sintomas e quadros de privação alcoólica e, ainda, a correcção das complicações físicas e psíquicas;

Nesta etapa ocorre a supressão total do álcool e administra-se soroterapia glicosada e hipertónica e vitaminas para rehidratação e protecção das células hepáticas e do SNC, corrige-se a acidose metabólica e, frequentemente, é necessário recorrer à sedação.

3. Desenvolvimento de um programa psicoterapêutico de apoio e recuperação do indivíduo, de reinserção sócio-familiar, laboral e motivação para a opção de um novo estilo de vida assente nua total abstinência alcoólica futura.

A psicoterapia terá a função de integrar as pulsões de agressividade ou libidinais, inerentes à abstinência.

A psicoterapia tem como objectivo ajudar os indivíduos a identificar e a aceitar o seu problema com o álcool e, posteriormente, persistir na mudança dos pensamentos, sentimentos e comportamentos que parecem estar na base do uso patológico de álcool, pode constituir uma abordagem terapêutica que facilite e promova uma recuperação mais rápida, prolongando a abstinência.

A psicoterapia mais recomendada é a de grupo, podendo recorrer à individual em situações excepcionais.

Outra abordagem terapêutica é a grupoterapia, que consiste numa abordagem da personalidade humana e num método que proporciona que, os indivíduos, aprendam a conhecer-se a si próprios através da consciencialização dos pensamentos disfuncionais e, com base numa série de técnicas, contribuam para a mudança de pensamentos, sentimentos e acções não apenas relacionadas com o consumo abusivo de álcool, mas também, com os problema do quotidiano.

A psicoterapia de pós-cura terá como objectivo permitir ao indivíduo reconhecer e assumir a sua incapacidade de suportar o álcool, fazendo abandonar a ilusão de domínio

relativamente ao consumo e levando-o a aceitar uma total impotência que o obriga a uma abstinência absoluta. (Mercês e Melo *et al*, 1988; Sequeira, 2006)

O tratamento do alcoolismo inclui a reabilitação psicossocial, que segundo Saraceno (2001), citado por Pinho *et al* (2008, p.84), "é um processo pelo qual se facilita ao individuo com limitações a restauração no melhor nível possível de autonomia das suas funções na comunidade".

A reabilitação pode ter várias abordagens: cognitivo-comportamental, cognitiva, psicodinâmica, conjugal e familiar e intervenções breves. Costa (1998), Barroqueiro (2002), www.alcoolismo.com.br, consultada a 25 de Janeiro de 2010.

Por outro lado, Rangé e Marlatt (2008) consideram a terapia cognitivo-comportamental, uma das terapias com maior eficácia no tratamento do alcoolismo.

A sua abordagem pode ser em grupo, contribuindo para a melhoria das relações interpessoais e competências sociais; ou individualmente, proporcionado um acompanhamento mais específico. (Brito, 1998 e Barroqueiro, 2002).

Existem 33 diferentes modalidades de tratamento do alcoolismo, no entanto, Range e Marlatt (2008) focalizaram-se nas técnicas com maior eficácia: treino de aptidões sociais, treino de auto-controle, entrevista motivacional breve, gestão do stress e ansiedade, treino de resolução de problemas, treino de assertividade e reestruturação cognitiva.

2.6 – COMPLICAÇÕES DO ALCOOLISMO

O alcoolismo implica complicações a vários níveis, nomeadamente, a nível físico como estão descritos na tabela 4, a nível social no qual se inclui o absentismo laboral, a violência doméstica e outras situações problemáticas, acidentes de viação e a nível económico devido à baixa produtividade e delegação de retirada de cargos de responsabilidade. (Sadock e Sadock, 2007).

TABELA 2: Complicações do alcoolismo

Sistema	Complicação
Gastro-intestinal	Hepatopatias (esteatose e cirrose hepática, hepatite) Pancreatite crônica Gastrite Úlcera Neoplasias (boca, língua, esôfago, estômago, fígado)
Circulatório	Cardiomiopatias Hipertensão arterial
Sanguíneo	Anemias (em especial a megaloblástica) Leucopénia
Nervoso	Neuropatia periférica Nevrite óptica retrobulbar Degenerência cerebolosa Encefalopatia de Wernicke – Korsakoff Demências alcoólicas
Reprodutor	Impotência (Homens) Alterações menstruais e infertilidade (Mulheres)

Para além destas complicações, existem perturbações psiquiátricas associadas ao consumo de álcool. Entre elas encontram-se: as perturbações do humor (30% têm critérios de depressão major), perturbação de ansiedade, alteração do padrão do sono, perturbações psicóticas induzidas pelo consumo de álcool ou no decurso da abstinência, perturbações da memória e défices cognitivos. (Sadock e Sadock, 2007).

PARTE II

3 - PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem é constituído pela apresentação do Modelo Teórico, a avaliação do utente e o plano de cuidados.

3.1 – MODELO DE ENFERMAGEM

O Modelo de Sistemas de Neuman baseia-se na: *teoria geral dos sistemas* – que afirma que todos os elementos de uma organização complexa estão em interação; na *teoria de Gestalt* – que descreve a homeostase como o processo através do qual um organismo mantém o seu equilíbrio e, conseqüentemente, a sua saúde; e, nas *perspectivas filosóficas de deChardi e Marx* – que consideram as propriedades das partes estão parcialmente determinadas pelas totalidades, num contexto de sistemas dinamicamente organizados.

Neuman usa o conceito de stress segundo a Teoria de Stress de Selye, em que este define stress como: a resposta específica do corpo às exigências que se lhe impõem; o stress aumenta a necessidade de reajuste; as forças de stress são estímulos que produzem tensão e têm potencial para causar desequilíbrios e crises situacionais ou de desenvolvimento.

O modelo de Neuman também incorpora ideias da Teoria geral de sistemas de Van Bertalanffy sobre a natureza dos sistemas abertos, que estabelece que todos os elementos estão em interacção numa organização completa.

Finalmente, com base na Teoria de Crise de Caplan, crise é um período transitório que se apresenta ao indivíduo como uma oportunidade de crescimento da personalidade ou como um momento de vulnerabilidade. Caplan usa os conceitos de prevenção primária, secundária e terciária.

Betty Neuman tem uma visão holística do cliente, sendo um sistema considerado holístico, quando quaisquer partes ou sub-partes podem ser organizadas num todo

interrelacionado. A organização holística diz respeito à manutenção da totalidade das partes ou sua estabilidade, nas suas íntimas inter-relações; os indivíduos são vistos como um todo, cujas partes que o compõem estão em interacção dinâmica interdependente. Assim, é importante compreender que, embora este mundo e este cliente sejam representados em partes, Betty Neuman entende que a estrutura é una, indivisível e indissociável, e que é maior que a soma das suas partes.

Betty Neuman criou um modelo no qual explicava a sua percepção do mundo e do papel da enfermeira nesse mundo. Habitualmente, o modelo é representado num diagrama devido à sua complexidade, nomeadamente de interacções entre os intervenientes e dos mecanismos de funcionamento (ANEXO I)

O modelo de Neuman é um modelo de sistemas aberto, composto principalmente por factores de stress, reacção aos factores de stress e o cliente, representado numa estrutura de circunferências concêntricas, que interagem com o ambiente. As circunferências concêntricas cercam a estrutura central, básica do ser humano, da família ou da comunidade e variam em tamanho e distância do reactor.

O cliente como sistema é composto por uma estrutura básica, graficamente representado no círculo interno do modelo, que são os factores básicos de sobrevivência ou os recursos energéticos, comuns a todos, mas com características peculiares de cada um. Como exemplos, pode ser o controle de temperatura corporal, os padrões genéticos, aspectos fisiológicos e outros. A estrutura básica é protegida da reacção provocada pelos factores de stress, por circunferências concêntricas, que têm como objectivo a retenção, obtenção e manutenção da estabilidade e integridade do sistema.

Ao círculo interno seguem-se uma série de circunferências de linha descontínua, que se denominam linhas de resistência, representando factores internos de resistência. Estas linhas variam com o estadio de desenvolvimento da pessoa, estilo de vida e a experiência passada, como por exemplo, o sistema de resposta imunológica do organismo. A sua função é manter a estabilidade e harmonia entre aquilo que é externo e interno. Numa situação de stress estabilizam e fazem com que o cliente volte ao seu estado normal de bem-estar.

A circunferência seguinte é representada em linha contínua e denomina-se de linha normal de defesa. Esta é o nível habitual de estabilidade e o estado normal de bem-estar; esta linha modifica-se ao longo da vida como resultado das tensões criadas pelos factores de stress, podendo ser atravessada por estes sempre que a linha flexível de defesa não ofereça protecção adequada; sempre que isto acontece, o sistema do cliente reage, surgindo sintomas de instabilidade ou doença.

A última linha desta estrutura é novamente uma circunferência de linha descontínua e denomina-se linha flexível de defesa. Esta, é de todas a mais dinâmica, pois apresenta-se com um diâmetro maior ou menor consoante o cliente está a reagir mais ou menos adequadamente às alterações do ambiente. Estas mudanças são constantes e rápidas. A função desta linha (barreira exterior), é evitar a invasão da linha normal de defesa. Funciona como “filtro” permitindo que passem os estímulos positivos, que estimulam o desenvolvimento e crescimento da estrutura.

Esta estrutura é submetida aos factores de stress que se definem como qualquer estímulo produtor de tensão com potencial para afectar a linha normal de defesa. São habitualmente representados como setas dirigidas ao núcleo, terminando em qualquer ponto da estrutura (consoante as linhas que afectarem) e podem alterar a estabilidade da mesma actuando sozinhos ou combinados. Podem ser positivos ou negativos.

Betty Neuman divide ainda os factores de stress em intra, inter, ou extra pessoais, quando se situam respectivamente dentro do cliente, entre dois clientes ou fora do sistema do cliente. O seu efeito varia com o tempo de contacto, com o poder do factor de stress e com o significado específico para cada cliente.

A actuação destes factores vai provocar uma reacção na estrutura, denominando-se como grau de reacção. Este pode definir-se como nível de instabilidade, que resulta da invasão do sistema pela linha normal de defesa e varia com o nível de instabilidade criado e com a capacidade de reacção do cliente. Quanto mais alto for o nível de bem-estar, mais baixa será a reacção, pois o cliente não necessitará de apelar a tantos recursos.

Outros factores importantes são as características do próprio cliente que Betty Neuman apelida de variáveis e dividem-se em fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de

desenvolvimento e espirituais. Estas variáveis estão presentes em toda a estrutura sendo utilizadas pelo sistema para lidar com os factores de stress.

A variável fisiológica refere-se à estrutura e às funções do organismo; a psicológica aos processos mentais; a sociocultural às funções do sistema relativas às actividades sociais e culturais; a de desenvolvimento refere-se aos processos relativos ao desenvolvimento durante o ciclo de vida e a espiritual à influência das crenças.

Depois de resolvida a instabilidade, o sistema tem uma tendência natural para recuperar e manter a sua estabilidade, conduzindo o cliente a um nível de bem-estar igual, maior ou menor ao anterior, consoante a experiência seja mais ou menos positiva. Esta fase denomina-se de reconstituição.

Para Neuman, o papel da enfermagem visa a redução dos factores de stress e das condições adversas, potenciais ou reais, em qualquer situação clínica, através das intervenções aos três níveis de prevenção. Assim, a enfermeira intervém na prevenção primária antes da ocorrência da reacção a factores de stress, fortalecendo a linha flexível, permitindo uma melhor adaptação. Na prevenção secundária, a intervenção acontece após o início da reacção e procura reforçar as linhas de resistência para reduzir o grau de reacção. Finalmente, ao nível da prevenção terciária a enfermeira procura manter ou restaurar o equilíbrio do sistema em direcção à prevenção primária. O objectivo é manter a adaptação e fortalecer as linhas de resistência para prevenir reacções futuras. (Freese, 2004)

Em resumo, GEORGE (1993), descreve o modelo de Neuman como abrangente e dinâmico (...) é uma visão multidimensional de indivíduos, grupos (famílias) e comunidades que se acham em constante interacção com stressores ambientais (...) focaliza a reacção do cliente ao stress e aos factores de reconstituição ou adaptação. É considerado um modelo adequado, tanto para a enfermagem, quanto para todas as profissões de cuidado à saúde.

Segundo Neuman o processo de enfermagem apresenta três fases:

- Diagnóstico de enfermagem (identificação de problemas): através da colheita de dados, identifica-se as alterações de saúde e, conseqüentemente, determina-se as intervenções amplas e hipotéticas;

- Metas de enfermagem (objectivos): existe uma negociação entre a enfermeira e o cliente, das estratégias de intervenção para reter, atingir ou manter a estabilidade do sistema;

- Resultados esperados (intervenção dos profissionais): a enfermagem actua nos três níveis de prevenção; confirma-se a existência da mudança desejada, ou reformula-se as metas; os resultados obtidos a curto prazo, são utilizados para a criação de metas a longo prazo. O processo de enfermagem é comprovado pelo resultado do cliente.

Neuman criou um instrumento/guião de verificação e intervenção (ver ANEXO II) em que, através dele, identifica os factores de stress; as alterações ao estado de saúde habitual do cliente; elabora o diagnóstico de enfermagem e (re) avalia a mudança pretendida na natureza dos factores de stress, e dos objectivos (resultados esperados).

Sendo o processo de enfermagem, um processo interactivo entre cliente e enfermeira, em que se exige à Enfermagem um pensamento crítico antes de se actuar, é importante referir-se que a utilização do instrumento/guião, acima referido, no Processo de Enfermagem, vem confrontar os dados fornecidos pelo cliente com os que são percebidos pela enfermeira; desta forma consegue-se, então, elaborar o Diagnóstico de Enfermagem. É nesta altura, que o instrumento possibilita a negociação entre cliente e enfermeira, no planeamento das acções necessárias para manter ou melhorar o seu nível de saúde. Estas acções são desenvolvidas através dos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. (Freese, 2004).

3.2 – COLHEITA DE DADOS

História Clínica

O sr. D. é um utente do sexo masculino, 31 anos de idade, desempregado à cerca de 5 meses. Com consumos de álcool desde há um ano, após um período de abstinência de 3 anos, com internamento e seguimento em consulta no Hospital Miguel Bombarda.

Há cerca de 1 mês recorreu à urgência do Hospital Curry Cabral embriagado, foi transferido para o Hospital de Setúbal onde ficou no SO por sintomatologia de abstinência e, nessa altura, houve articulação com a consulta externa do Centro Hospitalar Psiquiátrico onde passou a ser seguido. Após a segunda consulta foi acordado entre o médico assistente e o utente o internamento. Utente aceitou o internamento. Encontra-se abstinente há 32 dias (até à data de 13 de Outubro).

História Psiquiátrica

O sr D. admitiu tentativa de suicídio há cerca de 7 anos com ingestão de pesticida, na sequência da morte do irmão e do pai.

Refere consumos de álcool desde os 14/15 anos com cerveja e uísque. Após o cumprimento do serviço militar obrigatório aos 20 anos, acentuou os consumos e desde aí tem aumentado progressivamente.

Esteve internado no Hospital Miguel Bombarda há cerca de 4 anos atrás, com abstinência nos 3 anos seguintes. Retomou os consumos no último ano.

História Familiar

A família do sr D é da zona do Pinhal Novo, onde sempre residiu.

Pertence a uma fratria de 5 irmãos do sexo masculino, dos quais um faleceu há 8 anos atrás, num acidente de viação, por conduzir embriagado.

Refere que o pai faleceu um ano antes do irmão, com hábitos alcoólicos acentuados e por neoplasia no esófago.

Caracteriza o pai como uma pessoa ausente com poucos contactos afectivos. Era o sustento da família.

A mãe era doméstica, mais afectuosa e controlava os filhos.

Menciona consumos de álcool acentuados no avô materno e tio-avô. Na linha paterna refere avô paterno, tio-avô, tios e um primo. Hábitos apenas na linha masculina da família.

Caracteriza a sua família como humilde, mas unida.

FIGURA 1: Árvore genealógica

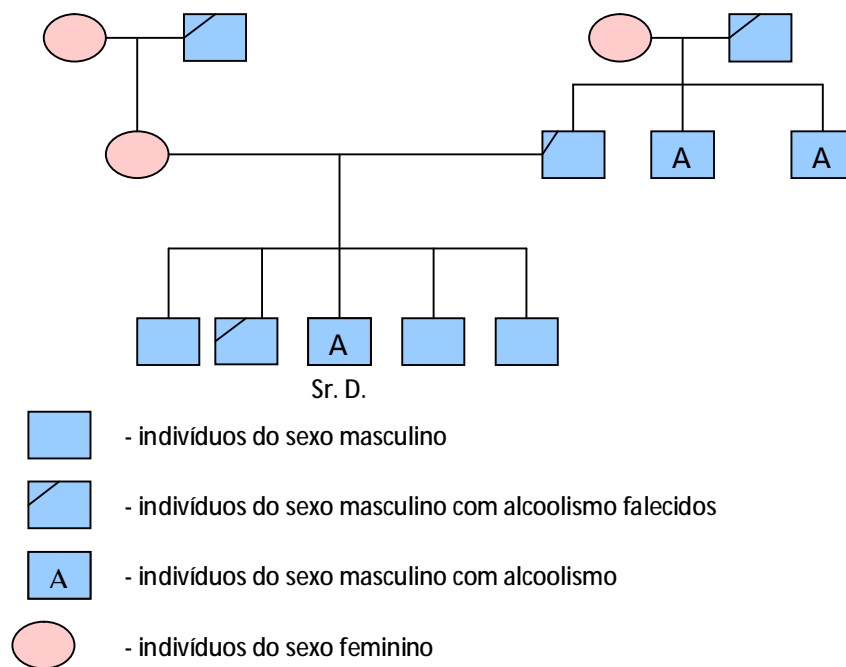
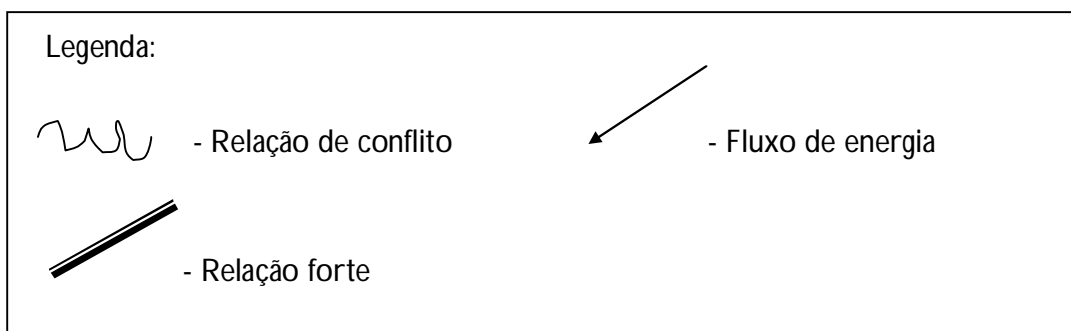
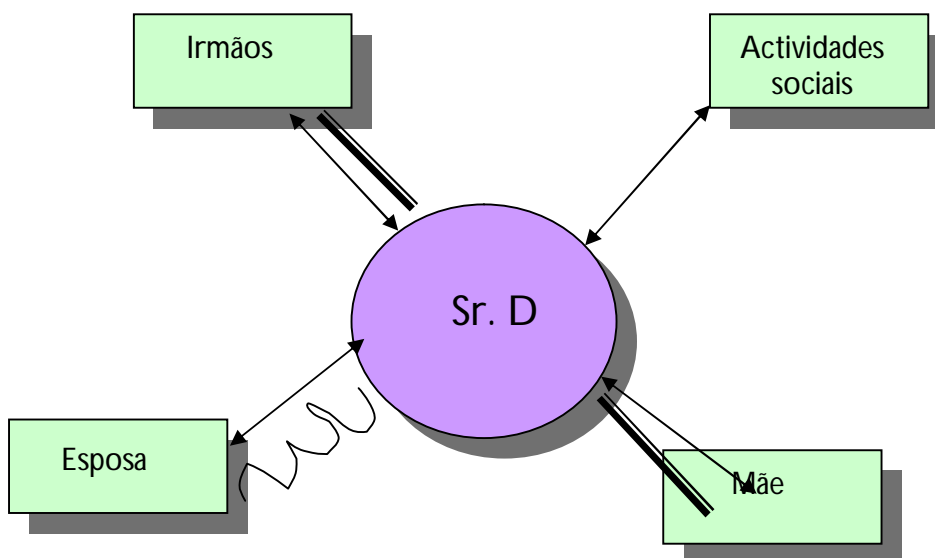


FIGURA 2: Eco-mapa



História Pessoal

O sr. D. é natural do Pinhal Novo, onde sempre residiu.

Frequentou a escola até ao 5º ano de idade e concluiu o 6º ano no período nocturno, já depois de estar a trabalhar.

Tem como actividade profissional: carpinteiro de ferragens.

Inicia consumos aos 14/15 anos na companhia dos seus pares e com dinheiro que juntava. Acentuou consumos desde o regime militar obrigatório dada a facilidade e baixo custo das bebidas. Desde essa altura apresentou consumos elevados, que fazia fora da hora de trabalho de cerveja, vinho e uísque.

Durante esse período tinha frequentes convulsões associadas aos consumos, tendo feito despiste de epilepsia.

Quando consumia era frequente desaparecer e regressar no dia a seguir com amnésia dos acontecimentos.

Refere consumos esporádicos, há vários anos atrás, de haxixe.

Foi internado no Hospital Miguel Bombarda, no serviço UTRA, tendo ficado abstinente durante três anos, com boa adesão à terapêutica e às consultas, o sr D associa a extinção das consultas como uma das razões da sua recaída.

O desemprego há 5 meses atrás veio acentuar os consumos que começaram a ser feitos pela manhã e eram de cerveja, martini, moscatel e vinho. Apesar disso, considera que após a recaída estava a consumir menos do que a primeira vez.

No último mês, teve um episódio de internamento no Hospital Curry Cabral e Hospital de Setúbal com síndrome de abstinência e, posteriormente, começou a ser seguido no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

A sua adesão às consultas e ao internamento vem em consequência da pressão feita pela companheira.

A relação com a companheira começou após o internamento e numa altura de abstinência.

Vive com a companheira e a filha mais velha desta, que tem 11 anos.

Para além da extinção das consultas, os conflitos conjugais com evitamento de confronto e fuga dos mesmos são as razões apontadas para o início dos consumos.

É fumador de um maço e meio por dia.

Teve uma cirurgia na infância por hérnia umbilical

Exame Mental:

Percepção - Não foram apuradas alucinações zoopsicas ou outras.

Pensamento – Não apresenta *delirium* na sequência da abstinência alcoólica.

Discurso e Linguagem – Apresenta discurso coerente, fluente e organizado.

Insight e Juízo – Apresenta insight e juízo crítico, apurado através do discurso no qual reconhece os prejuízos que os consumos de álcool lhe trouxeram, reconhece que fica alterado (agressivo) quando consome e sente que a relação familiar se tornou cada vez mais distante. A decisão de tratar da sua dependência vem da necessidade de melhorar o ambiente familiar.

Humor e emoções – humor ansioso, com expressão de emoções congruentes e apresenta fáceis alegres.

Aspecto e comportamento

Idade aparente - Apresenta idade superior à real, com base na observação do estado da pele.

Actividade motora – inquietação com movimentos repetitivos das mãos. Sem tremores das extremidades, lentificação ou agitação psicomotora características do síndrome de privação e *delirium*.

Atitude – colaborante e motivado para o tratamento com expressão de afirmações de auto-confiança

Atenção – captável, avaliada pelo interesse e discurso

Concentração – mantida, sendo capaz de repetir o que lhe foi dito

Vestuário e higiene – cuidada, com utilização de roupa que valoriza a morfologia atlética

Postura – Dominadora

Morfologia - Atlética

Apresenta contacto cordeal e adequado, mantém o contacto com o olhar.

Orientação – Encontra-se orientado no tempo, espaço, auto e alopsíquica.

Consciência – Vigil

Memória – apresenta alterações mnésicas episódicas ao nível da memória retrógada e a curto prazo. Não sabe identificar datas dos acontecimentos do ultimo mês. Relativamente à data do internamento no Hospital Miguel Bombarda respondeu, em diferentes momentos com anos diferentes, o mesmo aconteceu quando foi questionado sobre o ano em que o pai e o irmão faleceu.

Na entrevista de colheita de dados foi também aplicado uma escala de ansiedade validada para população portuguesa: STAI (state-trait anxiety inventory) que é constituída por duas sub-escalas: a escala de ansiedade traço e a ansiedade-estado, com o objectivo de avaliar o nível de ansiedade.

Outro dos instrumentos aplicados foi o Inventário de Resolução de Problemas, validado para a população portuguesa, como objectivo de avaliar a forma como o utente lida com os seus problemas.

Na entrevista de colheita de dados foram, também, respondidas às questões referidas abaixo, seguindo o Modelo de sistemas de Betty Neuman.

3.3 – PERCEÇÃO DO UTENTE E ENFERMEIRA DA SUA SITUAÇÃO

A) O que considera ser o seu problema, dificuldade ou preocupação mais importante?

Percepção do utente	Percepção da enfermeira
"O meu problema é o álcool"	Identifica o motivo pelo qual foi

<p>“Já tinha estado sem beber 3 anos e recomecei há cerca de um ano”</p>	<p>internado: alcoolismo</p> <p>Não verbaliza/dificuldade em verbalizar outros problemas. Sem critica para as restantes situações da sua vida</p>
--	---

B) Como é que isso tem afectado os seus hábitos ou o seu estilo de vida?

Percepção do utente	Percepção da enfermeira
<p>“Discussões com a esposa”</p> <p>“Passo muito tempo fora de casa, no café”</p> <p>“A família afasta-se”</p> <p>“Tenho vários ataques (na rua) e tive alturas em que ia todas as semanas parar ao hospital”</p>	<p>Identifica complicações relacionadas com o consumo de álcool a nível familiares, físico e social. Complicações que acabam por serem factores de stress</p>

C) Anteriormente já alguma vez teve um problema semelhante? Se sim, o que é que foi esse problema e como o resolveu? Deu resultado?

Percepção do utente	Percepção da enfermeira
<p>“A primeira vez que fiz este tratamento foi há 4 anos e estive sem beber 3”</p> <p>“Fui internado no Hospital Miguel Bombarda. Fiz medicação em casa e ia às consultas”.</p> <p>“Quando acabaram as consultas comecei outra vez a beber, há mais ou menos um ano”.</p>	<p>Reconhece e aceita que teve uma recaída</p> <p>Utilizou o mesmo método para resolver o problema</p> <p>Iniciou consumos quando deixou de ter acompanhamento médico</p>

D) Como prevê o futuro em consequência da presente situação?

Percepção do utente	Percepção da enfermeira
---------------------	-------------------------

<p>“Acho que vai ser bom. Agora vou-me tratar e vai correr tubo bem”</p>	<p>Utente muito confiante na sua motivação. Sem percepção das dificuldades que possa ter em manter-se abstinente</p>
--	--

E) O que é que está a fazer para se ajudar a si mesmo?

Percepção do utente	Percepção da enfermeira
<p>“Estou a mentalizar-me que tenho de deixar de beber”</p> <p>“Arranjar alguma força de vontade”</p> <p>“Quando vi que estava a descontrolar-me, vim pedir ajuda”</p>	<p>Aposta muito na sua motivação e força de vontade.</p> <p>Admite que uma das formas de se ajudar foi vir pedir ajuda porque não conseguia deixar de consumir álcool sozinho.</p>

F) O que espera que os prestadores de cuidados, família, amigos e outras pessoas façam por si?

Percepção do utente	Percepção da enfermeira
<p>“Espero que me ajudem”</p> <p>“As coisas com a minha mulher estão mais calmas, ela agora vai-me ajudar”</p> <p>“Que me dêem força para não beber”</p> <p>“A sra dra. me passe os medicamento, venho às consultas e espero que isso me ajude”</p>	<p>Espera que os outros o ajudem mas não especifica como. À excepção da médica assistente.</p>

3.4 – RECURSOS PESSOAIS IDENTIFICADOS

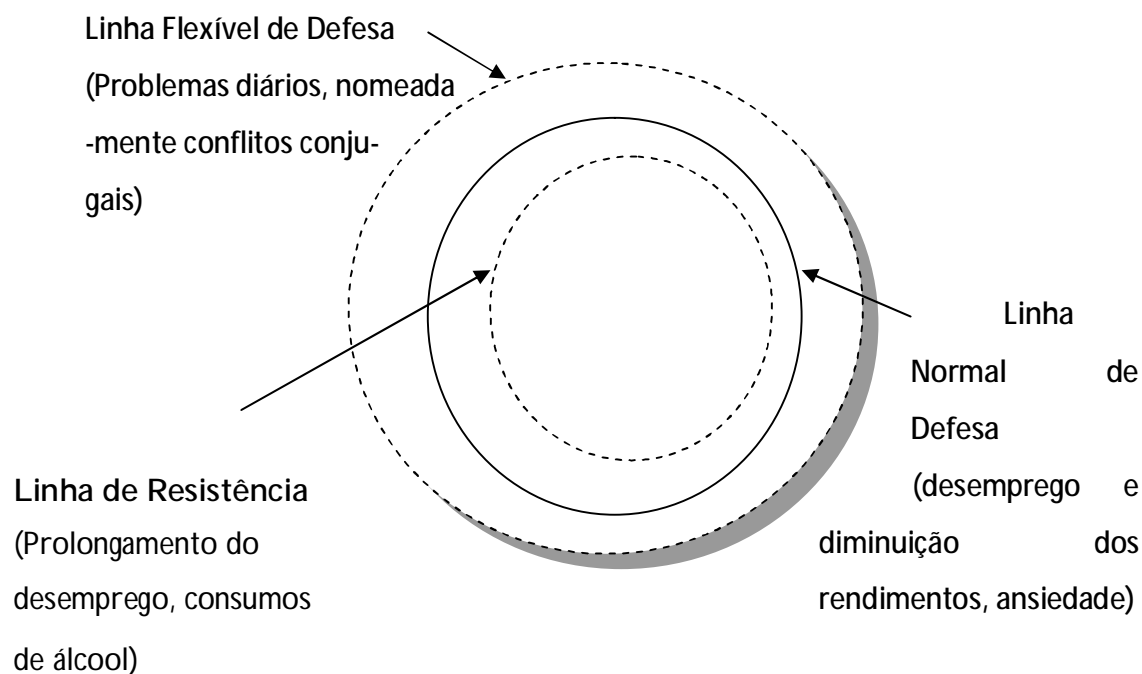
É fundamental, para o desenvolvimento e progresso dos cuidados de enfermagem, ter um conhecimento prévio dos recursos do cliente para fazer face aos seus próprios factores de stress.

Esta informação é fundamental para o desenvolvimento de um plano de cuidados particularizado e contextualizado na própria pessoa que deste plano usufrui, isto no sentido de mobilizar os recursos pessoais da pessoa para lidar com os factores de stress, funcionando o enfermeiro como um elemento auxiliador na manutenção da estabilidade do sistema utente.

Factores protectores: relação com os irmãos e a mãe.

Factores de stress: conflitos conjugais, diminuição de rendimentos por desemprego, consumos de álcool.

Figura 3: Linhas de defesa do utente



3.5 – FACTORES DE STRESS

Variáveis	Fisiológicas	Psicológicas	Socioculturais	Desenvolvimento	Espirituais
Stressores					
<u>Intrapessoais</u>					
<ul style="list-style-type: none"> • Aceitar que tem uma doença 		<ul style="list-style-type: none"> • Angústia • Ansiedade • Apreensão 	<ul style="list-style-type: none"> • A família considera o alcoolismo um problema não uma doença 	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar o alcoolismo como uma doença e tratá-la como tal, para evitar recaídas. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Resolução de conflitos/problemas 		<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade • Angústia • Raiva 		<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza frequentemente a fuga e o evitamento, tendo conflitos recorrentes que não são resolvidos 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade generalizada 	<ul style="list-style-type: none"> • Inquietação • Taquicardia 	<ul style="list-style-type: none"> • Angústia • Pensamentos repetitivos 	<ul style="list-style-type: none"> • “Controla” a sua ansiedade com ingestão de álcool, 		

		<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em concentra-se 	no café, na companhia de outras pessoas		
--	--	---	---	--	--

Variáveis	Fisiológicas	Psicológicas	Socioculturais	Desenvolvimento	Espirituais
Stressores					
<u>Interpessoais</u>					
<ul style="list-style-type: none"> • Conflitos com a esposa 	<ul style="list-style-type: none"> • Agitação física/Agressividade 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidade • Frustração • Arrependimento • Revolta • Tristeza 	<ul style="list-style-type: none"> • Recorre ao convívio social e a consumos de álcool 		

Variáveis	Fisiológicas	Psicológicas	Socioculturais	Desenvolvimento	Espirituais
Stressores					
<u>Extrapessoais</u>					
<ul style="list-style-type: none"> • Desemprego e diminuição dos rendimentos 		<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da auto-estima e sentimento de utilidade • Preocupação • Ansiedade • Frustração 			

3.6 – PLANO DE CUIDADOS

As intervenções de enfermagem foram intervenções individuais desenvolvidas durante o internamento do utente na CP1 Pav 29.

O internamento teve a duração de 14 dias, que decorreram entre o dia 14 de Outubro e o dia 28 do corrente mês.

As intervenções podem-se agrupar em:

- ◆ Colheita de dados, identificação de focos, avaliação do nível de ansiedade e avaliação da forma como o utente lida com os problemas
- ◆ Planificação das intervenções
- ◆ Execução das intervenções
- ◆ Avaliação das intervenções através do exame mental e da aplicação dos instrumentos utilizados na avaliação do nível de ansiedade de da forma como o utente lida com os problemas.

As intervenções realizaram-se de forma individual e em grupo.

Todos os ensinamentos foram acompanhados de informação escrita entregue numa pasta, para consolidar e reler os assuntos abordados.

O Plano de Cuidados será com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 1.0.

Durante a colheita de dados foram levantados vários focos:

- † Coping comprometido
- † Processo familiar comprometido
- † Risco de Uso de álcool
- † Ansiedade elevada
- † Memória comprometida

DIAGNOSTICO	OBJECTIVOS	PREVENÇÃO PRIMÁRIA	PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	PREVENÇÃO TERCIÁRIA
Coping comprometido	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar as estratégias de coping 	<ul style="list-style-type: none"> Executar sessão de educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis 	<ul style="list-style-type: none"> Executar terapia de grupo 	
Processo familiar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer método de resolução de problemas para resolver conflitos familiares 		<ul style="list-style-type: none"> Executar treino de resolução de problemas 	
Risco de uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> Manter a abstinência 	<ul style="list-style-type: none"> Executar sessão de educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis 	<ul style="list-style-type: none"> Executar sessão de biblioterapia Ensinar sobre a doença Incentivar a adesão ao regime terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar treino de competências sociais Encaminhamento para consulta externa
Ansiedade elevada	<ul style="list-style-type: none"> Diminuir o nível de ansiedade para diminuída 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação do nível de ansiedade 	<ul style="list-style-type: none"> Gerir ambiente físico Executar técnica de relaxamento progressivo Assistir no 	<ul style="list-style-type: none"> Informar sobre exercícios que pode realizar em casa

DIAGNOSTICO	OBJECTIVOS	PREVENÇÃO PRIMÁRIA	PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	PREVENÇÃO TERCIÁRIA
			sono <ul style="list-style-type: none"> • Diminuir a ansiedade 	
Memória comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar alterações da memória • Diminuir alterações mnésicas 		<ul style="list-style-type: none"> • Executar treino de memória 	

Após a análise dos dados o utente apresenta um score de 52 na Escala de ansiedade-traço e 40 na Escala de ansiedade-estado. Valores que revelam ansiedade elevada

Para além deste instrumento foi, também, utilizado o Inventário de Resolução de problemas, que representa uma escala de coping, para conhecer como é que o utente lida com eles.

Da análise do Inventário pode-se observar que o sr D apresenta um valor global inferior à média, que revelam pontuações inferiores para o pedido de ajuda (F1), no controlo interno/externo de problemas (F4), na estratégia de controlo de emoções (F5) e na agressividade internalizada/externalizada /F7).

No período que decorreram as intervenções, o exame mental realizado na entrevista de colheita de dados sofreu alterações. As alterações mais evidentes foram:

Humor - gradualmente ficou expansivo, com expressão de auto-estima e auto-confiança muito elevada

Postura dominadora acentuou-se,

Expressões das emoções não eram congruentes com o fáceis (alexitimia). Esta situação verificou-se quando o utente afirmou que veio fazer o tratamento por pressão da

esposa e para melhorar o ambiente familiar, no entanto, se durante o tratamento houvesse ruptura desta relação ele não iria fazer nada para a reatar, a expressão deste facto realizou-se com fáceis alegre e humor expansivo.

A actividade motora acentuou-se com inquietação caracterizada por mudar de posição, com frequência

A Atitude manteve-se colaborante com expressão de motivação para o tratamento, mas sem qualquer juízo crítico para a sua situação ou para a doença

Este quadro reverteu após a licença de fim-de-semana que decorreu entre 23 e 26 de Outubro.

No dia 26 e 27 de Outubro, o sr G apresentou humor eutímico, a actividade motora manteve a inquietação nas mãos, mas com menor frequência, com discurso que demonstrou preocupação e algum juízo crítico sobre a dificuldade de se manter em abstinência no seu contexto sócio-cultural.

No dia 27 de Outubro foram aplicados os instrumentos de avaliação de ansiedade-estado e o Inventário de Resolução de problemas, foi feita uma síntese das intervenções feitas e nova avaliação do estado mental.

DIAGNOSTICO	AVALIAÇÃO
Coping comprometido	Mantém coping comprometido, no entanto, melhorou a forma de lidar com os problemas. IRP Valor global passou de 128 para 134, é de salientar a melhoria ao nível: do confronto e resolução activa de problemas, do controlo interno/externo, da auto-responsabilização e do medo das consequências.
Processo familiar comprometido	O processo familiar mantém-se comprometido, no entanto, a melhoria na resolução de problemas contribuiu para amenizar os conflitos. Após a licença de fim-de-semana referiu não teve conflitos e que o ambiente familiar estava calmo.
Risco de uso de álcool	O risco de álcool mantém-se presente , no entanto, o sr D apresenta juízo crítico, afirmações de auto-confiança, motivação e abstinência de 32 dias

DIAGNOSTICO	AVALIAÇÃO
Ansiedade elevada	Termo da intervenção a 27/10. A ansiedade traço não foi avaliada devido ao curto intervalo de tempo, no entanto, a ansiedade-estado desceu de 40 para 27.
Memória comprometida	Mantém memória comprometida, no entanto, não é perceptível no discurso do sr D as alterações identificadas na avaliação inicial

Exame Mental no final da intervenção:

- § *Percepção* - Não foram apuradas alucinações zoopsicas ou outras.
 - § *Pensamento* – Não apresenta *delirium* na sequência da abstinência alcoólica.
 - § *Discurso e Linguagem* – Apresenta discurso coerente, fluente e organizado.
 - § *Insight e Juízo* – Apresenta insight e juízo crítico, apurado através do discurso após o fim-de-semana , no qual verbalizou a dificuldade e o medo de recair , quando se deslocou ao café onde habitualmente consumia, tomando consciência das suas dificuldades e da sua dependência.
 - § *Humor e emoções* – humor eutímico com expressão de emoções congruentes e apresenta fáceis
- Aspecto e comportamento*
- § Idade aparente - Apresenta idade superior à real, com base na observação do estado da pele.
 - § Actividade motora – Sem tremores das extremidades, lentificação, agitação psicomotora ou outra alteração .
 - § Atitude – colaborante e motivado para o tratamento com expressão de afirmações de auto-confiança
 - § Atenção – captável, avaliada pelo interesse e discurso
 - § Concentração – mantida, sendo capaz de repetir o que lhe foi dito

- § Vestuário e higiene – cuidada, com utilização de roupa que valoriza a morfologia atlética
- § Postura – Dominadora
- § Morfologia - Atlética
- § Apresenta contacto cordeal e adequado, mantém o contacto com o olhar.
- § *Orientação* – Encontra-se orientado no tempo, espaço, auto e alopsíquica.
- § *Consciência* – Vigil
- § *Memória* – Mantém alterações mnésicas episódicas ao nível da memória retrógada e a curto prazo.

4 – CONCLUSÃO

O alcoolismo é uma doença que envolve vários factores, nomeadamente, sociais, culturais e psicológicos, daí o seu tratamento ser igualmente complexo e relativamente longo.

O processo de tratamento e reabilitação envolve algumas mudanças que o utente tem que realizar para ter sucesso no tratamento e manter a abstinência.

O internamento é sempre uma separação do ambiente familiar e social, no entanto, é um momento que representa uma pausa, um ponto de viragem.

Este período é particularmente difícil devido aos sintomas de abstinência, mas também porque exige uma retrospecção da sua vida.

Este utente apresenta SDA com evolução de vários anos e apesar de todos os problemas de saúde do próprio causados pelo consumo de álcool e a nível sócio-familiar, com a morte do pai e do irmão. Ele inicialmente apresenta *insight* e juízo crítico, no entanto, ao longo do internamento altera o discurso e acaba por confrontar-se com a própria negação no momento em que sai de licença de fim-de-semana e se depara com o meio sócio-cultural envolvente e percebe que a abstinência vai ser uma prova diária.

Para a evolução ao longo do internamento em muito contribuiu as intervenções breves e individuais, a relação de ajuda estabelecida e as sessões de educação para a saúde em grupo.

5 – BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Lisboa: Climpesi Editores, 2006

BRÊTAS, Ana Cristina Passarella; GAMBÁ, Mónica Antar – Enfermagem e saúde do adulto. S. Paulo: Editora Manole, 2006

COUTINHO, Maria da Penha de Lima et al – Representações sociais: abordagem interdisciplinar. Paraíba: João Pessoa editora universitária, 2003

COSTA, M^a Manuela G. B – “O Enfermeiro e o alcoolismo: uma abordagem cognitivo-comportamental”. *In* Sinais Vitais, n^o 17, Março, 1998, p27-31

EDWARDS, Griffith; MARSHALL, E. Jane; COOK, Christopher C. H. – O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde. 3^a edição. Porto Alegre: Artmed, 1999

ELBREDER, Márcia Fonsi et al – Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. Jornal Brasileiro de Psiquiatria (2008) Vol 57 n^o 1, p.9-15

FILHO, Hilson Cunha – Necessidades de Intervenção no Consumo de álcool, tabaco e outras drogas em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública. vol 3 n^o2 (2005) p.77-88

FREESE, Barbara T. *in* TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – Teóricas de enfermagem e a sua obra. 5^a edição. Loures: Lusociência, 2004

GEORGE, Julia B. - Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KIRITZÉ- TOPOR, Paul; Bénard – Guia Prático Climpesi de Alcoologia. Lisboa: Climepsi editores, 2007

MERCÊS DE MELO et al – Manual de Alcoologia para o clínico geral. Coimbra: s/ed. 1988

NABAIS, Luís de Oliveira – Os jovens e o álcool na sociedade contemporânea: estudo de um grupo de jovens consumidores excessivos da região de Lisboa. Universidade Aberta, Lisboa, 2005. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde

NOBREGA, Maria do Perpétuo S.S.; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de – Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. Revista de Saúde Pública (2005), vol 39 n^o5, p.816-823

NUNES, João Carlos Moreira; PATEIRO, Virgínio Pedro Leal – Etilização aguda e acção de enfermagem. *In* Revista Sinais Vitais, n^o 30 (Maio de 2000). ISSN 0872-8844, pp 13-22

OGDEN, Jane – Psicologia da saúde. Lisboa: Climepsi editores. 1999

Ordem dos Enfermeiros - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 1.0, 2006.

RANGÉ, Bernard P. – Terapia Cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *In* Revista Brasileira Psiquiatria. Nº30 (SuplII), 2008, p.88-95

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virgínia A. – Compêndio de Psiquiatria. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SEQUEIRA, Carlos – Introdução à prática clínica. 1ª ed. Coimbra: Quarteto, 2006.

TRZEPACZ, Paula T.; BAKER, Robert W. – Exame Psiquiátrico do estado mental. Lisboa: Climepsi editores, 2001

www.alcoolismo.com.br , consultada a 29 de Outubro de 2009.

www.who.int, Global Status Reporto on Alcohol 2004. Department of Mental Health and Substance Abuse. consultada a 20 de Novembro de 2010

ANEXOS

ANEXO I: Treino de Resolução de Problemas (exemplo)

Como resolver um problema?

1. Definição do problema: Ansiedade reacionada com o desemprego

2. Inventário de soluções e recursos:

- Procurar trabalho
- Ir ao centro de emprego
- Ir ao café consumir bebidas alcoólicas
- Ocupar-se com outras actividades
- Ver TV
- Fazer exercício físico/caminhada
- Exercícios de relaxamento
- Tomar medicação
- Ver montras
- Andar de bicicleta

3. Identificação dos recursos ou soluções:

- Procurar trabalho
- Ir ao centro de emprego
- Ocupar-se com outras actividades
- Ver TV
- Fazer exercício físico/caminhada
- Exercícios de relaxamento
- Andar de bicicleta

4. Escolha da solução: Fazer exercício físico/caminhada; andar de bicicleta

5. Planificação e implementação da acção: Realizar as escolhas feitas 3 vezes por semana e/ou quando se sentir ansioso.

6. Avaliação: espera-se que ao final de um mês o utente se sinta menos ansioso.

Anexo XX

Reflexão Crítica sobre a intervenção de enfermagem na crise

Reflexão crítica sobre a intervenção de enfermagem na crise

Segundo Neeb (2000) a pessoa em crise está em risco de dano físico e emocional, infligido por si ou por outro.

No síndrome de dependência alcoólica (SDA) as intervenções de enfermagem na crise variam desde sintomas de abstinência severa a ligeira.

No caso das intervenções em abstinência severa o utente apresenta alterações no exame mental a vários níveis e nesta altura que o enfermeiro especializado em saúde mental e psiquiatria deve recorrer aos conhecimentos adquiridos na sua formação para intervir promovendo o bem-estar do utente, diminuir a ansiedade, assegurar a segurança, identificar o problema e regressar ao nível de funcionamento pré-crise.

Neste momento é importante apoiar e esclarecer a família de modo a que esta dê o suporte ao indivíduo em crise.

Durante este estágio ocorreram duas situações graves: a entrada de um utente sem aparentes sinais/sintomas de abstinência e ao fim de dois dias encontra-se dependente, com alterações cognitivas, alteração da mobilidade e do estado de consciência; o segundo apresentava sintomatologia de abstinência, caracterizada por alucinações visuais, alteração do discurso, do pensamento, e alterações da mobilidade com progressão até ao sétimo dia, tendo a partir daí regredido.

Nestas duas situações severas o enfermeiro aplica os conhecimentos teóricos adquiridos através da vigilância das alterações do utente, ao estabelecer uma relação terapêutica, a colaborar ou até mesmo substituir nas AVD's, realizar reforço hídrico contribuindo para a eliminação e degradação do álcool no organismo, vigiar os sinais vitais devido às alterações características da abstinência e zelar pela segurança do utente

Com base na literatura descrita a sintomatologia de abstinência ocorre a partir das 6 a 8 H após o último consumo de álcool, atinge o seu pico entre as 24 e 48 h e melhora após os 7 dias. Estes dados são congruentes com o segundo caso.

Numa fase posterior na qual o utente se encontre hemodinamicamente estável e sem sintomatologia de abstinência, o envolvimento na família é um contributo essencial, dado que o alcoolismo é uma doença que afecta o indivíduo, a família e a comunidade. Nesta perspectiva é importante envolver a família nos cuidados e na preparação para a alta.

Na preparação da alta do utente é necessário promover um coping eficaz através do treino de resolução de problemas, de aptidões sociais, orientar para a realidade e diminuir a ansiedade através do relaxamento.

No tratamento desta patologia é importante ver o utente com alcoolismo como uma pessoa com uma doença. O facto de se ter outras considerações e representações do alcoolismo, nomeadamente, culturais contribui para a falta de investimento no tratamento e reabilitação destes utentes. Assim, a intervenção de enfermagem deve ser muito mais do que administrar terapêutica nesta fase, o enfermeiro deve recorrer a intervenções autónomas que contribuam para a melhoria e a resolução desta fase, bem como, o encaminhamento para o tratamento mais adequado fase às características individuais de cada um e os seus objectivos terapêuticos.

Anexo XXI

Intervenção de enfermagem Com a D. C.

História Clínica

A D. C. é uma utente do sexo feminino, de 51 anos, casada com uma filha de 16 anos. Como actividade laboral sempre trabalhou como cozinheira, no entanto, encontra-se desempregada há cerca de 2 anos.

Recorreu à urgência do Hospital Curry Cabral por sugestão de uma amiga a quem verbalizou ideação suicida por ingestão de ácido muriático.

História Psiquiátrica

Utente sem antecedentes relevantes, no entanto, refere que sempre foi muito ansiosa e actualmente encontrava-se a fazer 3 a 4 diazepam 5mg por dia.

Refere humor deprimido de há 2 anos a esta parte devido a problemas físicos que a incapacitam/limitam na sua actividade de vida diária e tem dificuldade em aceitar a dependência dos outros. Permanece longos períodos do dia sozinha.

História Familiar

A família da D. C. é natural de Torres Novas.

A D.C. teve uma separação dos pais ainda muito jovem. Com 4 anos de idade faleceu a sua mãe por doença, aos 10 anos faleceu o pai por acidente e a partir daí, ela e os irmãos foram residir para instituições. A D. C. viveu toda a adolescência e início da idade adulta num convento. Com cerca de 20anos veio para Lisboa, para casa de um tio, assim como, os restantes irmãos.

Cresceu afastado dos irmãos e com pouco afecto, no entanto, não considera a permanência no convento de todo desagradável.

Afirma ter contactos com os irmãos, no entanto, não revelou grandes dados sobre os mesmos, nem fez referências, podendo tratar-se de uma relação superficial.

História Pessoal

É natural de Torres Novas, viveu até aos 10 anos em casa e após a morte do pai foi viver para um convento de freiras com as suas irmãs perdendo o contacto com os restantes irmãos e família., com cerca de 20 anos veio para Lisboa, morar com um tio.

As relações afectivas eram muito superficiais e as relações familiares quase inexistentes.

Sempre trabalhou na área da restauração, tendo carteira profissional de cozinheira e nos últimos anos trabalhou em regime de contrato a termo certo no refeitório de uma escola, esta alteração foi uma opção pessoal da utente para poder acompanhar melhor a filha, com um horário fixo das 8 às 16H.

Casou aos 28 anos de idade e tem uma filha com 16 anos.

Como antecedentes pessoais refere uma cirurgia a hérnia discal e tem agendado a colocação de próteses bilaterais nas ancas e redução mamária devido a complicação na coluna vertebral.

Exame Mental:

A D. C. encontrava-se sonolenta, com apresentação descuidada morfologia picnica e postura retraída. Apresenta idade real igual à idade aparente, atenção pouco captável e submissão do olhar quando abordada.

Encontrava-se vigil e orientada auto e alopsíquica.

Tem uma expressão facial triste, contacto superficial e indiferente.

Apresentava lentificação motora associada ao seu estado de sonolência e problema físico ao nível das articulações das ancas.

O humor deprimido com manifestação de emoções congruentes de frustração e vergonha, mas de fraca intensidade.

O discurso é coerente, pouco fluente e tom de voz baixo.

Apresenta o pensamento circunstancial, andando sempre à volta do comportamento da filha e dos conflitos com o marido, sem ideação suicida.

Sem alterações da percepção, não tendo sido apurada actividade alucinatória.

A memória não revelou alterações, tendo sido possível uma colheita de dados com informações que apelavam à memória a curto e a longo prazo.

Apresentava insight, no entanto, revela pouco juízo crítico com a situação

Como focos de actuação foram identificados: coping comprometido e a auto-estima diminuída.

A intervenção iniciou-se dois dias depois da avaliação inicial.

Os objectivos da intervenção foram: identificar que ideia a D. C. tem dela, a partir daí identificar o seus aspectos positivos e negativos e reforçar os positivos, estimular o contacto olhos nos olhos quando comunica com os outros, transmitir confiança na capacidade da pessoa e auxiliar a D. C. no estabelecimento de metas realistas para alcançar uma auto-estima maior, reformular os pensamentos para a positiva.

A comunicação terapêutica começou por se fazer um balanço do fim-de-semana e reforçar as alterações positivas, que eram visíveis.

No fim-de-semana, recebeu visitas do marido e da filha e saiu na hora da visita.

A D. C. apresentava uma alteração visível do seu comportamento, atitude e discurso

A D. C. apresentou um discurso sempre pela positiva. Quando foi colocada a questão sobre a opinião que tinha sobre si própria, enumerou uma série de adjectivos positivos: honesta, trabalhadora, séria, decidida, com o lema e “não deixar para amanhã o que pode fazer hoje”(sic) e por vezes vaidosa. Caracterizou-se, também, como implicativa e muito nervosa. Esta descrição revela insight.

Posteriormente, foram identificadas actividades que lhe davam prazer e que fossem possíveis de realizar, tendo em conta as suas limitações.

A D. C. identificou: caminhar e realizar exercícios de manutenção, cozinhar, realizar ponto de cruz, limpeza em casa e relaxar no banho. Destas actividades foram identificadas com que frequência as realizava e foi incentivada a realizá-las como uma forma de cuidar de si, de promover as relações interpessoais e de ser um motivo para sair de casa e arranjar-se, dado que houve uma alteração nos hábitos de vestir da D. C. Segundo esta, era uma pessoa que gostava de se arranjar, no entanto, os longos períodos em casa fazem com que se descuide do visual e das peças de vestuário. Foi aconselhada a vestir-se como se sente bem mesmo que seja para estar em casa.

Recorreu-se ao treino de resolução de problemas para melhorar a auto-estima da D. C. e como sugestão para resolução de conflitos com a filha adolescente.

Relativamente ao aspecto físico referiu desconforto e desgosto pelo volume do peito, no entanto, refutou de imediato a afirmação com um pensamento positivo: “durante este mês deve chegar a marcação da cirurgia e é uma questão de semanas ou meses” (sic).

Foi confrontada com as grandes expectativas que tem nas cirurgias pré-marcadas.

Nos próximos meses irão decorrer vários acontecimentos que poderão melhorar o dia à dia da D. C e a sua auto-imagem. E se forem adiados por tempo indefinido? As respostas foram dadas com um sorriso confiante: “se não for agora há-se se depois, quem esperou dois anos, mais quinze dias, um mês ou dois não fará diferença”.

Foi abordado o motivo pelo qual a levou à urgência. O olhar ficou menos intenso e o fácil triste, mencionou sentimentos de vergonha e voltou a reforçar que não ia dizer nada à restante família, considera que foi uma ideia que não ia resolver a sua situação e poderia ter consequência piores (apresentou juízo crítico, quanto ao motivo de internamento).

Foi incentivada a ver o lado positivo de uma situação que à primeira vista poderia ser negativa, a reformular pensamentos considerando a vida como um caminho de aprendizagem e não como uma punição. Foi incentivada a realizar actividades que lhe dêem prazer quer com a família, sozinha ou com a rede de amigas mais próxima.

Foi sugerido que reflectisse sobre toda a sua actividade e pensasse que numa situação de fragilidade e necessidade de apoio dos outros não o negasse ou omitisse, pois iria cultivar em si sentimentos de frustração e de angústia, aceitar a dependência ou incapacidade quer seja permanente ou temporária é, também, aceitá-la e viver com ela.

Como grandes projectos que aguarda com alguma ansiedade tem 3 cirurgias até Fevereiro e voltar ao trabalho. Embora desempregada e com 51 anos de idade, tem boas perspectivas de trabalho..

A avaliação da intervenção incidiu na avaliação do exame mental.

A D. C. encontra-se muito mais desperta, embora com roupa do hospital estava com apresentação mais cuidada, a postura mais confiante e adequada. A atenção captável e já olhava nos olhos quando falava.

Manteve-se vigil e sem alterações na orientação.

Fáceis alegre, tendo em várias situações sorrido e exprimido as emoções de uma forma positiva e congruente. Humor eutímico.

A D. C. encontrava-se mais colaborante

Mantém alteração motora devido a problema físico.

O discurso era coerente, fluente, sem alterações do pensamento (sem ideação suicida) e com reformulação de ideias. O discurso deixou de incidir nos problemas com a filha e nos conflitos do marido para se basear nos seus aspectos positivos, que ela própria elogiava e nas atitudes que iria tomar após a alta.

Revelou insight e juízo crítico sobre o motivo que a levou ao internamento.

Anexo XXII

**Sessão de educação para a saúde sobre adesão ao regime
terapêutico**

Planificação da sessão

Tema: Promoção da adesão terapêutica

Local: Área de Dia da UTRA

Data: 12 de Janeiro de 2010

Duração: 45 min

População alvo: utentes da Área de dia

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Método: Interrogativo, brainstorming, activo

Material: quadro didax, canetas, folheto informativo

Objectivo: Reflectir sobre a importância do regime terapêutico no tratamento, identificar vantagens e desvantagens em aderir ao regime terapêutico.

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentação do formador. Apresentação dos objectivos da sessão e pedido de colaboração.	3 min
Desenvolvimento	1. O que é o regime terapêutico? 2. Qual a importância/objectivo em aderir ao regime terapêutico 3. Ganhos/vantagens que cada um identifique depois de estar a aderir ao regime terapêutico? 4. Desvantagens em aderir?	30 min
Conclusão	Síntese das principais ideias com a colaboração dos utentes e entrega de um folheto informativo sobre a adesão ao regime terapêutico.	12 min
Avaliação	A adesão ao regime terapêutico é um tema transversal a todos os utentes, identificado e confirmado pelos mesmos. Assim, a participação na resposta às questões colocadas foi elevada e diversificada.	

Na sua maioria atribuíram a má adesão aos consumos de álcool e à incapacidade de reconhecer a sua importância.

Os objectivos propostos foram cumpridos, tendo em conta a participação, o conteúdo das intervenções e a reflexão conjunta de que os consumos de álcool alteram o discernimento e a capacidade de aderir ao regime terapêutico proposto, por outro lado, a adesão ao regime terapêutico é das medidas mais importantes para manter a abstinência e permitir o tratamento do alcoolismo.

**Dê uma
oportunidade
a si mesmo
e
Colabore no seu
tratamento**

**Cumpra sempre a prescrição feita pelo
seu médico**

Não interrompa a medicação

**Os efeitos secundários não ocorrem
em todas as pessoas nem todos em
simultâneo.**

**Centro Hospitalar
psiquiátrico de Lisboa**

**Clínica Psiquiátrica 1
Pavilhão 29 r/c**

**Adesão ao regime
terapêutico**



**Clínica Psiquiátrica 1
Pavilhão 29 r/c**

Nº telefone 21 791 7000
Extensão _____

Elaborado por: **Carla Ventura**

Aluna do II Mestrado de natureza profissional,
área de especialização em Saúde Mental e
Psiquiátrica da Universidade Católica

O que é um regime terapêutico?

É um conjunto de recomendações propostas com o objectivo de intervir na prevenção e no tratamento dos problemas de saúde.

Exemplo: Medicação, consultas, terapia ocupacional, fórum socio-ocupacional



Aderir ao regime terapêutico é:

- Adequar o seu comportamento com o que lhe foi proposto.
- Cumprir a terapêutica
- Colaborar e ter um papel activo no seu tratamento

O que significa falta de adesão?

- ♦ Saltar tomas da medicação
- ♦ Alterar as doses e horários prescritas pelo médico
- ♦ Abandonar a terapêutica
- ♦ Faltar a consultas
- ♦ Não realizar exames que sejam solicitados

A saúde é sua

O tratamento é seu

Cuide de si

Ajude a ajudar-se

As principais causas de não aderir à terapêutica?

- ♦ Não reconhecer a terapêutica como um meio fundamental no seu tratamento
- ♦ Não reconhecer que está doente
- ♦ Abandono de terapêutica quando se começa a sentir melhor

Vantagens em aderir ao regime terapêutico:

- Controlar os sintomas
- ♦ Evitar recaídas
- ♦ Reduzir o risco de agravamento das complicações associadas à doença
- ♦ Melhorar as condições físicas e psicológicas
- Contribuir para seu processo de tratamento/Reabilitação e equilíbrio

Desvantagens em aderir ao regime terapêutico:

- É um tratamento longo
- Andar sempre com terapêutica
- Reestruturar os seus hábitos de maneira a cumprir terapêutica dentro do horário e a frequentar consultas

memoria para contribuiçao zotich
78 30:03 msc: 2502236 25 zstho? r

Anexo XXIII

Formação em Serviço: apresentação do estudo de caso

Formação em Serviço

Tema: Apresentação de um estudo de caso

Local: CPI 1, Pav 29 r/c do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Data: 4 de Novembro de 2009

Duração: 20 min

População alvo: Enfº da clínica psiquiátrica 1

Metodologia: Expositiva, activo

Objectivo: Reflectir sobre os cuidados de enfermagem ao utente com Síndrome de Dependência Alcoólica, apresentar a intervenção terapêutica realizada no serviço.

Material: PC, projector

Formador: Carla Ventura

Introdução	Apresentação do formador e dos objectivos da sessão	2 min
Desenvolvimento	Apresentação do estudo de caso centrado no processo de enfermagem. O processo de enfermagem foi realizado com base no Modelo da Teoria dos Sistemas e segundo a linguagem CIPE Discussão do plano de cuidados	16 min
Conclusão	Síntese da sessão, reforçando a importância de aliar a teoria à prática na procura da excelência do cuidar.	2 min

Avaliação	<p>A sessão tinha um período de apresentação muito limitado devido à orgânica e funcionamento do serviço. Desta forma, foi utilizado o método expositivo para a apresentação do estudo de caso e o método activo no final para discutir o plano de cuidados realizado. Com recurso a esta metodologia foi possível realizar uma boa gestão do tempo.</p> <p>Na discussão do estudo de caso, foi de extrema importância as intervenções realizadas. As intervenções basearam-se na colocação de questões relacionadas com a apresentação do plano de cuidados segundo um modelo teórico que, embora fosse conhecido por alguns, não tinham até ao momento assistido ao plano de cuidados segundo o mesmo.</p> <p>Por outro lado, a aplicação de instrumentos de diagnóstico e avaliação enriqueceu a intervenção realizada e consequentemente o estudo de caso.</p>
-----------	--

Estudo de caso

História Clínica

Dados biográficos

- § Sexo masculino
- § 31 anos de idade
- § Vive em união de facto
- § Desempregado há 5 meses. Última profissão: carpinteiro de ferragens
- § Tem o 6º ano de escolaridade

Dados biográficos

- § Inicia consumos de álcool aos 14 anos, com agravamento durante o regime militar obrigatório
- § Fez tratamento na UTRA , seguimento em consulta e esteve abstinente 3 anos
- § Consumos esporádicos de haxixe
- § Apresenta convulsões tónico-clónica com frequência

Setembro

H Curry Cabral



H S. Bernardo



Consulta externa do CHPL

Outubro

CP1

Dados clínicos

Antecedentes

- § Consumos de álcool desde os 14 anos
- § Tentativa de suicídio em 2002
- § Internamento na UTRA em 2005

Antecedentes

- § 3º filho de uma fratria de 5
- § 2000 Falecimento do pai por neoplasia do esófago. Com hábitos alcoólicos acentuados
- § 2001 Falecimento de um irmão mais velho, num acidente de viação, embriagado. Tinha consumos de álcool acentuados
- § Hábitos alcoólicos acentuados, em indivíduos do sexo masculino, na linha paterna

Processo de enfermagem

§ Colheita de dados, identificação de focos, avaliação do nível de ansiedade e avaliação da forma como o utente lida com os problemas

§ Planificação das intervenções

§ Execução das intervenções

§ Avaliação das intervenções através do exame mental e da aplicação dos instrumentos utilizados na avaliação do nível de ansiedade de da forma como o utente lida com os problemas.

Exame Mental

§ *Percepção* - Não foram apuradas alucinações zoopsicas ou outras.

§ *Pensamento* – Não apresenta *delirium* na sequência da abstinência alcoólica.

§ *Discurso e Linguagem* – Apresenta discurso coerente, fluente e organizado.

§ *Insight e Juízo* – Apresenta insight e juízo crítico, apurado através do discurso no qual reconhece os prejuízos que os consumos de álcool lhe trouxeram, reconhece que fica alterado (agressivo) quando consome e sente que a relação familiar se tornou cada vez mais distante. A decisão de tratar da sua dependência vem da necessidade de melhorar o ambiente familiar.

§ *Humor e emoções* – humor ansioso, com expressão de emoções congruentes e apresenta fáceis alegre.

Aspecto e comportamento

- § **Idade aparente** - Apresenta idade superior à real, com base na observação do estado da pele.
- § **Actividade motora** – inquietação com movimentos repetitivos das mãos. Sem tremores das extremidades, lentificação ou agitação psicomotora características do síndrome de privação e *delirium*.
- § **Atitude** – colaborante e motivado para o tratamento com expressão de afirmações de auto-confiança
- § **Atenção** – captável, avaliada pelo interesse e discurso
- § **Concentração** – mantida, sendo capaz de repetir o que lhe foi dito
- § **Vestuário e higiene** – cuidada, com utilização de roupa que valoriza a morfologia atlética
- § **Postura** – Dominadora
- § **Morfologia** - Atlética
- § Apresenta contacto cordeal e adequado, mantém o contacto com o olhar.

§ *Orientação* – Encontra-se orientado no tempo, espaço, auto e alopsíquica.

§ *Consciência* – Vigil

§ *Memória* – apresenta alterações mnésicas episódicas ao nível da memória retrógada e a curto prazo. Não sabe identificar datas dos acontecimentos do ultimo mês. Relativamente à data do internamento no Hospital Miguel Bombarda respondeu, em diferentes momentos com anos diferentes, o mesmo aconteceu quando foi questionado sobre o ano em que o pai e o irmão faleceu.

O estudo de caso foi realizado com base
no Modelo de Sistemas de Betty
Neuman

e o Plano de Cuidados com recurso à
Classificação Internacional para a Prática
de Enfermagem (CIPE)

Plano de cuidados

Diagnóstico	Objectivos	Prevenção Primária	Prevenção Secundária	Prevenção Terciária
Coping comprometido	Melhorar as estratégias de coping	<p>§ Executar sessão de educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis</p> <p>§ Aplicar IRP (Valor global 128)</p>	§ Executar terapia de grupo	
Avaliação	Mantém coping comprometido, no entanto, melhorou a forma de lidar com os problemas. IRP Valor global=134, de salientar: o confronto e resolução activa de problemas, controlo interno/externo, a auto-responsabilização e o medo das consequências.			

Diagnóstico	Objectivos	Prevenção Primária	Prevenção Secundária	Prevenção Terciária
Processo familiar comprometido	Conhecer o método de resolução de problemas para resolver conflitos familiares		Executar treino de resolução de problemas	

Avaliação	O processo familiar mantém-se comprometido, no entanto, a melhoria na resolução de problemas contribuiu para amenizar os conflitos. Após a licença de fim-de-semana referiu não teve conflitos e que o ambiente familiar estava calmo.
------------------	--

Diagnóstico	Objectivo	Prevenção Primária	Prevenção Secundária	Prevenção Terciária
Risco de uso de álcool	Manter a abstinência	Executar sessão de educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis	<ul style="list-style-type: none"> §Executar sessão de biblioterapia §Ensinar sobre a doença §Incentivar a adesão ao regime terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> §Realizar treino de competências sociais §Encaminhamento para consulta externa

Avaliação	O risco de álcool mantém-se presente , no entanto, o sr D apresenta juízo crítico, afirmações de auto-confiança, motivação e abstinência de 32 dias
------------------	---

Diagnóstico	Objectivo	Prevenção Primária	Prevenção secundária	Prevenção Terciária
Ansiedade elevada	Diminuir o nível de ansiedade	<p>§Avaliação do nível de ansiedade com a aplicação do STAI.</p> <p>§Ansiedade-traço: 52,</p> <p>§Ansiedade-estado:40</p>	<p>§Gerir ambiente físico</p> <p>§Executar técnica de relaxamento progressivo</p> <p>§Assistir no sono</p> <p>§Diminuir a ansiedade</p>	<p>§Informar sobre exercícios de relaxamento que pode realizar em casa</p> <p>§Ensino sobre a higiene do sono</p>

Avaliação	Termo da intervenção a 27/10. Ansiedade-estado: 27
------------------	---

Diagnóstico	Objectivo	Prevenção Primária	Prevenção Secundária	Prevenção Terciária
Memória Comprometida	§Avaliar alterações da memória §Diminuir alterações mnésicas		§Executar treino da memória	

Avaliação	Mantém memória comprometida, no entanto, não foram apuradas no discurso do utente as alterações observadas na avaliação inicial
------------------	---

Exame Mental

§ *Percepção* - Não foram apuradas alucinações zoopsicas ou outras.

§ *Pensamento* – Não apresenta *delirium* na sequência da abstinência alcoólica.

§ *Discurso e Linguagem* – Apresenta discurso coerente, fluente e organizado.

§ *Insight e Juízo* – Apresenta insight e juízo crítico, apurado através do discurso após o fim-de-semana , no qual verbalizou a dificuldade e o medo de recair , quando se deslocou ao café onde habitualmente consumia, tomando consciência das suas dificuldades e da sua dependência.

§ *Humor e emoções* – humor eutímico com expressão de emoções congruentes e apresenta fáceis alegre.

Aspecto e comportamento

- § **Idade aparente** - Apresenta idade superior à real, com base na observação do estado da pele.
- § **Actividade motora** – Sem tremores das extremidades, lentificação, agitação psicomotora ou outra alteração .
- § **Atitude** – colaborante e motivado para o tratamento com expressão de afirmações de auto-confiança
- § **Atenção** – captável, avaliada pelo interesse e discurso
- § **Concentração** – mantida, sendo capaz de repetir o que lhe foi dito
- § **Vestuário e higiene** – cuidada, com utilização de roupa que valoriza a morfologia atlética
- § **Postura** – Dominadora
- § **Morfologia** - Atlética
- § Apresenta contacto cordeal e adequado, mantém o contacto com o olhar.

§ *Orientação* – Encontra-se orientado no tempo, espaço, auto e alopsíquica.

§ *Consciência* – Vigil

§ *Memória* – Mantém alterações mnésicas episódicas ao nível da memória retrógada e a curto prazo.

Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM – IV- TR. 4ª edição. Lisboa: Climpesi, 2004. BRÊTAS, Ana Cristina Passarella; GAMBA, Mónica Antar – Enfermagem e saúde do adulto. S. Paulo: Manole, 2006
- COUTINHO, Maria da Penha de Lima et al – Representações sociais: abordagem interdisciplinar. Paraíba: João Pessoa editora universitária, 2003
- FREESE, Barbara T. *in* TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – Teóricas de enfermagem e a sua obra. 5ª edição. Loures: Lusociência, 2004
- GEORGE, Julia B. - Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- MERCÊS DE MELO et al – Manual de Alcoologia para o clínico geral. Coimbra: s/ed. 1988
- NABAIS, Luís de Oliveira – Os jovens e o álcool na sociedade contemporânea: estudo de um grupo de jovens consumidores excessivos da região de Lisboa. Universidade Aberta, Lisboa, 2005. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde
- NUNES, João Carlos Moreira; PATEIRO, Virgínio Pedro Leal – Etilização aguda e acção de enfermagem. *In* Revista Sinais Vitais, nº 30 (Maio de 2000). ISSN 0872-8844, pp 13-22
- OGDEN, Jane – Psicologia da saúde. Lisboa: Climepsi editores. 1999
- Ordem dos Enfermeiros - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 1.0, 2006.
- SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virgínia A. – Compêndio de Psiquiatria. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- SEQUEIRA, Carlos – Introdução à prática clínica. 1ª ed. Coimbra: Quarteto, 2006.
- TRZEPACZ, Paula T.; BAKER, Robert W. – Exame Psiquiátrico do estado mental. Lisboa: Climpesi editores, 2001
- www.alcoolismo.com.br , consultada a 29 de Outubro de 2009.

Anexo XXIV

Análise das práticas

Análise das práticas

Tema: Prestar cuidados ao doente com problemas de alcoolismo

Local: CPI 1, Pav 29 r/c do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Data: 23 de Outubro de 2009

Duração: 20 min

População alvo: Enf^o da clínica psiquiátrica 1

Metodologia: Activo e trabalho de grupo

Objectivo: Reflexão sobre as dificuldades em prestar cuidados ao doente com problemas de alcoolismo.

Material: canetas, folhas com perguntas predefinidas e cartolina/quadro branco.

Formador: Carla Ventura

Introdução	Apresentação do formador e dos objectivos pretendidos	2 min
Desenvolvimento	Entregar uma folha com as perguntas: 1. Como caracterizam os doentes com síndrome de dependência alcoólica? 2. Que dificuldades cada um sente quando presta cuidados a estes doentes? 3. Como se pode ultrapassar as dificuldades para prestar melhores cuidados ao doente? Colocar as mesmas perguntas em três cartolinas e responder às questões com a opinião dos enfermeiros, a minha opinião e segundo a bibliografia consultada	3 min 3min 10 min
Conclusão	Síntese das ideias mais importantes debatidas. Entrega de folha com referências bibliográficas elementares na fundamentação da sessão.	2 min

Avaliação	<p>A análise das práticas foi uma situação inovadora no serviço. Apesar disso da apreensão e expectativa, os srs. Enfermeiros apresentaram uma excelente participação ao partilharem a respostas às questões colocadas e na discussão da forma como sugeriram ultrapassar as dificuldades que eles próprios identificaram na sua prática.</p> <p>No decorrer da análise a participação evolui quando identificaram casos específicos, como actuaram e como poderiam ter actuado.</p> <p>Como auto-sugestão considero que deveria ter melhorado a gestão do tempo, tendo este ultrapassado o que estava previsto, no entanto, a pertinência e importância das intervenções contribuiu para o prolongamento da sessão.</p> <p>Como sugestão para a chefia do serviço ficou a realização deste tipo de análise das práticas, mensalmente, inserido na planificação da formação em serviço.</p>
-----------	---

Análise das práticas

Prestar cuidados ao doente com problemas de alcoolismo

1. Como caracterizam os doentes com síndrome de dependência alcoólica?

2. Que dificuldades cada um sente quando presta cuidadosa estes doentes?

3. Como se pode ultrapassar as dificuldades para prestar melhores cuidados ao doente

Cartolina 1: Como caracterizam os doentes com síndrome de dependência alcoólica?

Minha opinião	Manipuladores Falsos Sem juízo crítico sobre a sua situação
Opinião do enfermeiros	
Referências bibliográficas	Chatos Irritantes Falsos Mentirosos Inconsequentes Irresponsáveis Não lutam por si Cobardes Não assumem o tratamento

Cartolina 2: Que dificuldades cada um sente quando presta cuidados a estes doentes?

Minha opinião	Dificuldade em lidar com a personalidade do doente de forma assertiva Respeitar a fase em que está da doença, principalmente se tiver em negação, porque se identifica prejuízos, considera que tem uma doença, se já teve recaídas, porque é que ainda não saiu da negação e em que é que eu posso ajudar, também, para me sentir útil?
Opinião do enfermeiros	
Referências bibliográficas	<ul style="list-style-type: none">• Lidar com os sentimentos de frustração após várias intervenções e mesmo assim ocorre a recaída• Confrontar com o problema do alcoolismo, fazendo-o de uma forma circunstancial.• Estabelecer uma relação/comunicação terapêutica.• Lidar com o comportamento do utente• Lidar com a complexidade dos factores que envolvem o alcoolismo

Cartolina 3: Como se pode ultrapassar as dificuldades para prestar melhores cuidados ao doente

Minha opinião	Tentar conhecer melhor o doente, Perceber melhor a sua doença, Aceitar que tem uma doença
Opinião do enfermeiros	
Referências bibliográficas	<ul style="list-style-type: none">• Reconhecer o alcoolismo como uma doença com necessidade de internamento em Hospital Psiquiátrico• Aprofundar conhecimentos sobre o alcoolismo• Compreender as dificuldades dos doentes na resolução de problemas e coping ineficaz• Aceitar o alcoolismo como uma doença• Aceitar as recaídas como algo que está incluído no processo de doença• Conhecer os factores que envolvem o alcoolismo• Conhecer outras técnicas de comunicação.

Guia de Orientação

Apresentação do objectivo: reflectir sobre a prestação de cuidados ao doente alcoólico

Entrega das folhas e informar que as folhas ficam com as pessoas. Escrever é uma forma de solidificar e cimentar as nossas reflexões.

1. Como caracterizam os doentes com síndrome de dependência alcoólica?

Eu acho

Manipuladores

Falsos

Sem juízo crítico sobre a sua situação

2. Que dificuldades cada um sente quando presta cuidados a estes doentes?

Eu acho

Dificuldade em lidar com a personalidade do doente de forma assertiva

Respeitar a fase em que está da doença, principalmente se tiver em negação, porque se identifica prejuízos, considera que tem uma doença, se já teve recaídas, porque é que ainda não saiu da negação e em que é que eu posso ajudar, também, para me sentir útil?

3. Como se pode ultrapassar as dificuldades para prestar melhores cuidados ao doente?

Eu acho:

Tentar conhecer melhor o doente,

perceber melhor a sua doença,

aceitar que têm uma doença

Bibliografia

MATOS, Salomé e tal. Cuidar da pessoa alcoólica: vivências de enfermagem. *In* Nursing.nº159, Outubro, 2001, p 16-19

VARGAS, Divane de; LABATE, Renata Curi; COSTA JUNIOR, Moacyr L. da. Alcoolistas - tratar ou punir: disposição de enfermeiros de hospital geral. *In* [Revista de Enfermagem da UERJ](#), v.11, n.2, ago. 2003. tab, p.188-192.

VARGAS, Divane de; LABATE, Renata Curi. Trabalhar com pacientes alcoolistas: satisfação de enfermeiros de hospital geral. *In* [Revista Gaúcha de Enfermagem](#), v.26, n.2, , ago. 2005. ilus. p.252-260

VARGAS, Divane de; LABATE, Renata Curi. Atitude de enfermeiros de hospital geral frente ao uso de álcool e alcoolismo. *In* [Revista Brasileira de Enfermagem](#), v.59, n.1, Janeiro/Fevereiro. 2006. ilus. p.47-51.

Anexo XXV

Reflexão Crítica sobre competências desenvolvidas no módulo II

Competências desenvolvidas no módulo II

Neste módulo foram desenvolvidas várias competências nas intervenções da crise, com incidência em intervenções de enfermagem especializadas no tratamento do alcoolismo e da depressão.

A CP I revelou-se um campo de estágio no qual foi possível desenvolver e aprofundar técnicas de comunicação e relacionamentos com o utente e família, contribuindo para a relação de ajuda estabelecida, através dos cuidados prestados aos utentes e a intervenção junto das famílias.

Por outro lado, através das intervenções breves desenvolvidas demonstrei: conhecimentos adquiridos e aprofundados baseados na evidência científica e nos resultados de investigação válidos e relevantes; demonstrei capacidade de trabalho nas diversas e complexas situações da área de especialização, recorri à criatividade nos ensinamentos realizados e adequei os métodos de intervenção utilizados ao indivíduo, segundo uma perspectiva académica avançada.

No desenvolvimento de competências na área de especialização não me limitei a intervenções com os utentes e contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros através da formulação e análise de problemas relacionados com a formação em enfermagem de forma sistemática e crítica, com a identificação de necessidades formativas e com intervenções dirigidas nesse sentido com a análise das práticas e a apresentação do estudo de caso.

Nesta linha de pensamento, a apresentação contribui, também, para a comunicação das intervenções realizadas e da sua avaliação a um grupo profissional.

Através das intervenções realizadas quer com os utentes, quer com a equipa de enfermagem desenvolvi competências na intervenção na crise, no âmbito de uma perspectiva académica avançada, com o objectivo de contribuir para a excelência dos cuidados na área de especialização.

Anexo XXVI

Estudo de Caso

Carla Ventura

Estudo de caso

Universidade Católica Portuguesa

2010

Carla Ventura

Nº aluna: 192008161

Estudo de caso

Sob tutoria: Enfª Olga Valentim

Sob orientação: Enfª Lídia Moutinho

No âmbito do Estágio Modulo III: Reabilitação
Inserida no II Mestrado de Natureza Profissional,
Área de especialização Saúde Mental e Psiquiátrica

Universidade Católica Portuguesa

2010

ABREVIATURAS

DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition

F - Feminino

GABA – Gamma-aminobutyric Acid

GR – Grama

M - Masculino

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	5
PARTE I	
2- ALCOOLISMO	6
2.1 – ÁLCOOL.....	6
2.2 – ALCOOLISMO.....	8
2.2.1 – Teorias explicativas do alcoolismo.....	10
2.2.2 – As etapas do alcoolismo	11
2.3 – EPIDEMIOLOGIA	15
2.4 – TRATAMENTO	17
2.5 – COMPLICAÇÕES DO ALCOOLISMO	19
3 – BULIMIA	21
3.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO	23
3.2 – ETIOLOGIA	24
3.3- MODELOS EXPLICATIVOS DOS DISTURBIOS ALIMENTARES	25
3.4 – EPIDEMIOLOGIA	26
3.5 – COMPLICAÇÕES	27
3.6 – TRATAMENTO	28
PARTE II	
4- PROCESSO DE ENFERMAGEM	30
4.1 – MODELO DE ENFERMAGEM.....	30
4.2 – COLHEITA DE DADOS.....	34
4.3 – PERCEÇÃO DO UTENTE E ENFERMEIRA DA SUA SITUAÇÃO	39
4.4 – RECURSOS PESSOAIS IDENTIFICADOS.....	41
4.5 – FACTORES DE STRESS	42
4.6 – PLANO DE CUIDADOS	44

5 – CONCLUSÃO	53
---------------------	----

6 - BIBLIOGRAFIA	54
------------------------	----

ANEXOS	57
--------------	----

Anexo I : Esquema das intervenções	58
--	----

Anexo II: Auto-registo.....	59
-----------------------------	----

Anexo III: Folheto informativo da sessão de educação para a saúde sobre bulimia.....	63
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Resumo das classificações	14
---	----

TABELA 2: complicações do alcoolismo.....	22
---	----

TABELA 3: Complicações clínicas da bulimia.....	27
---	----

TABELA 4: Plano de Cuidados	46
-----------------------------------	----

1 - INTRODUÇÃO

Este estudo de caso é realizado no âmbito do Estágio Modulo III: reabilitação, inserido no II Mestrado de Natureza Profissional, área de especialização de saúde mental e psiquiatria.

Os objectivos deste estudo de caso são: aplicar e demonstrar conhecimentos teóricos adquiridos, demonstrar uma das intervenções desenvolvidas, coadunar os conhecimentos com um modelo teórico e a realizar a planificação de cuidados com base na linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)

A utente escolhida encontrava-se em tratamento, em regime ambulatorio na Área de Dia da Unidade de Tratamento e Reabilitação de alcoologia, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, cujo motivo era Síndrome de Dependência de Álcool.

Os dados colhidos e as intervenções realizadas decorreram durante o período de estágio, que decorreu entre 17 de Dezembro de 2009 a 1 de Fevereiro de 2010.

Este estudo de caso é constituído pela Parte I, no qual são descritas várias conhecimentos sobre o alcoolismo e bulimia, pela Parte II que se refere ao processo de enfermagem. Nesta última parte é possível ver o Modelo Teórico de Sistemas de Betty Neuman, a colheita de dados, a entrevista realizada com base nas perguntas sugeridas por Betty Neuman, a identificação dos factores de stress, o respectivo plano de cuidados com base na linguagem CIPE e a avaliação das intervenções.

2 – ALCOOLISMO

Neste capítulo irá ser abordado o tema do alcoolismo, o que é, as diferenças entre abuso e dependência, diferenças nos sexos, valores de epidemiologia na realidade portuguesa, o tratamento. Muito há a dizer sobre este tema, mas para este contexto, estes são os assuntos mais relevantes conhecer para prestar cuidados de enfermagem de qualidade.

2.1 – Álcool

O álcool é uma droga lícita e socialmente aceite, quando ingerida moderadamente. É utilizada desde 6000 a.c. tendo o seu consumo aumentado após a Revolução industrial.

O método utilizado era a fermentação, no entanto, a partir da Idade Média começou a ser utilizado o método da destilação.

A ingestão de álcool provoca alterações no Sistema Nervoso Central (SNC) que numa fase inicial pode ser caracterizada pela desinibição, euforia, descoordenação motora, descontrole e sonolência e numa fase posterior, consiste em graves alterações do pensamento, memória e incapacidades físicas. (Brêtas & Gamba, 2006)

Para além das alterações referidas, existem estudos que consideram o consumo de álcool em quantidades moderadas contribuem para a reduzir da doença cardíaca através:

1. Redução das catecolaminas quando se esta sob stress;
2. Protecção dos vasos sanguíneos em relação ao colesterol;
3. Redução na tensão arterial
4. Autoterapia
5. Estratégia de coping a curto prazo (Ogden, 1999)

Relativamente à autoterapia, esta pode ser uma resposta a dificuldades emocionais como a ansiedade e a depressão, assim o álcool funciona como um ansiolítico

Quanto à estratégia de coping a curto prazo, poderia-se incluir na autoterapia, no entanto, a autoterapia pode não ser a curto prazo e entrar num ciclo vicioso que culminará com o abuso ou dependência do álcool.

O mesmo autor, refere que a autoterapia é um mecanismo não adaptativo de coping, assim como, a dependência. (Ogden, 1999).

O consumo de álcool está directamente associado com a cultura e sociedade em que o indivíduo está inserido, assim como as quantidades ingeridas.

O álcool quando consumido em doses superiores às recomendadas para cada indivíduo, podem induzir distúrbios mentais orgânicos, que podem ou não estar relacionado com a dependência nomeadamente:

- Intoxicação aguda – que varia entre a embriaguez, anestesia, coma, depressão respiratória e raramente a morte;
- Transtorno amnésico-alcoólicos – perda de memória recente no período de intoxicação;
- Intoxicação alcoólica idiossincrática – definida como uma intoxicação alcoólica seguida de agressividade acentuada e comportamento de heteroagressividade (Brêtas & Gamba, 2006)

As bebidas alcoólicas consoante o método de fabrico têm diferentes quantidades de etanol (líquido incolor, volátil, de cheiro agradável e característico, de sabor queimoso). Desta forma, é frequente observar-se as bebidas com menor quantidade de álcool serem servidas em copos maiores e as com maior quantidade em copos mais pequenos, sendo que a quantidade de álcool é a mesma, a quantidade de bebida é diferente.

Cerca de 1 unidade de álcool corresponde a 8 a 12 gramas de etanol. As quantidades consideradas de risco diferem consoante o sexo. As mulheres absorvem maiores quantidades de álcool quando comparadas com os homens, devido à maior proporção de gordura, levando a níveis de concentração no sangue maiores.

No homem, o consumo até 24 gr de etanol/dia é considerado sem risco e equivale a 2 copos de vinho tinto ou um aperitivo e uma cerveja. Superior a 56 gr é considerado de risco especialmente se tiver hábitos tabágicos associados.

Na mulher, o consumo até 16 gr de etanol/dia é considerado sem risco e equivale pouco mais do que 2 cervejas. Superior a 40 gr é considerado de risco. (Nabais, 2005)

2.2 – Alcoolismo

O conceito de alcoolismo-doença é, relativamente, recente, tendo surgido a partir do século XIX, com o desenvolvimento industrial.

A doença é sempre um estado de disfunção que assume uma forma característica. No caso do alcoolismo este tipo de definição torna-se bastante difícil. O termo alcoolismo tanto pode significar beber em demasia, contínua ou esporadicamente, ou de uma forma desorganizada, agravando queixas somáticas, psicológicas e sociais, o não poder deixar de beber, o que já implica uma situação de dependência.

Assim, o alcoolismo constitui uma doença caracterizada pela sua cronicidade e polipatologia, atingindo todos os órgãos e sistemas, todos os metabolismos e todas as funções. (Sequeira, 2006).

Porém, Berlote (1991) citado por Coutinho et al (2003, pag.334) define o alcoolismo “um fenómeno humano complexo que pode e deve ser abordado de um ângulo médico, social, económico, moral, ético, entre outros. É um fenómeno complexo demais para ser considerado só doença, só vício ou só qualquer coisa”.

A Associação Portuguesa de Medicina de Adição (1992) citada por Nabais (2005) refere o alcoolismo como uma doença primária, crónica, abrangendo factores ambientais, fisiológicos, psicológicos e genéticos que influenciam o seu desenvolvimento e manifestações. A doença é frequentemente progressiva e fatal. É caracterizada, contínua ou periodicamente, por: perda de controlo sobre o consumo de álcool, preocupação com o álcool como tóxico, uso do álcool apesar das consequências adversas e distorções do pensamento, nomeadamente a negação do problema.

Segundo o DSM IV (2006) nas perturbações pela utilização de substâncias, distingue o abuso da dependência de substâncias.

O abuso é considerado um padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défices ou sofrimento, clinicamente significativo, manifestado por um ou mais sintomas, durante 12 meses. Os sintomas são:

- Utilização recorrente da substância resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, escola, ou em casa. Fraco desempenho profissional relacionado com a utilização de substâncias, suspensões ou expulsões escolares, negligência de crianças ou deveres domésticos;

- Utilização recorrente de substâncias em situações que tal se torna fisicamente perigosos

- Problemas legais recorrentes

- Continuação da utilização da substância apesar de problemas sociais e interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.

Outro dos critérios e nenhum destes sintomas preencherem os critérios de dependência de substâncias.

A dependência é considerada, igualmente, um padrão desadaptativo e é necessário apresentar 3 ou mais sintomas durante 12 meses:

- Tolerância definida por:

- a) Necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;

- b) Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.

- Abstinência manifestada por qualquer um dos seguintes:

- a) Síndrome de abstinência característica da substância

- b) A mesma substância consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência

- A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia

- Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir o controlar a utilização da substância

- É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção e utilização da substância e à recuperação dos seus efeitos
- É abandonada ou diminuída a participação e importantes actividades sociais, ocupacionais e recreativas devido à utilização de substâncias.
- A utilização de substâncias é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância.

Em geral, o consumo de álcool verifica-se mais nos homens do que nas mulheres, numa proporção de 5:1, no entanto, esta diferença tende a aproximar-se. A diferença também pode variar com a faixa etária, sendo que o consumo, por parte da mulher, começa numa faixa etária mais avançada. No entanto, as perturbações relacionadas com o consumo do álcool também se desenvolvem e quando isso ocorre, as mulheres apresentam o mesmo leque de problemas que os homens.

2.2.1 – Teorias explicativas do alcoolismo

Existem três grandes teorias: a abordagem fisiológica, a sociológica e a psicodinâmica.

A teoria explicativa com abordagem fisiológica gira em torno da genética e da sua relevância. Nesta abordagem nem sempre se distingue a genética do ambiente, no entanto, estudos com gêmeos idênticos e crianças adoptadas filhas de pais alcoólicos revelam que existe uma componente genética de 3 a 4 vezes superior. Por outro lado, crianças adoptadas por famílias alcoólicas não aumentam o risco de problemas com o álcool.

Estudos realizados revelaram que o cérebro das crianças, com pais com problemas de álcool, exibe qualidades incomuns em medidas electrofisiológicas. Outras das evidências foram concentrações baixas de serotonina, dopamina e GABA ou outros metabólitos.

A abordagem sociológica refere as estruturas da sociedade, caracterizadas por hábitos, tradições morais e religiosas, os aspectos económicos e de produção, assim

como, comportamentos que envolvem aspectos sociais nomeadamente a iniciação ao álcool, os responsáveis pela taxa de alcoolismo.

Por fim, a abordagem psicodinâmica considera que se trata de pessoas com superegos muito punitivos e rígidos que utilizam o álcool para alívio do stress inconsciente. A personalidade, destas pessoas, têm traços comuns: timidez, isolamento, impaciência, irritabilidade, ansiedade, hipersensibilidade, sexualidade reprimida. Segundo um provérbio psicanalítico comum, o superego é solúvel em álcool. O consumo pode ocasionar sensação de poder e maior auto-estima. (Sadock e Sadock, 2007).

2.2.2 – Etapas do alcoolismo

O consumo de álcool começa por ser moderado no qual o álcool actua como um modificador do estado emocional, inicialmente, e vai aumentando a sua intensidade de modo a servir como um mecanismo de conforto, posteriormente como uma necessidade e chega ao ponto de ser um modo de sobrevivência. (Sequeira, 2006)

Sequeira (2006) identifica 3 etapas: a bebida excessiva, a dependência alcoólica e o alcoolismo crónico.

A bebida excessiva caracteriza-se por:

- O indivíduo passa muito tempo a beber socialmente, bebendo mais do que os seus companheiros;
- A frequência do consumo aumenta semanalmente;
- Sente culpabilidade pelos seus hábitos e irrita-se quando se fala no assunto;
- O álcool passa a ser imprescindível na sua vida social e no trabalho.

Na etapa da dependência alcoólica:

- Começa a perder o controle sobre a bebida e começa a beber compulsivamente;
- A embriaguez passa a ser frequente;
- Perde a auto-estima;
- As relações interpessoais deterioram-se;

- Deixa de cumprir as suas obrigações no trabalho;
- A degradação física começa a ser notória;
- Faz tentativas frustradas para deixar de beber;
- Pode manifestar impulsos ou efectuar tentativas de suicídio.

Quando passa a alcoolismo crónico:

- Passa os dias a beber não distinguindo o tipo de bebida;
- A ingestão de alimentos é reduzida;
- Os sintomas mentais e físicos apresentam-se a um nível de bastante gravidade;
- A tolerância ao álcool diminui;
- Surgem problemas físicos graves que o levam a urgentes cuidados médicos;
- Vive predisposto ao *Delirium tremens*.

Ogden (1999) faz referência a estudos sobre os comportamentos de dependência e define 4 fases do uso de substâncias:

1. Iniciação;
2. Manutenção

Num estudo sobre o consumo de álcool, ¼ dos homens e das mulheres entrevistadas declaravam-se com abstémios e apontavam como principais razões: não gostar do sabor e a religião.

O momento de início não é consensual e pode ocorrer em qualquer altura da vida.

Os factores psicológicos e predisõem o consumo relacionam-se com a ansiedade e tensão, sendo o consumo de álcool uma forma de o aliviar. Ainda que uma pequena quantidade possa ter esse efeito e não seja nefasto, o facto de aumentar a dose e de manter os consumos já não revela o mesmo.

Por outro lado, existem factores sociológicos nomeadamente a aprendizagem de comportamentos por modelação. Quando os filhos convivem com pais que fazem consumos estão expostos a um comportamento que os pode influenciar e levar a repetir. O consumo e abuso de álcool pelo grupo de pares também prediz o consumo, assim

como, a procura de emoções, tendência para a agressividade e história de problemas com as autoridades.

3. Cessação de um comportamento de dependência

A cessação de um comportamento de dependência pode ser analisada em termos de:

- Processos envolvidos, no qual, se aplica o modelo de Prochaska e DiClemente e que inclui a pré-intenção, a intenção, a acção e a manutenção.
- Intervenções para promover a cessação: intervenções clínicas para promover a mudança individual (perspectivas segundo um modelo patológico, segundo as teorias de aprendizagem social sobre a cessação e movimentos de auto-ajuda), intervenções de saúde pública para promover a cessação nas populações (Conselhos médicos, intervenções no local de trabalho, programas comunitários, intervenções governamentais).

4. Recaída

Nesta última fase pode ocorrer recaída ou não.

Existe um estado inicial que é de abstinência, posteriormente entra-se no estado pré-lapso que consiste numa situação de alto risco a qual pode ter dois caminhos. Um dos caminhos refere-se a respostas de coping adaptativas que aumentam a auto-eficácia e o indivíduo continua abstinente sem recaídas. O outro refere-se a respostas de coping ineficazes, que leva a auto-eficácia diminuída, expectativas de resultados positivos frustradas, ocorre o lapso com o primeiro consumo e posteriormente o efeito da violação da abstinência e a recaída. (Ogden, 2006)

2.2.3 – CLASSIFICAÇÃO DO ALCOOLISMO

Kiritzé-Torpor e Bénard (2007), referem outra categorização do alcoolismo: a *ausência de consumo* (pessoas que nunca beberam ou se encontram abstinentes); *uso "normal"* (cerca de 2/3 da população que bebem quantidade reduzidas e pontualmente abusos no consumo); *abuso sem dependência* (encontram-se os consumidores de risco, com consequências físicas, psíquicas e sociais na sequências do consumo excessivo de

álcool); e *abuso com dependência* (incluem indivíduos com dependência física e psíquica de álcool).

Por outro lado, os mesmos autores descrevem várias classificações quer históricas, clínicas ou epidemiológicas.

Na classificação histórica baseiam-se em Jellinek, que define o alcoolismo como o consumo de bebidas alcoólicas prejudiciais para o indivíduo, para a sociedade ou para ambos e distingue 5 formas : alfa – dependência psicológica sem perda de controlo ou incapacidade de suspender o consumo; beta – complicações somáticas sem dependência; gama – perda de liberdade de controlo do consumo, embriaguez pontual e progressiva passagem da dependência psíquica à dependência física; delta – sem perda de controlo nem embriaguez, mas com síndrome de abstinência quando interrompe o consumo; épsilon – alcoolização episódica, maciça, dipsomaniaca.

Relativamente às classificações epidemiológicas, Kiritzé-Torpor e Bénard (2007), recorrem às classificações de Cloninger, Barbor e Adis.

Tabela 1 – Resumo das classificações

Autores	Tipos	
Cloninger	Tipo I – inicia-se depois dos 20 anos, em ambos os sexos e relacionado com o meio e factores genéticos	Tipo II – início antes dos 20 anos, exclusivamente masculino e evolui rapidamente para dependência, quando associado a factores genéticos e impulsividade do sujeito
Barbor	A – início tardio, com evolução lenta, menor número de complicações, tratamento em ambulatório	B – início precoce, dependência mais grave, co-morbilidade psiquiátrica associada, tratamento em meio hospitalar.
Adis	Secundários – inclui o tipo I de Cloninger e A de Barbor.	Primários – inclui o tipo II de cloninger e o B de Barbor

	(correspondem a 30% dos casos)	(correspondem a 70% dos casos)
--	--------------------------------	--------------------------------

2.3 – ALCOOLISMOS NO FEMININO

O alcoolismo feminino é um problema complexo de difícil percepção devido à disparidade de valores epidemiológicos, que variam consoante a amostra, o local e a data. (Nóbrega e Oliveira, 2005). No entanto, é de comum acordo que o alcoolismo feminino ocorre em menor frequência, comparativamente, com o masculino e que o seu diagnóstico não é tão rigoroso devido à protelada confrontação com a vergonha de procurar tratamento especializado. (Kiritzé-Topor e Bénard, 2007).

Apesar das mudanças sociais e culturais, existe uma menor pressão para a mulher começar a beber e maior para parar, sendo recorrente a estigmatização, o desprezo e o abandono da mulher com problemas de alcoolismo. (Elbreder et al, 2008).

O facto da mulher apresentar um problema de alcoolismo pressupõe o não cumprimento do seus papéis enquanto mãe, esposa e mulher.

O julgamento social repercute-se na evolução do alcoolismo. O consumo tem uma evolução mais prolongada, início tardio, com consequências físicas mais graves (comparativamente com os Homens) e, segundo Nóbrega e Oliveira (2005) raramente comparecem acompanhadas nas sessões de tratamento solicitando, por vezes, sigilo sobre o tratamento devido à vergonha e receio de fracassarem.

Kiritzé-Topor e Bénard (2007) acrescenta que as mulheres alcoólicas estão muitas vezes sujeitas a violência psíquica e física, por parte dos companheiros, com maior incidência naqueles que apresentam abuso ou dependência de álcool, no entanto, também ocorre quando se trata de não consumidores.

Paralelamente a esses comportamentos, os companheiros de mulheres alcoólicas, investem menos num trabalho terapêutico realizado pelas esposas, do que as companheiras de homens alcoólicos ou consumidores problemáticos.

Na opinião de vários autores, a caracterização sociodemográfica das mulheres com alcoolismo, corresponde a mulheres com idade cerca de 40 anos, católicas, raça branca, solteiras separadas ou em situação de luto ou divórcio e desempregadas. No que respeita à escolaridade, os dados são relativos : Elbreder et al (2008) refere que a menor escolaridade está relacionada com o aumento do consumo, no entanto, Edwards, Marshall e Cook (1999) contrapõe isso referindo que a pressão dos pares, o stress e o facto de trabalhar numa cultura dominada por homens contribui para o consumo.

O mesmo autor, menciona eu as mulheres com uma intensa actividade social tem menor risco de desenvolver o abuso/consumo problemático, porém Nóbrega e Oliveira (2005) num estudo qualitativo com uma amostra de 13 mulheres concluiu que a actividade social intensa não foi suficiente para impedir a progressão do consumo do álcool.

A dependência alcoólica apresenta alguns factores de risco, nomeadamente, traumatismos psíquicos e físicos decorridos na infância ou adolescência: abusos sexuais, violência; numa fase adulta ter um companheiro alcoólico a história familiar de alcoolismo.

Por outro lado, a maioria das mulheres apresentam co-morbilidade de perturbações psiquiátricas, associadas ao alcoolismo, exemplo disso são as perturbações do humor (depressão, ansiedade) e alterações dos comportamentos alimentares (bulimia). (Edwards, Marshall e Cook, 1999; Kiritzé-Topor e Bénard, 2007; Elbreder et al, 2008).

Os consumos de álcool para além da sua carga psíquica e social, também, trazem consequências físicas graves, nomeadamente, miocardiopatias, miopatia, lesão cerebral, hepatite com progressão para cirrose, inibição da ovulação, diminuição da fertilidade e vários problemas ginecológicos e obstétricos.

A gravidade das lesões está relacionada com o menor nível sérico da enzima álcool-desidrogenase, associada ao espaço hídrico mais restrito e maior volume de tecido adiposo contribui para a absorção rápida e maior concentração sanguínea com a mesma dose.

Assim, a OMS define o limite de toxicidade de 30 gr de álcool puro, por dia, para os homens e 2 gr para as mulheres.

2.4 – EPIDEMIOLOGIA

Ao nível da União Europeia (dos 15), Portugal é considerado o 2º país no qual cada indivíduo consome mais álcool, sendo que, o primeiro lugar é ocupado pelo Luxemburgo, no qual existem grandes comunidades de emigrantes portugueses. (Nunes & Pateiro, 2000).

Segundo a OMS descreve no Global Status Report on Alcohol de 2004, Portugal encontra-se nos primeiros 12 países em que o consumo de álcool, per capita é maior adiantando o valor de 12,49 L, no eu se refere ao consumo de vinho ocupa o 3º lugar a nível mundial com 7, 16 L. (www.WHO.int consultada a 20 de Novembro de 2009)

A nível europeu, o mesmo relatório coloca em primeiro lugar o Luxemburgo com 17,54 L seguido da República Checa, França e Alemanha à frente de Portugal.

No entanto dados mais recentes de 2005 e segundo o Relatório World Drink Trends revelam que Portugal tem um consumo per capita elevado, embora os valores tenham algumas discrepâncias, a análise dos resultados é unânime em revelar que Portugal apresenta um elevado consumo de álcool puro per capita. (Filho, 2005)

Dentro do próprio país existem diferenças regionais, embora os resultados se reportem a 1997, revelam que é na zona de Lisboa, Porto, Braga e Aveiro que se encontram o maior número de dependentes e bebedores excessivos de álcool. (Mercês de Melo, 1997)

Estas diferenças estão relacionadas com a densidade populacional de cada distrito, factores sócio-económicos, tradições culturais de determinada zona e concentração de pessoas de determinadas religiões, sendo que os judeus, asiáticos e protestantes conservadores consomem menos álcool do que os protestantes liberais e católicos. Mercês de Melo (1997)

2.5 – TRATAMENTO

No alcoolismo agudo, as formas mais comuns, em geral, não necessitam de qualquer intervenção terapêutica, especialmente se situam nos estádios iniciais (com valores de alcoolemia entre 2,5 – 3 gr/litro).

O tratamento das formas mais graves de intoxicação alcoólica deve respeitar os princípios básicos de qualquer intoxicação e, ter em consideração, os factores individuais que actuam como agravantes, nomeadamente, a idade, gastrectomia, insuficiência renal hepática.

O objectivo do tratamento é: acelerar a destruição do álcool e neutralizar os seus efeitos depressões sobre o SNC.

OS procedimentos poderão passar por uma lavagem gástrica, repouso e ventilação adequada, vigiar a depressão cardio-respiratória, vigiar estados de agitação psicomotora e fazer contenção química e atender às formas comatosas graves. (Mercês de Melo et al, 1988)

Numa situação de alcoolismo crónico, o tratamento exige uma intervenção terapêutica multidisciplinar em vários contextos. Para o sucesso é importante: a motivação do utente para o tratamento e processo de mudança, o envolvimento do seu ambiente sócio-familiar e a reintegração na família, comunidade e local de trabalho.

O tratamento no utente com alcoolismo crónico tem por objectivo:

- Tratar da intoxicação alcoólica e das suas complicações;
- Proporcionar meios para o utente reconstruir e reorganizar a sua vida;
- Restabelecer as suas capacidades relacionais e com o meio, estabilizar num

novo estilo de vida de abstinência alcoólica, mantida e valorizada pelos aspectos gratificantes que lhe são inerentes.

O tratamento desenrola-se em três etapas:

1. Primeiro contacto – reconhecimento e avaliação da situação;

2. Desintoxicação – tratamento os efeitos tóxicos e metabólicos causado pelos álcool, nomeadamente, dos sintomas e quadros de privação alcoólica e, ainda, a correcção das complicações físicas e psíquicas;

Nesta etapa ocorre a supressão total do álcool e administra-se soroterapia glicosada e hipertónica e vitaminas para rehidratação e protecção das células hepáticas e do SNC, corrige-se a acidose metabólica e, frequentemente, é necessário recorrer à sedação.

3. Desenvolvimento de um programa psicoterapêutico de apoio e recuperação do individuo, de reinserção sócio-familiar, laboral e motivação para a opção de um novo estilo de vida assente numa total abstinência alcoólica futura.

A psicoterapia terá a função de integrar as pulsões de agressividade ou libidinais, inerentes à abstinência.

A psicoterapia tem como objectivo ajudar os indivíduos a identificar e a aceitar o seu problema com o álcool e, posteriormente, persistir na mudança dos pensamentos, sentimentos e comportamentos que parecem estar na base do uso patológico de álcool, pode constituir uma abordagem terapêutica que facilite e promova uma recuperação mais rápida, prolongando a abstinência.

A psicoterapia mais recomendada é a de grupo, podendo recorrer à individual em situações excepcionais.

Outra abordagem terapêutica é a grupoterapia, que consiste numa abordagem da personalidade humana e num método que proporciona que, os indivíduos, aprendam a conhecer-se a si próprios através da consciencialização dos pensamentos disfuncionais e, com base numa série de técnicas, contribuam para a mudança de pensamentos, sentimentos e acções não apenas relacionadas com o consumo abusivo de álcool, mas também, com os problema do quotidiano.

A psicoterapia de pós-cura terá como objectivo permitir ao individuo reconhecer e assumir a sua incapacidade de suportar o álcool, fazendo abandonar a ilusão de domínio relativamente ao consumo e levando-o a aceitar uma total impotência que o obriga a uma abstinência absoluta. (Mercês e Melo et al, 1988; Sequeira, 2006)

O tratamento do alcoolismo inclui a reabilitação psicossocial, que segundo Saraceno (2001), citado por Pinho et al (2008, p.84), "é um processo pelo qual se facilita ao individuo com limitações a restauração no melhor nível possível de autonomia das suas funções na comunidade".

A reabilitação pode ter várias abordagens: cognitivo-comportamental, cognitiva, psicodinâmica, conjugal e familiar e intervenções breves. Costa (1998), Barroqueiro (2002), www.alcoolismo.com.br, consultada a 25 de Janeiro de 2010.

Por outro lado, Range e Marlatt (2008) consideram a terapia cognitivo-comportamental, uma das terapias com maior eficácia no tratamento do alcoolismo.

A sua abordagem pode ser em grupo, contribuindo para a melhoria das relações interpessoais e competências sociais; ou individualmente, proporcionado um acompanhamento mais específico. (Brito, 1998 e Barroqueiro, 2002).

Existem 33 diferentes modalidades de tratamento do alcoolismo, no entanto, Range e Marlatt (2008) focalizaram-se nas técnicas com maior eficácia: treino de aptidões sociais, treino de auto-controle, entrevista motivacional breve, gestão do stress e ansiedade, treino de resolução de problemas, treino de assertividade e reestruturação cognitiva.

2.6 – COMPLICAÇÕES DO ALCOOLISMO

O alcoolismo implica complicações a vários níveis, nomeadamente, a nível físico como estão descritos na tabela 4, a nível social no qual se inclui o absentismo laboral, a violência doméstica e outras situações problemáticas, acidentes de viação e a nível económico devido à baixa produtividade e delegação de retirada de cargos de responsabilidade. (Sadock e Sadock, 2007).

TABELA 2: Complicações do alcoolismo

Sistema	Complicação
Gastro-intestinal	Hepatopatias (esteatose e cirrose hepática, hepatite) Pancreatite crônica Gastrite Úlcera Neoplasias (boca, língua, esófago, estômago, fígado)
Circulatório	Cardiomiopatias Hipertensão arterial
Sanguíneo	Anemias (em especial a megaloblástica) Leucopénia
Nervoso	Neuropatia periférica Nevrite óptica retrobulbar Degenerência cerebolosa Encefalopatia de Wernicke – Korsakoff Demências alcoólicas
Reprodutor	Impotência (Homens) Alterações menstruais e infertilidade (Mulheres)

Para além destas complicações, existem perturbações psiquiátricas associadas ao consumo de álcool. Entre elas encontram-se: as perturbações do humor (30% têm critérios de depressão major), perturbação de ansiedade, alteração do padrão do sono, perturbações psicóticas induzidas pelo consumo de álcool ou no decurso da abstinência, perturbações da memória e défices cognitivos. (Sadock e Sadock, 2007)

3 – BULIMIA

Este capítulo faz um enquadramento teórico sobre a bulimia, as causas, modelos explicativos da doença, formas de tratamento e complicações associadas.

No final irá abordar a substituição de dependências no decurso do processo de reabilitação.

Incluir este capítulo contribui para o aprofundamento de conhecimentos daquilo que são os dois grandes focos de intervenção na utente: o alcoolismo e a bulimia, contribuindo para a melhoria das intervenções realizadas.

3.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO

A bulimia nervosa foi descrita pela primeira vez por Russel em 1979, como um distúrbio grave da conduta alimentar, que afectava na sua maioria mulheres que apresentavam episódios de ansiedade frequentes, com recurso a indução do vómito, uso de laxantes ou diuréticos, com a finalidade de prevenir o aumento do peso.

Salzano (2006) citado por Grandó e Rolim (2006), acrescenta a ingestão de grande quantidade de alimentos rapidamente acompanhado de métodos compensatórios inadequados.

No DSM IV critérios para o diagnóstico de bulimia incluem:

A. Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva. Um episódio é caracterizado pelos dois critérios seguintes:

1. Comer, num período curto de tempo (por exemplo, num período até 2 horas) uma quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias:

2. Sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante o episódio (por exemplo, um sentimento de incapacidade para parar de comer ou controlar a quantidade e qualidade dos alimentos).

B. Comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal, tal como, vomitar; usar laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; ou exercício físico excessivo.

C. A ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos 2 vezes por semana em 3 meses.

D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporais.

E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de anorexia nervosa.

Na classificação da bulimia existem dois tipos: tipo purgativo, que inclui a indução do vômito, abuso de laxantes e diuréticos; não purgativo, quando se recorre a exercício físico extenuante para prevenir o aumento de peso após os episódios de sobreingestão. (Raich, 2001)

3.2 – ETIOLOGIA

A etiologia desta alteração do padrão alimentar é multifactorial, incluindo uma diversidade de factores que se categorizam em factores predisponentes, precipitantes e de manutenção. (Morgan, Vecchiatti e Negrão, 2002; Raich, 2001).

Os factores predisponentes podem ser divididos em individuais, nomeadamente: traços de personalidade - obsessão, impulsividade e baixa auto-estima; história de distúrbios psiquiátricos – como a depressão e dependência de substâncias; tendência para a obesidade, alterações dos neurotransmissores e abuso sexual.

Outro dos factores predisponentes é a situação familiar, na qual a agregação familiar, a hereditariedade, o padrão de interação ser desorganizado e imperar o descuido nos cuidados, grande preocupação dos pais pelo peso e imagem da filha, são situações que podem contribuir para a alteração do padrão alimentar.

Por último, o factor com elevado peso: a pressão sócio-cultural e a cultura com o ideal de beleza feminina centrada na magreza.

Os factores precipitantes estão relacionados com as pessoas que habitualmente fazem dieta e acontecimentos de vida potencialmente stressantes como por exemplo: nascimento de um irmão, separação dos pais, falecimento do pai, mudança de casa, a mãe começar a trabalhar fora de casa, mudança de escola, passagem de um novo ciclo escolar, aparecimento de uma doença grave e conflitos importantes com um amigo íntimo.

Como factores de manutenção os autores sugerem:

1. Factores cognitivos com evitação da aversão de poder engordar;
2. Afecto negativo dado pela satisfação na sobreingestão;
3. Condutas purgativas, quando a sobreingestão é mantida com a segurança que a qualquer momento podem usar como mecanismos purgativos.

3.3 – MODELOS EXPLICATIVOS DOS DISTURBIOS ALIMENTARES

Existe um leque de modelos explicativos, no entanto, Raich (2001) apenas aborda os que, na sua opinião, são os mais importantes:

1. Modelo evolutivo de Striegel-More, que consiste na resposta a duas questões: Porquê mulheres e Porquê adolescentes?

São as mulheres que se preocupam com a aprovação social, a beleza é um aspecto central na feminilidade e, por outro lado, os homens concedem grande importância à beleza física das parceiras, muito mais que as mulheres em relação aos homens.

O facto de serem adolescentes prende-se com o aumento de peso, gordura corporal e alterações fisiológicas que a colocam no pólo oposto ao modelo social, diminuindo a sua auto-estima.

2. Modelo de Levine e Smolack

Consideram que o distúrbio alimentar é resultado da interação de factores como dieta não patológica, distúrbios subclínico e distúrbio alimentar.

Outro dos aspectos é o “complexo super-mulher”, que implica um elevado perfeccionismo e necessidade de aprovação social, proporcionando o início do distúrbio alimentar.

3.4 – EPIDEMIOLOGIA

A bulimia é uma doença com maior prevalência em países industrializados no qual existe uma sobrevalorização da imagem corporal e da conceptualização da beleza associada à magreza. (Raich, 2001; Hay, 2002; DSM-IV, 2006; Dixe, 2008).

No entanto, Hoek (1998) citado por Hay (2002) considera que os transtornos alimentares não são um fenómeno puramente ocidental, por outro lado Raich (2001) afirma que os estudos realizados em culturas ou sociedades menos industrializados são escassos e tem prevalências inferiores à dos países ocidentalizados.

Segundo Hay (2002) a bulimia ocorre em 1% das mulheres jovens ocidentais e num estudo que decorreu entre 1950 e 1992, que revelou o aumento da incidência nas ultimas décadas e concluiu que esta seria de 28,8 entre as mulheres de 0,8 em Homens por 100.000 indivíduos/ano.

Estes valores estão de acordo com a prevalência indicada de 1-3% par mulheres e cerca de 1/10 deste valor para os Homens, descritos pelos DMS IV (2006) e por Sadock e Sadock (2007).

Num artigo publicado por Dixe em 2008, no qual faz referência a vários estudos, observa-se que em todos eles, independentemente, do país em que foi realizado aponta para uma prevalência, significativamente, superior nas mulheres, principalmente, entre os 18 e os 25 anos.

Tendo por base os estudo o mesmo artigo, conclui-se que os comportamentos purgativos como a indução do vômito ou uso de laxantes e diuréticos é mais frequente nas mulheres e comportamentos não purgativos, principalmente, o exercício físico é mais frequente nos homens.

3.5 – COMPLICAÇÕES

As principais complicações descritas por Assumpção e Cabral (2002) e Raich (2001) estão agrupadas na tabela nº3 abaixo

Tabela nº3 - Complicações clínicas na bulimia

FUNÇÃO	ALTERAÇÃO
Metabólica e electrolítica	Hipocaliemia, hiponatremia, hipomagnesemia, hiperfosfatemia
Neurológica	Alargamento dos sulcos cerebrais, dilatação dos ventrículos, atrofia cerebral
Oftalmológica	Catarata, atrofia do nervo óptico, degeneração da retina, diminuição da acuidade visual
Endócrina	Pseudocushing, amenorreia, diminuição da libido, infertilidade, atraso no desenvolvimento puberal, osteoporose
Gastrointestinal	Esofagite, hematemeses, redução da motilidade intestinal e do esvaziamento gástrico, obstipação, prolapso rectal, dilatação gástrica, alteração da função hepática, hiperamilsémia, hipertrofia das glândulas parótidas
Renal	Cálculos renais, insuficiência renal.
Pulmonar	Taquipneia/bradipneia, edema pulmonar, pneumomediastino
Hematológica	Anemia, leucopenia, trombocitopenia, neutropenia
Outras	Cáries dentárias, ressecamento cutâneo, calosidade nos dedos e no dorso das mãos

3.6 – TRATAMENTO

Segundo Gorgati et al (2002), o tratamento da bulimia com recurso à Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), obtém-se resultados comprovadamente superiores em relação a outras terapias, no entanto, estes autores consideram que em formas mais complexas, a abordagem psicodinâmica pode ser um grande auxílio.

Nunes-Costa, Lamela e Gil-Costa (2009) consideram que a Terapia Comportamental dialética, que assenta nos princípios da TCC multimodal e tendo por base os manuais de intervenção comportamental para casos específicos de compulsão alimentar, esta terapia sugere duas modalidades: individual – sendo a mais comum na fase inicial e posteriormente a de grupo.

As sessões estão programadas para decorrer entre 16 e 25 semanas, podendo oscilar tendo em conta a especificidade das populações.

O tratamento tem quatro objectivos major:

- Diminuir os comportamentos de risco;
- Focalizar a atenção nos comportamentos que interfiram com a adesão e sucesso do tratamento (por exemplo, recusar pesar-se ou não realizar os registos diários)
- Reduzir a inferência de comportamentos associados à qualidade de vida (restrição alimentar, evitar eventos e lugares associados à alimentação).
- Capacitar os utentes com um conjunto de estratégias comportamentais que lhe permitam regular de forma efectiva os efeitos negativos.

Segundo os mesmos autores, estes objectivos são trabalhados em módulos-chave como: orientação para o modelo TCD, para a perturbação em causa, treino de tolerância do distress, treino de competência *mindfulness*, treino de competência de regulação emocional e treino de competências de efectividade interpessoal.

Raich (2001) descreve o tratamento para a bulimia segundo uma orientação cognitivo-comportamental dividida em três fases:

1. Fase: Mudança alimentar, no qual está preconizada: a motivação do utente para a alteração do comportamento alimentar, ponderar a necessidade de hospitalização,

estabelecer o auto-registo e o peso semanal, educar para a regulação do peso tendo por base o IMC e informar sobre os efeitos adversos da dieta e dos comportamentos purgativos, desaparecimento ou redução dos comportamentos purgativos e obter a cooperação de familiares e amigos.

2. Fase: Mudança cognitiva da imagem corporal. Nesta fase recorre-se à reestruturação cognitiva, ao treino de resolução de problemas, introdução progressiva de alimentos proibidos, exposição com eliminação da resposta e redução da preocupação com o peso e a imagem corporal.

3. Fase: Prevenção de recaídas. Nesta fase recomenda-se a técnica de inoculação do stress que visa ensinar e prevenir situações difíceis e adoptar as estratégias mais úteis para fazer frente a essas situações. A sua aplicação pressupõe: avaliar as situações e aplicar as técnicas de reestruturação cognitiva, resolução de problemas ou exposição. Fairburn, citado por Raich (2001), recomenda retomar um conjunto de medidas aplicadas na primeira e segunda fase para evitar a recaída.

PARTE II

4 - PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem é constituído pela apresentação do Modelo Teórico, a avaliação do utente e o plano de cuidados.

4.1 – MODELO DE ENFERMAGEM

O Modelo de Sistemas de Neuman baseia-se na: *teoria geral dos sistemas* – que afirma que todos os elementos de uma organização complexa estão em interação; na *teoria de Gestalt* – que descreve a homeostase como o processo através do qual um organismo mantém o seu equilíbrio e, conseqüentemente, a sua saúde; e, nas *perspectivas filosóficas de deChardi e Marx* – que consideram as propriedades das partes estão parcialmente determinadas pelas totalidades, num contexto de sistemas dinamicamente organizados.

Neuman usa o conceito de stress segundo a Teoria de Stress de Selye, em que este define stress como: a resposta específica do corpo às exigências que se lhe impõem; o stress aumenta a necessidade de reajuste; as forças de stress são estímulos que produzem tensão e têm potencial para causar desequilíbrios e crises situacionais ou de desenvolvimento.

O modelo de Neuman também incorpora ideias da Teoria geral de sistemas de Van Bertalanffy sobre a natureza dos sistemas abertos, que estabelece que todos os elementos estão em interacção numa organização completa.

Finalmente, com base na Teoria de Crise de Caplan, crise é um período transitório que se apresenta ao indivíduo como uma oportunidade de crescimento da personalidade ou como um momento de vulnerabilidade. Caplan usa os conceitos de prevenção primária, secundária e terciária.

Betty Neuman tem uma visão holística do cliente, sendo um sistema considerado holístico, quando quaisquer partes ou sub-partes podem ser organizadas num todo interrelacionado. A organização holística diz respeito à manutenção da totalidade das partes ou sua estabilidade, nas suas íntimas inter-relações; os indivíduos são vistos como um todo, cujas partes que o compõem estão em interacção dinâmica interdependente. Assim, é importante compreender que, embora este mundo e este cliente sejam representados em partes, Betty Neuman entende que a estrutura é una, indivisível e indissociável, e que é maior que a soma das suas partes.

Betty Neuman criou um modelo no qual explicava a sua percepção do mundo e do papel da enfermeira nesse mundo. Habitualmente, o modelo é representado num diagrama devido à sua complexidade, nomeadamente de interacções entre os intervenientes e dos mecanismos de funcionamento.

O modelo de Neuman é um modelo de sistemas aberto, composto principalmente por factores de stress, reacção aos factores de stress e o cliente, representado numa estrutura de circunferências concêntricas, que interagem com o ambiente. As circunferências concêntricas cercam a estrutura central, básica do ser humano, da família ou da comunidade e variam em tamanho e distância do reactor.

O cliente como sistema é composto por uma estrutura básica, graficamente representado no círculo interno do modelo, que são os factores básicos de sobrevivência ou os recursos energéticos, comuns a todos, mas com características peculiares de cada um. Como exemplos, pode ser o controle de temperatura corporal, os padrões genéticos, aspectos fisiológicos e outros. A estrutura básica é protegida da reacção provocada pelos factores de stress, por circunferências concêntricas, que têm como objectivo a retenção, obtenção e manutenção da estabilidade e integridade do sistema.

Ao círculo interno seguem-se uma série de circunferências de linha descontínua, que se denominam linhas de resistência, representando factores internos de resistência. Estas linhas variam com o estadió de desenvolvimento da pessoa, estilo de vida e a experiência passada, como por exemplo, o sistema de resposta imunológica do organismo. A sua função é manter a estabilidade e harmonia entre aquilo que é externo e

interno. Numa situação de stress estabilizam e fazem com que o cliente volte ao seu estado normal de bem-estar.

A circunferência seguinte é representada em linha contínua e denomina-se de linha normal de defesa. Esta é o nível habitual de estabilidade e o estado normal de bem-estar; esta linha modifica-se ao longo da vida como resultado das tensões criadas pelos factores de stress, podendo ser atravessada por estes sempre que a linha flexível de defesa não ofereça protecção adequada; sempre que isto acontece, o sistema do cliente reage, surgindo sintomas de instabilidade ou doença.

A última linha desta estrutura é novamente uma circunferência de linha descontínua e denomina-se linha flexível de defesa. Esta, é de todas a mais dinâmica, pois apresenta-se com um diâmetro maior ou menor consoante o cliente está a reagir mais ou menos adequadamente às alterações do ambiente. Estas mudanças são constantes e rápidas. A função desta linha (barreira exterior), é evitar a invasão da linha normal de defesa. Funciona como “filtro” permitindo que passem os estímulos positivos, que estimulam o desenvolvimento e crescimento da estrutura.

Esta estrutura é submetida aos factores de stress que se definem como qualquer estímulo produtor de tensão com potencial para afectar a linha normal de defesa. São habitualmente representados como setas dirigidas ao núcleo, terminando em qualquer ponto da estrutura (consoante as linhas que afectarem) e podem alterar a estabilidade da mesma actuando sozinhos ou combinados. Podem ser positivos ou negativos.

Betty Neuman divide ainda os factores de stress em intra, inter, ou extra pessoais, quando se situam respectivamente dentro do cliente, entre dois clientes ou fora do sistema do cliente. O seu efeito varia com o tempo de contacto, com o poder do factor de stress e com o significado específico para cada cliente.

A actuação destes factores vai provocar uma reacção na estrutura, denominando-se como grau de reacção. Este pode definir-se como nível de instabilidade, que resulta da invasão do sistema pela linha normal de defesa e varia com o nível de instabilidade criado e com a capacidade de reacção do cliente. Quanto mais alto for o nível de bem-estar, mais baixa será a reacção, pois o cliente não necessitará de apelar a tantos recursos.

Outros factores importantes são as características do próprio cliente que Betty Neuman apelida de variáveis e dividem-se em fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. Estas variáveis estão presentes em toda a estrutura sendo utilizadas pelo sistema para lidar com os factores de stress.

A variável fisiológica refere-se à estrutura e às funções do organismo; a psicológica aos processos mentais; a sociocultural às funções do sistema relativas às actividades sociais e culturais; a de desenvolvimento refere-se aos processos relativos ao desenvolvimento durante o ciclo de vida e a espiritual à influência das crenças.

Depois de resolvida a instabilidade, o sistema tem uma tendência natural para recuperar e manter a sua estabilidade, conduzindo o cliente a um nível de bem-estar igual, maior ou menor ao anterior, consoante a experiência seja mais ou menos positiva. Esta fase denomina-se de reconstituição.

Para Neuman, o papel da enfermagem visa a redução dos factores de stress e das condições adversas, potenciais ou reais, em qualquer situação clínica, através das intervenções aos três níveis de prevenção. Assim, a enfermeira intervém na prevenção primária antes da ocorrência da reacção a factores de stress, fortalecendo a linha flexível, permitindo uma melhor adaptação. Na prevenção secundária, a intervenção acontece após o início da reacção e procura reforçar as linhas de resistência para reduzir o grau de reacção. Finalmente, ao nível da prevenção terciária a enfermeira procura manter ou restaurar o equilíbrio do sistema em direcção à prevenção primária. O objectivo é manter a adaptação e fortalecer as linhas de resistência para prevenir reacções futuras. (Freese, 2004)

Em resumo, GEORGE (1993), descreve o modelo de Neuman como abrangente e dinâmico (...) é uma visão multidimensional de indivíduos, grupos (famílias) e comunidades que se acham em constante interacção com stressores ambientais (...) focaliza a reacção do cliente ao stress e aos factores de reconstituição ou adaptação. É considerado um modelo adequado, tanto para a enfermagem, quanto para todas as profissões de cuidado à saúde.

Segundo Neuman o processo de enfermagem apresenta três fases:

- Diagnóstico de enfermagem (identificação de problemas): através da colheita de dados, identifica-se as alterações de saúde e, conseqüentemente, determina-se as intervenções amplas e hipotéticas;

- Metas de enfermagem (objectivos): existe uma negociação entre a enfermeira e o cliente, das estratégias de intervenção para reter, atingir ou manter a estabilidade do sistema;

- Resultados esperados (intervenção dos profissionais): a enfermagem actua nos três níveis de prevenção; confirma-se a existência da mudança desejada, ou reformula-se as metas; os resultados obtidos a curto prazo, são utilizados para a criação de metas a longo prazo. O processo de enfermagem é comprovado pelo resultado do cliente.

Neuman criou um instrumento/guião de verificação e intervenção (ver ANEXO II) em que, através dele, identifica os factores de stress; as alterações ao estado de saúde habitual do cliente; elabora o diagnóstico de enfermagem e (re) avalia a mudança pretendida na natureza dos factores de stress, e dos objectivos (resultados esperados).

Sendo o processo de enfermagem, um processo interactivo entre cliente e enfermeira, em que se exige à Enfermagem um pensamento crítico antes de se actuar, é importante referir-se que a utilização do instrumento/guião, acima referido, no Processo de Enfermagem, vem confrontar os dados fornecidos pelo cliente com os que são percebidos pela enfermeira; desta forma consegue-se, então, elaborar o Diagnóstico de Enfermagem. É nesta altura, que o instrumento possibilita a negociação entre cliente e enfermeira, no planeamento das acções necessárias para manter ou melhorar o seu nível de saúde. Estas acções são desenvolvidas através dos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. (Freese, 2004).

4.2 – COLHEITA DE DADOS

Identificação

A Sra. I, em 28 anos de idade, é do sexo feminino, nacionalidade portuguesa, casada, vive com o marido e 2 filhas de 6 e 3 anos no Concelho da Amadora.

Actualmente encontra-se desempregada, tendo como ultimo trabalho: empregada de balcão num supermecado. Tem como habilitações literárias o 1º ano de Serviço Social.

Exame Mental

§ *Percepção*: Não foi apurada qualquer alteração da percepção, nomeadamente zoopsias (alterações frequentes no período de abstinência)

§ *Pensamento*: Não foi apurada actividade delirante, bloqueios de pensamento, perseveração ou ideação suicida.

§ *Discurso e linguagem*: fluente, coerente e organizado. Não apresenta alterações, nomeadamente, discurso sincopado.

§ Apresenta *insight* e *Juízo crítico*, perceptível através do reconhecimento dos prejuízos que o consumo de álcool provocou, nomeadamente, na desistência da licenciatura e nas relações familiares. Por outro lado, reconhece que está doente, que tem um problema que é resultado de um processo desadaptativo de coping e identifica outro problema que se acentuou com a abstinência: a bulimia.

§ *Humor*: ansioso e deprimido

§ *Idade aparente*: igual à idade real

§ *Actividade Motora*: não apresenta tremores posturais e de acção nas extremidades ou qualquer outra alteração, como por exemplo, lentificação ou agitação psicomotora, característico dos quadros de abstinência alcoólica.

§ *Atitude*: colaborante, interessada e motivada.

§ *Postura*: olhar baixo, no entanto, olha directamente nos olhos de forma intermitente, fáceis triste

§ *Atenção*: facilmente captável e não apresenta distractibilidade.

§ *Concentração*: mantida, sendo capaz de repetir o que lhe foi dito

§ *Vestuário e higiene*: com aspecto cuidado escolhendo roupa adequada às condições climáticas e de forma cuidada. Regularmente trás uma discreta maquilhagem.

§ *Orientação*: não apresenta alterações na orientação espaço-temporal e em relação à pessoa.

§ *Consciência*: vigil

§ *Memória*: mantida, não tendo sido apurada qualquer alteração mnésica retrógrada, recente ou imediata.

Historia Clínica

A sra I foi uma filha planejada e muito desejada pelos pais.

Pertence a uma fratria de 2 irmãos, sendo o irmão 4 anos mais velho. A relação com o irmão sempre foi grande proximidade até à adolescência altura em que se começam a afastar.

A sra I caracteriza a sua família como muito conflituosa, recorda que os pais estavam sempre em conflito, tendo chegado a ver situações de violência.

A mãe é descrita como uma sra bonita que marcava presença, no entanto, apresentava excesso de peso (informação realçada pela sra I), era muito ciumenta e agressiva para os filhos situação que se agrava cada vez que o pai se ausentava a trabalho.

O pai era recordado como carinhoso, compreensivo embora com alguma autoridade sobre os filhos, tendo um comportamento completamente diferente com a mãe. Devido ao trabalho, o pai ausentava-se várias dias, chegando a estar meses fora de casa. Cerca dos 7 anos a sra I apercebeu-se que as ausências não eram só a trabalho mas devido a um caso extraconjugal que o pai manteve durante anos, fazendo vida dupla, sem se preocupar em ocultar a situação.

Desde o início da escolaridade que a sra I sempre esteve isolada, no entanto, refere que durante o 1º ciclo manteve uma melhor amiga, ainda assim confessa que não conseguia falar sobre tudo com essa amiga. O 2º ciclo isolou-se cada vez mais e a relação com o irmão tornou-se mais forte, tendo na escola apenas relações superficiais com colegas de turma.

Cerca dos 12 anos inicia comportamentos anoréticos, após uma brincadeira com uma amiga em que combinaram fazer uma dieta, a amiga desistiu e a sra I levou cada vez mais a sua dieta a sério, tendo emagrecido vários quilos mas considerando-se com excesso de peso. Esta situação aumentou o conflito com a mãe que a obrigava a comer.

Na altura a mãe pressionou-a para ser acompanhada pela psiquiatria, no Hospital de Sta Maria, mas esta recusou.

Cerca dos 14/15 anos altura em que foi diagnosticada neoplasia do cérebro ao pai, embora tenha sido submetido a cirurgia acabou por falecer.

Nessa altura o isolamento agravou-se e após um período de anorexia, a utente, iniciou comportamentos bulímicos do tipo purgativo utilizando a indução do vômito para evitar o aumento de peso, alteração do padrão alimentar que ainda mantém até hoje. A relação com o irmão sofreu alterações devido a solicitações mais íntimas que este fazia à sra I, esta situação durou cerca de 4/5 meses e apenas terminou com a intervenção da mãe.

Após a morte do pai manteve, às escondidas, um namorado que tinha consumos de haxixe e álcool e comportamentos de heteroagressividade.

Nessa altura inicia os consumos de álcool aos fins de semana e na companhia dos pares, iniciou comportamentos de auto-mutilação e fez 2 tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa.

Suspende a escolaridade e começa a trabalhar.

Cerca dos 17 anos iniciou acompanhamento psiquiátrico no Hospital de Sta Maria, posteriormente, foi acompanhada por vários psiquiatras, tendo permanecido mais tempo com psiquiatras, no Hospital Miguel Bombarda.

Com os 17 anos conheceu o actual marido, 15 anos mais velho e com profissão semelhante à do pai. Na altura o marido era casado, mas encontrava-se separado, situação que perdurou pelos 4 anos de namoro, sempre muito conflituosos e que terminou no divórcio do 1º casamento. O divórcio ocorreu após a sra I engravidar da 1ª filha.

A sra I tem duas filhas e caracteriza o relacionamento do marido com as filhas de forma distante. No entanto, este melhorou quando ela recomeçou os estudos, devido à proximidade que a situação impôs. Esteve matriculada no curso de serviço social e completou o 1º ano, no 2º ano não realizou qualquer cadeira, admitindo os elevados consumos de álcool quantificados em 2 garrafas de vinho tinto e algumas de cerveja.

A sra I teve vários empregos no entanto, acabou sempre por se despedir porque achava que os outros não gostavam do seu trabalho e antes de a despedirem antecipava-se.

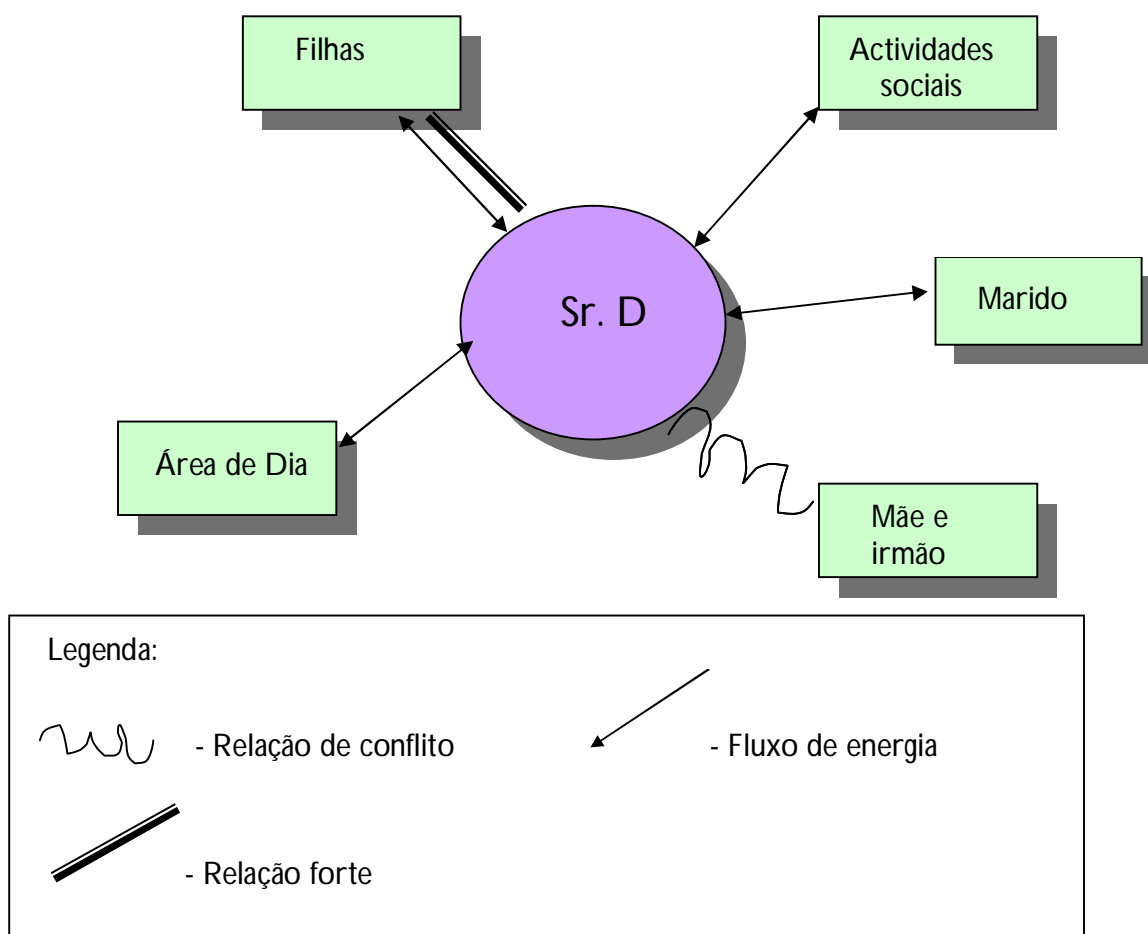
Por outro lado, ela focaliza-se na importância em acompanhar as filhas e preferia não voltar a trabalhar para o fazer de uma forma mais presente, no entanto, existe a pressão do marido para ir trabalhar.

História familiar

Família alargada não apresenta alterações do padrão alimentar e/ou abuso/dependência de álcool.

A família nuclear sempre se afastou da restante família apesar da proximidade física.

FIGURA 2: Eco-mapa



4.3 – PERCEÇÃO DO UTENTE E ENFERMEIRA DA SUA SITUAÇÃO

A) O que considera ser o seu problema, dificuldade ou preocupação mais importante?

Percepção do utente	Percepção da enfermeira
“Falta de Apoio” “Não ultrapassar a morte do meu pai”	Realça em vários momentos que o luto não foi de todo resolvido. Não faz referência ao seu problema ser o alcoolismo ou a bulimia.

B) Como é que isso tem afectado os seus hábitos ou o seu estilo de vida?

Percepção do utente	Percepção da enfermeira
“Sinto um vazio que me faz recorrer a muletas: álcool, comida” “Procurei a figura paterna no meu marido”	Apresenta juízo crítico quando admite que abusou de álcool e mantém o comportamento bulímico. No entanto centra-se muito na figura do pai e associa a sua ausência aos seus comportamentos. Não identificou outras alterações nomeadamente: erros alimentares, dificuldade em manter uma alimentação saudável. Para além destas não referiu a inversão de papéis no casal e a dificuldade que tem em ter um papel activo em casa.

C) Anteriormente já alguma vez teve um problema semelhante? Se sim, o que é que foi esse problema e como o resolveu? Deu resultado?

Percepção do utente	Percepção da enfermeira
“Sim. A comida. Ainda não resolvi esse problema”	O “recurso a muletas” e os comportamentos mal adaptativos decorrem desde a adolescência embora tenha começado com

	anorexia, passou para bulimia e numa fase posterior apresentou abuso de álcool e bulimia simultaneamente. Actualmente encontra-se abstinente e com comportamentos purgativos 5 dias por semana.
--	---

D) Como prevê o futuro em consequência da presente situação?

Percepção do utente	Percepção da enfermeira
<p>“Optimismo” “Vou conseguir ultrapassar”</p>	<p>A D. I apresenta motivação e recursos internos que lhe permitem encontrar estratégias para ultrapassar os seus problemas e encontra-se a fazê-lo de uma forma gradual e com êxito.</p>

E) O que é que está a fazer para se ajudar a si mesmo?

Percepção do utente	Percepção da enfermeira
<p>“Aderi a este tratamento” “Estou-me a fortalecer e a melhorar as relações com as outras pessoas”.</p>	<p>A D. I iniciou o tratamento com um período de internamento e actualmente encontra-se em em Área de Dia. Durante o período da Área de Dia, a D. I demonstra interesse motivação e evolução na forma como se relaciona e com as estratégias que utiliza para minorizar os seus problemas.</p>

F) O que espera que os prestadores de cuidados, família, amigos e outras pessoas façam por si?

Percepção do utente	Percepção da enfermeira
<p>“Que me apoiem” “Que me ajudem”</p>	<p>A D. I deseja que o marido a aceite como ela é e que lhe permite ter um papel mais activo como</p>

	mãe e esposa. Por outro lado, espera que ele a apoie neste tratamento e a valorize.
--	---

4.4 – RECURSOS PESSOAIS IDENTIFICADOS

É fundamental, para o desenvolvimento e progresso dos cuidados de enfermagem, ter um conhecimento prévio dos recursos do cliente para fazer face aos seus próprios factores de stress.

Esta informação é fundamental para o desenvolvimento de um plano de cuidados particularizado e contextualizado na própria pessoa que deste plano usufrui, isto no sentido de mobilizar os recursos pessoais da pessoa para lidar com os factores de stress, funcionando o enfermeiro como um elemento auxiliador na manutenção da estabilidade do sistema utente.

Factores protectores: relação com as filhas, realização de exercício físico.

Factores de stress: relação conjugal, permanecer períodos do dia sozinha, submissão e anulação do seu papel de mãe e esposa, comportamentos bulimicos.

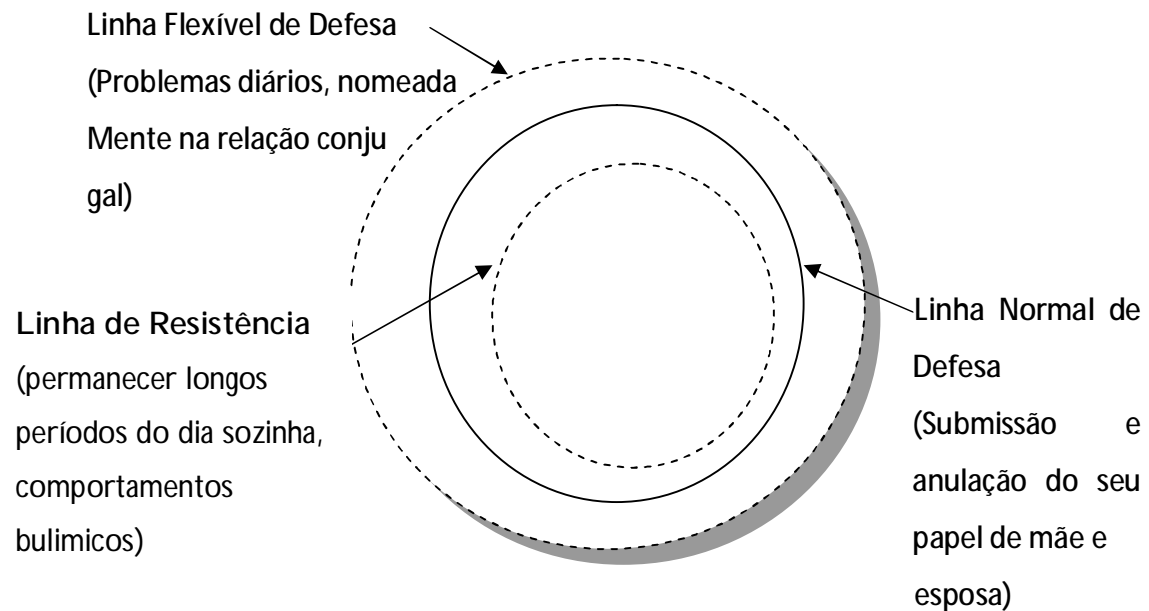
4.5 – FACTORES DE STRESS

Variáveis	Fisiológicas	Psicológicas	Socioculturais	Desenvolvimento	Espirituais
Stressores					
<u>Intrapessoais</u>					
• Baixo Coping		<ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de inutilidade • Ansiedade • Apreensão 	Considera-se inferior às outras pessoas, despedia-se do emprego por achar que não gostam do trabalho dela	Recurso frequente a “muletas”: alcoolismo e comportamento bulímico. Substitui um padrão desadaptativo por outro.	
• Resolução de conflitos/problemas		<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade • Angústia • Frustração 		Utiliza frequentemente a fuga e o evitamento, tendo conflitos recorrentes que não são resolvidos	
• Ansiedade generalizada	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsividade com sobreingestão de alimentos e 	<ul style="list-style-type: none"> • Angústia • Pensamentos repetitivos • Dificuldade em 		“Controla” a ansiedade com a sobreingestão de alimentos às escondidas em casa, método que	

	indução do vômito <ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia 	concentra-se <ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de tristeza 		encontrou para diminuir a ansiedade e lhe dar prazer.	
--	---	--	--	---	--

Variáveis	Fisiológicas	Psicológicas	Socioculturais	Desenvolvimento	Espirituais
Stressores					
<u>Interpessoais</u>					
<ul style="list-style-type: none"> • Conflitos com o marido 	<ul style="list-style-type: none"> • Inquietação • Taquicardia 	<ul style="list-style-type: none"> • Labilidade emocional • Revolta • Tristeza 	<ul style="list-style-type: none"> • Isola-se em casa, não convive com vizinhos ou com outras pessoas que morem na mesma zona 		

Variáveis	Fisiológicas	Psicológicas	Socioculturais	Desenvolvimento	Espirituais
Stressores					
<u>Extrapessoais</u>					
<ul style="list-style-type: none"> • Desemprego e diminuição dos rendimentos 		<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da auto-estima e sentimento de utilidade • Frustração 			



4.6 – PLANO DE CUIDADOS

As intervenções de enfermagem foram desenvolvidas durante o internamento parcial da utente na Área de Dia da Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoologia, no Pav 19.

A intervenção teve a duração de 7 semanas, no período de 17 de Dezembro de 2009 a 1 de Fevereiro de 2010, com entrevistas individuais 1 vez por semana e intervenções em grupo, nomeadamente, sessões de educação para a saúde, dinâmicas de grupo e relaxamento muscular. (ver anexo II)

As intervenções podem-se agrupar em:

- ◆ Colheita de dados, identificação de focos, avaliação do nível de ansiedade, da forma como o utente lida com os problemas e da frequência das atitudes e comportamentos de saúde.
- ◆ Planificação das intervenções
- ◆ Execução das intervenções

◆ Avaliação das intervenções através do exame mental, da aplicação dos instrumentos utilizados e através do auto-registo realizada pela utente.

O Plano de Cuidados será com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 1.0.

Durante a colheita de dados foram levantados vários focos:

- § Alterações do padrão alimentar
- § Ansiedade moderada
- § Auto-estima comprometida
- § Auto-imagem alterada
- § Processo familiar comprometido
- § Risco do Uso de álcool

Tabela nº 4: Plano de Cuidados

DIAGNOSTICO	OBJECTIVOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ACTIVIDADES	AVALIAÇÃO
Auto-estima diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar a auto-estima 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a auto-estima; • Facilitar sistema de suporte • Prevenir uso de substâncias • Executar terapia de grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar que a utente enumere algumas das suas qualidades e a valorizá-las. (Anexo III) • Executar dinâmicas de grupo 	A D. I mantém a auto-estima diminuída, no entanto, conseguiu enumerar qualidades e através de dinâmicas de grupo percebeu qual a opinião que o grupo tem dela.
Auto-imagem comprometida	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a insatisfação com a sua auto-imagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização do peso corporal • Executar técnica de reestruturação cognitiva • Executar terapia de grupo • Promover melhoria da imagem corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do IMC • Projecção daquilo que a utente pensa que é o seu corpo e aquilo que na realidade 	Embora o IMC esteja dentro dos valores normais (22.3) e desde Novembro ter uma diminuição ponderal de 3Kg, a utente mantém a auto-imagem comprometida.

DIAGNOSTICO	OBJECTIVOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ACTIVIDADES	AVALIAÇÃO
Processo familiar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer método de resolução de problemas para resolver conflitos familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as situações de conflito • Executar treino de resolução de problemas 		O Processo familiar mantém-se comprometido, embora gradualmente a D. I está a conseguir ter uma papel mais activo em casa. IRP valor global inicial era de 140 e no final de 138.
Risco de uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a abstinência 	<ul style="list-style-type: none"> • Executar sessão de educação para a saúde. • Incentivar a adesão ao regime terapêutico • Executar treino de competências sociais • Ensinar sobre o processo de doença • Executar terapia de grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizada sessão de educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis e utilizar o OMEV para avaliar as atitudes e comportamentos em saúde; 	A D.I mantém-se abstinente há 92 dias, refere ausência de craving. No entanto, o risco de Uso de álcool mantém-se. OMEV inicial de 66 e no final de 50 valores.

DIAGNOSTICO	OBJECTIVOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ACTIVIDADES	AVALIAÇÃO
Ansiedade elevada	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir o nível de ansiedade para diminuída 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir ambiente físico • Executar técnica de relaxamento progressivo • Assistir no sono • Diminuir a ansiedade • Ensinar sobre procedimento/ tratamento <p>Orientar por antecipação a situação de crise</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do nível de ansiedade, utilizando o STAI • Identificar factores que desencadeiem a ansiedade • Informar sobre exercícios que pode realizar em casa <p>Incentivar a adoptar estratégias para diminuir a ansiedade</p>	<p>A ansiedade da D. I mantém-se elevada, no entanto, melhorou comparativamente ao início das intervenções. Com base no STAI - traço a utente evolui de 54 no momento inicial para 47. O STAI - estado apresentou 44 e após as intervenções 40.</p>
Bulimia actual	<ul style="list-style-type: none"> • Reestabelecer hábitos alimentares adequados 	<ul style="list-style-type: none"> • Sessões de educação para a saúde • Ensinar individualmente • Monitorização do peso. • Executar técnica reestruturação cognitiva • Treino de Resolução de 	<ul style="list-style-type: none"> • Sessões de educação para a saúde sobre a alimentação, inseridos na promoção de estilos de vida saudáveis • Estabelecer o auto-registo; (Anexo IV) • Avaliar o peso 	<p>A bulimia actual mantém-se, no entanto, a frequência dos comportamentos purgativos diminuiu de 5 vezes por semana para 3.</p>

DIAGNOSTICO	OBJECTIVOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ACTIVIDADES	AVALIAÇÃO
		problemas.	semanalmente (4ªF) <ul style="list-style-type: none"> • Regulação do peso através do cálculo do IMC • Ensinar sobre a bulimia incidindo nos efeitos adversos dos comportamentos purgativos • Utilização do instrumento de avaliação: IRP. 	

Exame Mental no final da intervenção:

§ *Percepção* - Não foram apuradas alucinações zoopsicas ou outras.

§ *Pensamento* – Não apresenta *delirium* na sequência da abstinência alcoólica.

§ *Discurso e Linguagem* – Apresenta discurso coerente, fluente e organizado.

§ *Insight e Juízo* – Apresenta insight e juízo crítico, apurado através do discurso no qual verbaliza utilizar “muletas” para minorizar os seus problemas e reconhece que mudou do abuso de álcool para um padrão desadaptativo recorrente: a bulimia.

§ *Humor e emoções* – humor ansioso com expressão de emoções congruentes e apresenta fáceis alegres.

Aspecto e comportamento

§ *Idade aparente* - Apresenta idade igual à real, com base na observação do estado da pele.

§ *Actividade motora* – Sem tremores das extremidades, lentificação, agitação psicomotora ou outra alteração .

§ *Atitude* – colaborante e motivada para o tratamento com expressão de afirmações de auto-confiança

§ *Atenção* – facilmente captável, sem distractibilidade

§ *Concentração* – mantida, sendo capaz de repetir o que lhe foi dito

§ *Vestuário e higiene* – mais cuidada valorizando a sua morfologia.

§ *Apresenta contacto cordeal e adequado, mantém o contacto com o olhar.*

§ *Orientação* – Encontra-se orientado no tempo, espaço, auto e alopsíquica.

§ *Consciência* – Vigil

§ *Memória* – mantida, não tendo sido apurada qualquer alteração mnésica retrógrada, recente ou imediata.

5 - CONCLUSÃO

O alcoolismo é uma doença que envolve vários factores, nomeadamente, sociais, culturais e psicológicos, daí o seu tratamento ser igualmente complexo e relativamente longo.

O processo de reabilitação envolve algumas mudanças que o utente tem que realizar para ter sucesso no tratamento e manter a abstinência.

Neste caso a utente apresentou ao longo da sua vida vários comportamentos desadaptativos: anorexia na adolescência, no início da fase adulta bulimia e após o nascimento da filha mis nova o alcoolismo.

Quando é internada e aceita realizar o programa da AD, a utente apresentava como principal problema o alcoolismo. Um mês após ter integrado o programa, através deste estudo de caso, percebe-se que ela substitui o álcool pelos comportamentos bulímicos. Neste sentido é delineado um plano de cuidados realizado em parceria com a utente, adoptando técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental, tendo em conta as evidências apresentadas quanto à sua eficácia neste tipo de perturbações.

Muitos dos utentes com perturbações psíquicas têm mais do que um problema que os leva à ruptura de todas as suas linhas de defesa, desta forma, é necessário cuidar a pessoa considerando-a como um todo e não actuar apenas num problema, sob pena de comprometer o sucesso das nossas intervenções.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Lisboa: Climpesi Editores, 2006

ASSUMPÇÃO, Cármen Leal de; CABRAL; Mónica D. – Complicações da anorexia nervosa e bulimia nervosa. Revista Brasileira de Psiquiatria (2002) vol 24, supl III, p29-33

BARROQUEIRO, Maria Helena – Terapia Comportamental e a sua aplicação em reabilitação. Análise Psicológica (2002), vol 3 n° XXp.495-503

BRÊTAS, Ana Cristina Passarella; GAMBÁ, Mónica Antar – Enfermagem e saúde do adulto. S. Paulo: Editora Manole,2006

COUTINHO, Maria da Penha de Lima et al – Representações sociais: abordagem interdisciplinar. Paraíba: João Pessoa editora universitária, 2003

COSTA, M^a Manuela G. B – “O Enfermeiro e o alcoolismo: uma abordagem cognitivo-comportamental”. *In* Sinais Vitais, n° 17, Março, 1998, p27-31

DIXE, Maria dos Anjos – Prevalência das doenças do comportamento alimentar. Análise Psicológica (2007) vol 4, n° XXV, p.559-569

EDWARDS, Griffith; MARSHALL, E. Jane; COOK, Christopher C. H. – O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde. 3^a edição. Porto Alegre: Artmed, 1999

ELBREDER, Márcia Fonsi et al – Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. Jornal Brasileiro de Psiquiatria (2008) Vol 57 n° 1,p.9-15

FREESE, Barbara T. *in* TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – Teóricas de enfermagem e a sua obra. 5^a edição. Loures: Lusociência, 2004

GEORGE, Julia B. - Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GORGATI, Soraia Bento; HOLCBERG Alessandra S.; OLIVEIRA, Marilene Dâmaso – Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. Revista Brasileira de Psiquiatria (2002), vol 24, supl III, p.44-48.

GRANDO, Lúcia Helena; ROLIM, Marli Alves – Os transtornos da alimentação sob a óptica dos profissionais de enfermagem. Acta Paulista de enfermagem (2006), vol 19, n°3 p.265-270.

HAY, Phillipa - Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado actual e desenvolvimentos futuros. Revista Brasileira de Psiquiatria (2002), vol 24 supl III, p.13-17

KIRITZÉ- TOPOR, Paul; Bénard – Guia Prático Climpesi de Alcoologia. Lisboa: Climepsi editores, 2007

MERCÊS DE MELO et al – Manual de Alcoologia para o clínico geral. Coimbra: s/ed. 1988

MORGAN, Christina M; ECCHIATTI, Ilka Ramalho; NEGRÃO, André Brooking – Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Revista Brasileira de Psiquiatria (2002), vol 21 Supl III, p.18-23

NABAIS, Luís de Oliveira – Os jovens e o álcool na sociedade contemporânea: estudo de um grupo de jovens consumidores excessivos da região de Lisboa. Universidade Aberta, Lisboa, 2005. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde

NOBREGA, Maria do Perpétuo S.S.; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de – Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. Revista de Saúde Pública (2005), vol 39 nº5, p.816-823

NUNES, João Carlos Moreira; PATEIRO, Virginio Pedro Leal – Etilização aguda e acção de enfermagem. *In* Revista Sinais Vitais, nº 30 (Maio de 2000). ISSN 0872-8844, pp 13-22

NUNES-COSTA, Rui Alexandre; LAMELA, Diogo Jorge Pereira do Vale; GIL-COSTA, Laura – Teoria e eficácia da terapia comportamental dialética na bulimia nervosa e no transtorno da compulsão alimentar periódica. Jornal Brasileiro de Psiquiatria (2009), vol 58, nº 2, p.122-127

OGDEN, Jane – Psicologia da saúde. Lisboa: Climepsi editores. 1999

Ordem dos Enfermeiros - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 1.0, 2006.

PINHO, Paula Hayasi; OLIVEIRA, Márcia Aparecida de; ALMEIDA, Marília Mastrocolla – “A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégias possível?”. *In* Revista de Psiquiatria Clínica. Nº 3 (supl I), 2008,p.82-88

RAICH, Rosa Maria – Anorexia e Bulimia. Alfragide: McGraw Hill, 2001

RANGÉ, Bernard P. – Terapia Cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *In* Revista Brasileira Psiquiatria. Nº30 (SuplII), 2008, p.88-95

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virgínia A. – Compêndio de Psiquiatria. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SEQUEIRA, Carlos – Introdução à prática clínica. 1ª ed. Coimbra: Quarteto, 2006.

TRZEPACZ, Paula T.; BAKER, Robert W. – Exame Psiquiátrico do estado mental. Lisboa: Climpei editores, 2001

www.alcoolismo.com.br , consultada a 29 de Outubro de 2009.

www.who.int, Global Status Reporto on Alcohol 2004. Department of Mental Health and Substance Abuse. consultada a 2 de Janeiro de 2010

Anexos

Anexo I: Esquema das intervenções breves

As entrevistas decorreram entre o dia 17 de Dezembro de 2009 e o dia 1 de Fevereiro de 2010 e foram num total de 6.

As entrevistas foram individuais e basearam-se em intervenções breves, fundamentadas em Ferreira-Borges e Filho (2005) e Raich (2001). Assim:

1. Colheita de dados, na qual foi feita história clínica com base no modelo teórico de Betty Neuman, diagnóstico com base no OMEV, IRP e STAI e delineou-se estratégias para as próximas entrevistas.

2. Intervenção na auto-imagem através de reestruturação cognitiva e enumeração das qualidades da sra I. Introduziu-se o auto-registo para os comportamento bulímicos.

3. Análise dos auto-registos, reestruturação cognitiva com base na monitorização do peso e do IMC, intervenção ao nível da auto-estima com recurso ao treino de resolução de problemas.

4. Ensino sobre o alcoolismo: consequências físicas e ao nível dos relacionamentos interpessoais.

5. Ensino sobre bulimia e análise do auto-registo

6. Aplicação dos instrumentos de avaliação (OMEV, IRP e STAI) e conclusão da intervenção com análise dos auto-registos.

Para além destas intervenções individuais foram realizadas intervenções em grupo na promoção de estilos de vida saudáveis, sessões de relaxamento, dinâmicas de grupo.

A utente frequentou assiduamente a UTRA, tendo assistido a outras actividades dinamizadas pela enfermeira e pela psicóloga.

Anexo II: Auto-registo

Programa semanal de 18 a 24 de Janeiro							
Dia da semana	2ªF	3ªF	4ªF	5ªF	6ªF	Sábado	Domingo
16.30-18.30*	Escolheu um livro para ler	Ir buscar a filha à escola	Fazer uma caminhada	Ir buscar a filha à escola		
Situação:	Sabia que ia estar sozinha em casa	Sabia que ia estar sozinha em casa	Não houve AD permaneceu o dia em casa.	Sabia que ia estar sozinha em casa	Contactou o marido se auto-propor ir com ele às compras, ele recusou porque já tinha planeado ir sozinho	Passei o dia com a minha família	Passei o dia todo em casa, não tive vontade de sair
Pensamento:	"Que bom saborear os bolos"	"Ter companhia controla o me impulso de comer de forma descontrolada"	"Assim que eles saírem de casa vou ao supermercado"	"Ter companhia controla o me impulso de comer de forma descontrolada"	Pensei ser uma boa oportunidade para saborear tudo o que gosto, mas não me sentia ansiosa	Pensei como era positivo fazer uma alimentação equilibrada e não provocar o vómito	Pensei como era bom passar o dia com as minhas filhas, mas ao mesmo tempo apetecia-me ingerir alimentos calóricos
Sentimento:	Ansiedade	Sentimento de utilidade ao exercer o seu papel de mãe	"Necessidade de sentir prazer a comer"	Sentimento de utilidade ao exercer o seu papel de mãe	Estava calma e senti-me útil ao fazer algumas tarefas domésticas, no entanto, aquele pensamento	Senti-me calma e tranquila	Senti-me ansiosa, senti o prazer de saborear a comida sem ter a preocupação de ir provocar o vómito de seguida.

					não me abandonava		
Comportamento:	Sobreingestão de alimentos e indução do vômito	Alimentou-se regularmente. Dedicou o tempo para estar com a filha. Foi à natação	Sobreingestão de alimentos e indução do vômito	Alimentou-se regularmente. Dedicou o tempo para estar com a filha. Foi à natação	Após as tarefas domésticas comi tudo o que tinha comprado a caminho de casa e depois provoquei o vômito	Brinquei com as minhas filhas, dei-lhes o jantar, dei-as e li-lhes uma história à noite.	Fui ao supermercado, comprei uma tablete de chocolate negro e uma caixa de biscoitos de manteiga e comi bastante ao lanche. Ao jantar ainda comi uma pizza inteira, mas desta vez provoquei o vômito. Fui agressiva para as minhas filhas, descontrolei-me e gritei-lhes por estarem a fazer disparates.

- Até ao dia 21 tinham sido programadas actividades para realizar no período das 16.30 às 18.30, altura, em que o marido, habitualmente, chega a casa e no qual era frequente os comportamentos bulimicos. A partir do dia 22 foi a D. I. que delineou as actividades.

Programa semanal de 25 a 31 de Janeiro							
Dia da semana	2º F	3ª F	4ª F	5ª F	6ª F	Sábado	Domingo
Situação:	Fiquei em casa com a minha filha mais nova e fui ao médico com ela por estar com febre	Não houve área de dia à tarde e fui para casa mais cedo	Não houve Área de dia no período da tarde. Discuti com o meu marido	Não houve Área de Dia. Estive em casa até ir buscar a minha filha	De manhã fui ao médico e já não fui à Área de Dia	Fui visitar os meus sogros e passei o resto do dia em casa com as miúdas	Passei o domingo em casa com as minhas filhas e o marido. Na véspera

							tomei um comprimido que me deixou muito sonolenta.
Pensamento:	À hora do almoço comecei a pensar que teria uma boa oportunidade para comer tudo quanto gosto.	Pensei em ir para casa e comer em excesso	Pensei em controlar-me e ocupar o tempo com as tarefas domésticas, uma vez que as minhas filhas saiam um pouco mais tarde da escola	Pensei em controlar-me	Estive na dúvida se ia à Área de Dia ou se ficava o resto do dia em casa. Pensei em ir buscar as minhas filhas mais cedo à escola	Pensei que a situação estava muito tensa com o meu marido	Pensei em deitar-me da parte da tarde
Sentimento:	Senti-me ansiosa e com vontade de comer muito	Senti-me ansiosa mas não tinha vontade de passar pelo desgaste da sobreingestão e do vómito	Senti-me muito ansiosa, primeiramente, tentei resistir à comida, mas depois cedi	Senti-me muito ansiosa e entediada	Senti-me excluída quando o meu marido disse para eu não as ir buscar, porque ele se despachava mais rápido, quando me disse que ia às compras sozinho para não andar para trás e para a frente com o carro, senti-me sozinha, desprezada.	Senti-me culpada e diminuída pelo que aconteceu na sexta-feira	Senti-me incapaz de realizar as tarefas do dia. Senti que o meu marido se tentava reaproximar
Comportamento:	Sobreingestão de alimentos e consequente provocação do vómito sem que a	Cheguei a casa, fiz as tarefas domésticas e contrariei a vontade de	Sobreingestão e posterior provocação do vómito.	Sobreingestão seguida de vómito, o que me deixou tonta e trémula, sem	Fui ao supermercado comprar vinho e bebi em casa	Praticamente não houve diálogo com o meu marido,	Passei o dia a comer

	minha filha se apercebesse	comer saindo de casa e indo buscar a minha filha mais nova ao infantário e ocupando-me dela até á hora de ir para a natação		forças. Para recuperar comi fruta, leite, pão e chocolates. Senti-me culpada e provoqueei o vômito novamente		senti-me mal com isso e antes de me deitar fui maltratar a pele do rosto à frente do espelho.	
--	----------------------------	---	--	--	--	---	--

Programa semanal de 1 a 2 de Fevereiro		
Dia da semana	2º F	3ª F
Situação:	Depois da Área de Dia fui para casa sabendo que o meu marido podia estar em casa porque da parte da tarde foi a uma consulta médica	Depois da Área de Dia fui buscar a minha filha mais nova à escola e fui levar a mais velha à natação
Pensamento:	Pensei que podia ir para casa comer ou que tinha que me ocupar com outras coisas, talvez conversar com o meu marido	Pensei que estava a fazer o papel de boa mãe
Sentimento:	Senti um vazio e senti que podia preenchê-lo com a comida	Senti-me útil
Comportamento:	Fui para casa, fiquei sozinha durante um tempo, depois chegaram o meu marido e as minhas filhas e comi em excesso sem provocar o vômito	Controlei-me e não me senti ansiosa. Depois de levar a minha filha à natação fui eu praticar a aula, voltei para casa, comi sopa e fui-me deitar

Anexo III: Folheto informativo da sessão de educação para a saúde sobre bulimia



A light green rectangular area containing eight horizontal black lines, intended for handwritten notes.

Realizado por: Enfª Carla Ventura
Aluna do II Mestrado de Natureza Profissional,
área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria,

Bulimia



O é a Bulimia?

É uma perturbação do comportamento alimentar, caracterizada por episódios de ingestão compulsiva de alimentos e episódios compensatórios para evitar o aumento de peso, 2 a 3 vezes por semana durante 3 meses.

- Purgativos: recorre ao vômito, laxantes, diuréticos e /ou Enemas;
- Não purgativos: recorre a jejuns prolongados e exercício Físico excessivo.

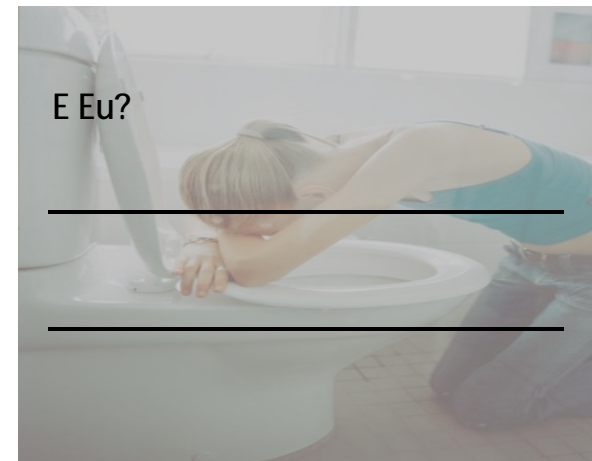
Origem

Existe um conjunto de factores que predispõe para a bulimia, nomeadamente:

- ✓ Distúrbios afectivos entre familiares mais próximos;
- ✓ Abuso/dependência de substâncias;
- ✓ Obesidade;
- ✓ Traços de personalidade associados a baixa auto-estima, Impulsividade e perfeccionismo;
- ✓ História de depressão e ansiedade;
- ✓ Sócio-culturais nos quais se sobrevaloriza a imagem e o Peso;
- ✓ Eventos adversos como o abuso sexual.

Consequências:

1. Oftalmológicas: diminuição da acuidade visual e degeneração da retina;
2. Endócrinas: amenorreia, infertilidade e diminuição da libido;
3. Gastrointestinais: face edemaciada devido à inflamação das glândulas, Inflamação e ruptura do esófago, dilatação gástrica, hematemeses (vômitos com sangue), obstipação e flatulência;
4. Cáries dentárias
5. Alteração do ritmo respiratório e cardíaco, pneumomediastino (devido a ruptura do esófago) e edema pulmonar;
6. Desidratação e desequilíbrio electrolítico;
7. Anemia



Anexo XXVII

Dinâmicas de grupo

Planificação da sessão

Tema: Dinâmicas de grupo

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Local: UTRA

Método: Activo e demonstrativo.

Data: 12 de Janeiro de 2010

Material: Cadeiras, bola, CD musica, rádio/computador

Duração: 60 min

População alvo: utentes da UTRA

Jogo 1 - Objectivo geral: Fica apenas 1 pessoa com a 1 cadeira

Objectivo específico: Treino de atenção, Promover as relações interpessoais e treino de assertividade.

Jogo 2 – Objectivo geral: Construir uma história com a participação de todos os utentes.

Objectivo específico: Treino de memória, Promover a relação interpessoal e capacidade de trabalhar em grupo/equipa.

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentar o tema: dinâmicas de grupo e solicitar a colaboração dos utentes na realização da actividade.	2 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• A actividade é constituída por 2 jogos.• Jogo 1: são colocadas cadeiras, em círculo, com as costas voltadas para o centro e de igual número dos utentes. Solicita-se que estes se sentem nas cadeiras para explicar o jogo. O jogo inicia-se com um musica e enquanto esta se ouvir eles devem circular na sala, no momento que fosse interrompida teriam de procurar uma cadeira e	15 min

	<p>de cada vez um elemento ia ser excluído e retirar-se-ia uma cadeira, até ficar 1 pessoa e 1 cadeira.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O jogo 2 – colocar as cadeiras em círculo e sugerir que se conte uma história com o contributo de todos. É utilizada uma bola para passar a palavra ao próximo. Não é permitido passar a bola sem contribuir para o decurso da história. 	15 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Contextualização das dinâmicas de grupo na reabilitação do alcoolismo, com a divulgação dos objectivos específicos delineados para a sessão. 	13 min
Avaliação	<p>Inicialmente os utentes encontravam-se inibidos e expectantes. Um dos motivos poderá ter sido o facto de não terem sido informados dos objectivos específicos.</p> <p>Todos os utentes participaram com interesse e motivação.</p> <p>No primeiro jogo observou-se a forma como interagiram entre eles. Embora tenham havido momentos de silêncio, após terem sido incentivados a interagir, sugeriam um tema para falar no intervalo em que a música tocava.</p> <p>Demonstraram pouca competitividade, preferindo a negociação entre eles de quem é que ficava com as cadeiras. (Este comportamento poderá demonstrar um indicio de coesão num grupo que está em fase inicial).</p> <p>Relativamente ao 2º jogo, observou-se que os utentes tiveram alguma dificuldade e dar seguimento à história por perda de informações anteriores, ou por dificuldade em contribuir.</p> <p>Havia uma minoria que teve uma participação interessada com imaginação e humor, no entanto, a grande maioria sentia-se inibida.</p>	

	<p>Todos tiveram 2 oportunidades de contribuir para a elaboração de uma história.</p> <p>No final contextualizou-se esta actividade na reabilitação do alcoolismo, alertando para as consequências deste no organismo e nos processos cognitivos.</p> <p>Assim, foi esclarecido que o primeiro jogo teve por objectivo promover as relações interpessoais, treino de assertividade e atenção, o segundo jogo teve por objectivo promover a relação interpessoal, o treino de memória e a capacidade de trabalho em grupo/equipa. Desta forma, fez-se a analogia com o período de consumo, no qual deteriora estas capacidades.</p>	
--	--	--

Bibliografia:

Manes, Sabina – 83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupo. 6ª edição. Lisboa: Paulus

Anexo XXVIII

O questionário “O Meu Estilo de Vida”

Carla Sofia Rodrigues Ventura

O Meu Estilo de Vida

Universidade Católica Portuguesa
2009

O meu estilo de vida

Este questionário é dirigido aos utentes da Área de Dia da Unidade de tratamento e reabilitação de alcoologia (UTRA).

O meu nome é Carla Sofia Rodrigues Ventura e sou aluna do II Mestrado de natureza profissional na área de especialização de Saúde Mental Psiquiatria e solicito a colaboração dos utentes da área de dia no preenchimento destes inventários.

O inventário “O meu estilo de vida” proposto para preenchimento tem como objectivo conhecer os comportamentos dos utentes, em diversas áreas, relacionadas com a saúde.

Os resultados apenas serão utilizados em contexto de estágio, salvaguardando os direitos de privacidade.

O inventário é constituído por 28 itens relacionados com comportamentos do seu dia-a-dia. Para cada item deverá assinalar com círculo a frequência que melhor caracterize os seus hábitos.

Muito obrigado pela colaboração.

Instruções de preenchimento:

Exemplo:

Ando a pé ou de bicicleta diariamente	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E
---------------------------------------	---

Significa que em mais de 90% dos dias anda diariamente a pé ou de bicicleta.

“O Meu Estilo de Vida”

Nome: _____

Data de entrada na área de dia: _____

Por favor, responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

A – Quase sempre (90% ou mais das vezes)

B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)

C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)

D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)

E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
1. Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 min por dia, duas vezes o mais por semana	A	B	C	D	E
2. Ando a pé ou de bicicleta diariamente	A	B	C	D	E
3. Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p.ex. corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc)	A	B	C	D	E
4. Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	A	B	C	D	E
5. Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal	A	B	C	D	E
6. Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quando à variedade de nutrientes	A	B	C	D	E
7. Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia	A	B	C	D	E
8. Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	A	B	C	D	E
9. Mantenho as minhas vacinas em dia	A	B	C	D	E
10. Verifico anualmente a minha pressão arterial	A	B	C	D	E
11. Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos	A	B	C	D	E

meus dentes					
12. Vou anualmente ao médico fazer um <i>check-up</i>	A	B	C	D	E
13. Não guio (carro, motorizada, etc) quando bebo demais, u não viajo com um condutor que bebeu demais	A	B	C	D	E
14. Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade	A	B	C	D	E
15. Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança	A	B	C	D	E
16. Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico	A	B	C	D	E
17. Evito fumar	A	B	C	D	E
18. Evito ingerir alimentos com gordura	A	B	C	D	E
19. Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais como café, chá ou coca-cola	A	B	C	D	E
20. Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames	A	B	C	D	E
21. Evito tomar tranquilizantes	A	B	C	D	E
22. Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (Tais como bolos, chocolates, rebuçados)	A	B	C	D	E
23. Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco	A	B	C	D	E
24. Evito estar em ambientes muito ruidosos	A	B	C	D	E
25. Evito os ambientes que tenham o ar poluído	A	B	C	D	E
26. Evito mudar de parceiro sexual	A	B	C	D	E
27. Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal	A	B	C	D	E
28. Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções	A	B	C	D	E

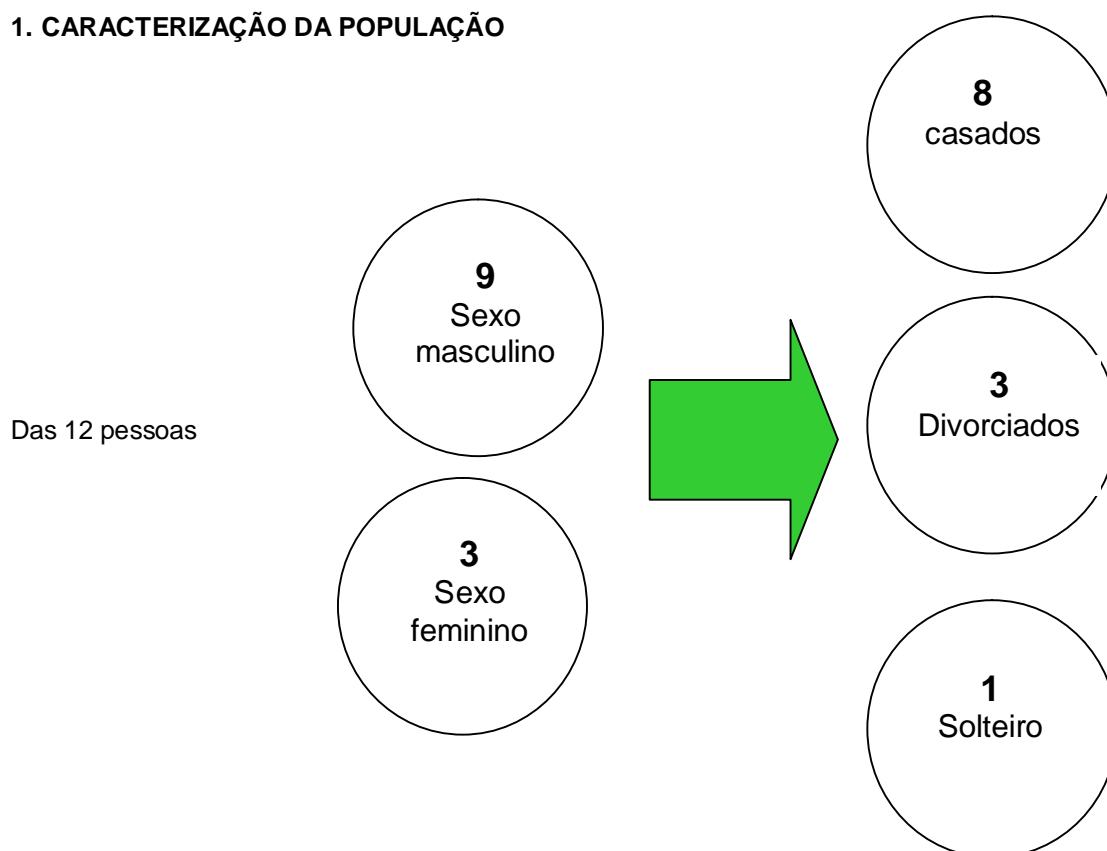
Muito obrigado pela sua colaboração!

Anexo XXIX

Análise estatística dos instrumentos: OMEV e IRP

Foram aplicados os questionários a 12 pessoas que frequentaram a UTRA no período de 23 de Novembro de 2009 a 6 de Janeiro de 2010.

1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

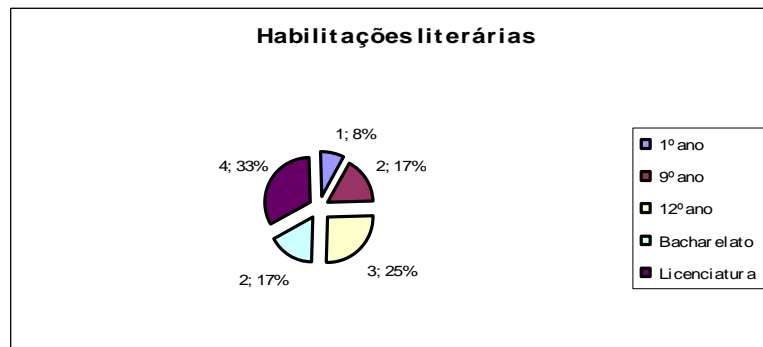


Das 12 pessoas, a quem foram aplicados o OMEV e o IRP, 9 são do sexo masculino e 3 do sexo feminino. A maioria é casada, havendo 3 pessoas divorciadas e 1 solteira.

A média de idades é de 47,9 anos, sendo compreendidas entre os 28 e os 68 anos idade de idade.

Conforme se pode observar no gráfico 1 a distribuição das habilitações literárias vai desde o 1º ano com apenas 1 indivíduo até à licenciatura, que corresponde ao grupo com maior número de pessoas (4).

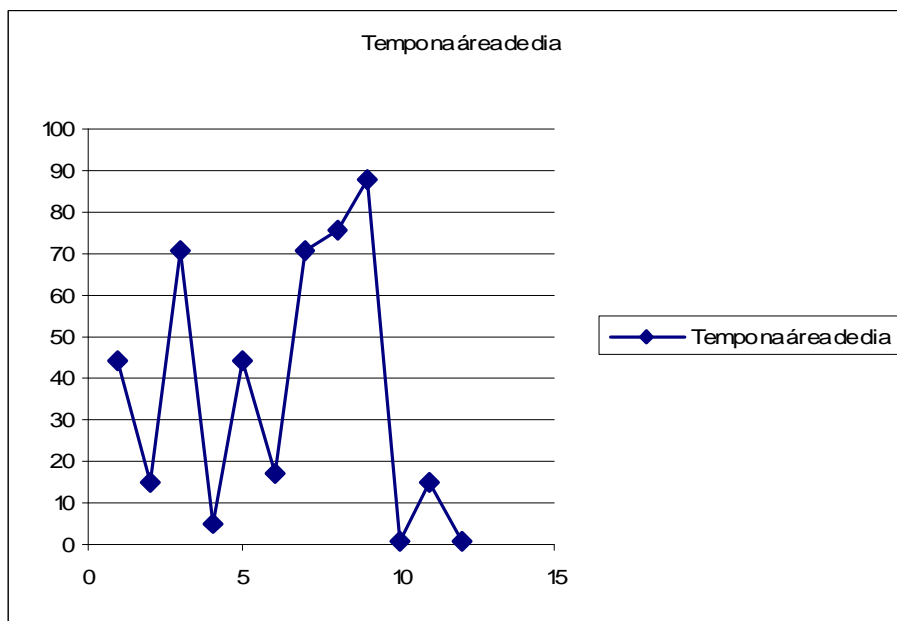
Gráfico 1: Distribuição das pessoas pelas habilitações literárias



Relativamente à actividade laboral, 3 encontram-se desempregados, 1 é reformado e os restantes 8 encontram-se empregados nas diversas áreas desde: encarregada de limpeza, Técnico de Engenharia, Técnico de Manutenção, Informático, Professor, 2 Juristas a médico.

De acordo com o Gráfico 2, o tempo de tratamento na UTRA varia entre 1 dia e 88 dias, no momento da aplicação dos questionários.

Gráfico 2: Número de dias em tratamento na UTRA.



2. DIAGNÓSTICO

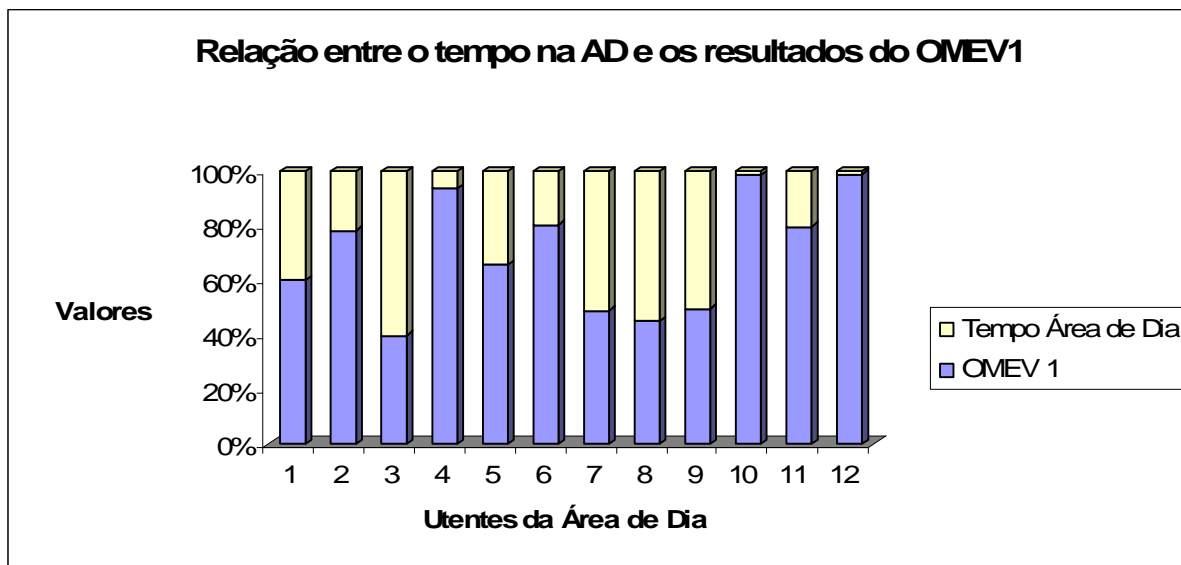
OMEV

Numa primeira análise, agrupei as questões nas categorias sugeridas pelo autor, com a soma das cotações e fiz a média analítica de cada categoria.

Assim, O exercício físico apresenta uma média de 40,3; a nutrição de 35,8; o uso de drogas e similares de 29; a segurança motorizada de 24,6 e o autocuidado de 23,09. Tendo em conta estes valores as categorias com pior cotação são: o exercício físico, a nutrição e o uso de drogas e similares.

Com base no gráfico 3, recorrendo ao cruzamento de informação, pode-se observar que os utentes que se encontram em tratamento na UTRA, à mais dias, apresentam menores valores no questionário OMEV.

Gráfico 3: Relação entre o tempo na UTRA e os resultados do OMEV1.



IRP

Das 12 pessoas que responderam ao OMEV dessas, um dos utentes preencheu de forma incompleta o questionário não podendo ser considerado válido e não houve oportunidade de voltar a preenchê-lo devido ao abandono do tratamento. Assim, a população irá ser de 11 indivíduos.

Dos 11 questionários válidos a média do valor global é de 147,7. O valor global varia entre 40 e 200, sendo considerada um valor elevado a média do valor global obtido.

Tal como no questionário anterior, foram agrupadas as questões nos factores propostos pelo autor e verificou-se que os factores que necessitam de uma intervenção mais cuidada seriam o F4 – “controlo interno/externo dos problemas”, F3 - “abandono passivo perante a situação”, F7 - “agressividade internalizada/externalizada” e F2 - “confronto e resolução activa dos problemas”.

Como intervenção foi realizado treino de resolução de problemas em 6 das 13 sessões de educação para a saúde realizadas.

3. AVALIAÇÃO

Após as sessões de educação para a saúde realizadas pode-se observar que dos 12 indivíduos iniciais, apenas 7 tinham frequentado a maioria das sessões (em média 9,6 sessões) e estaria na AD no momento da aplicação dos questionários para avaliação da intervenção.

OMEV

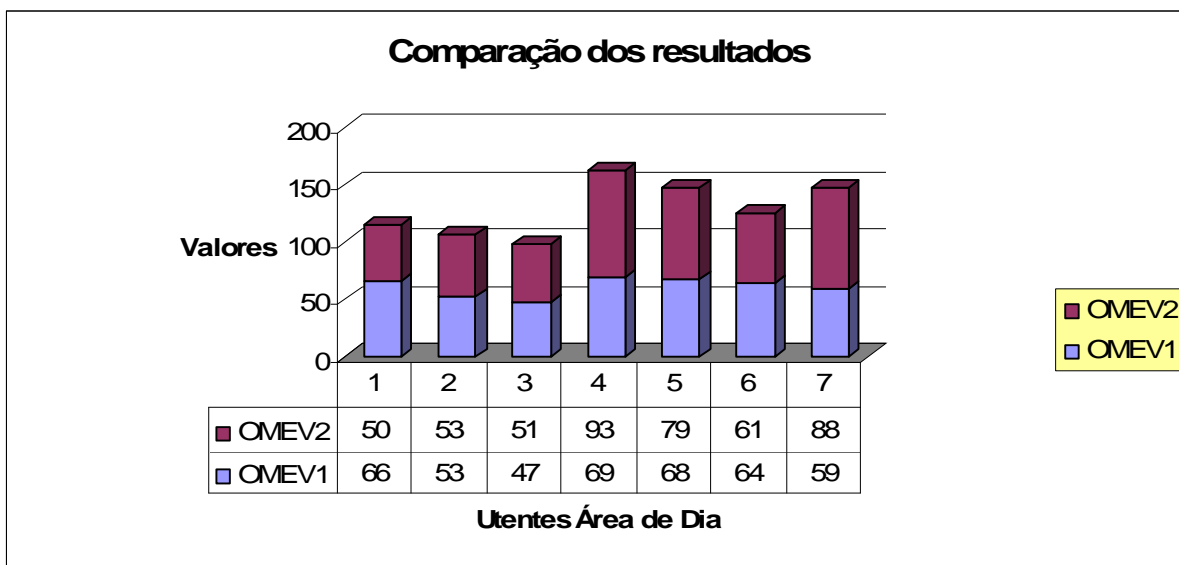
Na avaliação com base neste instrumento pode-se observar que a categoria do exercício físico mantém o primeiro lugar seguida o uso de drogas e similares, autocuidado, segurança motorizada e nutrição. Comparativamente podemos observar que a nutrição foi das categorias que mais melhorou e o autocuidado aquela que piorou. No quadro N°1 pode-se observar a classificação segundo as categorias no momento do diagnóstico e da avaliação.

Quadro 1: Comparação entre o diagnóstico e a avaliação, segundo a classificação das categorias.

Categorias Mais cotadas	1º	2º
	Exercício Físico	Exercício Físico
Nutrição	Uso de drogas e similares	
Uso de drogas e similares	Autocuidado	
Segurança Motorizada	Segurança Motorizada	
Autocuidado	Nutrição	
Categorias menos cotadas		

A nível individual podemos verificar que 2 pessoas melhoraram, 1 manteve e 4 pioraram a frequência das atitudes e comportamentos relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção de doenças. (Ver gráfico 4).

Gráfico 4: Comparação dos valores obtidos no diagnóstico e na avaliação, por utente



IRP

Apesar do treino de resolução de problemas se limitar a 6 sessões os resultados diferem em muito do OMEV.

Na avaliação com base neste instrumento, pode-se observar, no quadro 1, que houve uma melhoria do “controlo interno/externo dos problemas”, do “confronto resolução activa dos problemas”, tendo-se mantido na mesma posição a “atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências” e o “pedido de ajuda”.

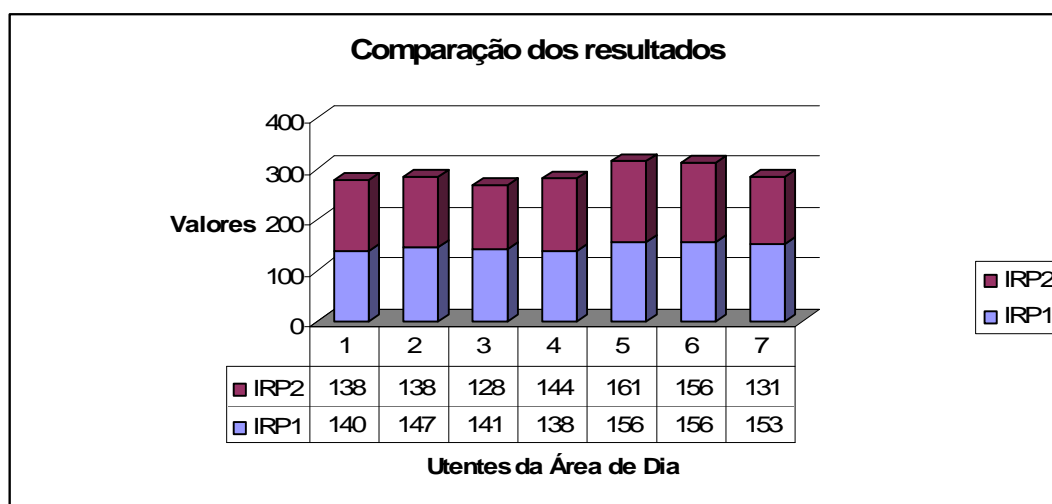
Quadro 2: Comparação entre o diagnóstico e a avaliação, segundo a classificação dos factores.

Factores mais cotados	IRP1	IRP2
	F4	F3
	F3	F7
	F7	F4
	F2	F8
	F5	F9
	F8	F5

Factores menos cotados	F9	F2
	F6	F6
	F1	F1

Com base nos resultados obtidos pelo IRP apresentados no Gráfico 5, dos 7 utentes: 4 melhoraram a forma como lidam com os problemas, 1 manteve e 2 pioraram.

Gráfico 5: Comparação dos valores obtidos no diagnóstico e na avaliação, por utente



4.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tanto no OMEV como no IRP, a população é muito restrita (12 indivíduos no diagnóstico e 7 na avaliação), este facto condiciona os resultados.

Os utentes que frequentam a UTRA, podem ainda estar no internamento, este facto revela um período de abstinência muito recente e um longo caminho a percorrer na reabilitação.

Uma das características dos utentes dependentes de álcool ou outras drogas é o *insight* ausente ou diminuído.

Trzepacz e Baker (2001) define *insight* como a capacidade de se estar ciente das realidades internas e externas. O *insight* inicia-se com o reconhecimento e compreensão dos sentimentos, pensamentos e reacções do próprio em relação às outras pessoas e às situações. Após esta auto-reflexão, o *insight* requer a comparação entre o que o próprio sente ou pensa relativamente a um tema ou problema e o que as outras pessoas sentem ou pensam.

Na sequência da ausência de *insight*, o utente, também não apresenta juízo crítico para o seu problema.

O utente com alcoolismo utiliza vários mecanismos de defesa quer para negar o seu problema, minimizá-lo, racionalizá-lo ou projectá-lo. (Matos et al, 2001; Kiritzé-Torpor e Bénard, 2007).

Tendo em conta estas considerações as respostas aos questionários, tanto n diagnóstico como na avaliação, podem ser enviesadas por aquilo que o utente considera ser a resposta correcta às questões, aquilo que gostaria que fosse e não aquilo que na prática é ou faz (Pais Ribeiro, 2004).

A aceitação da doença e o processo de mudança é um percurso, relativamente, longo, variável de pessoa para pessoa e no qual o principal interveniente é o individuo.

Com base num estudo sobre os factores que estão na base de uma mudança de comportamento do utente, no âmbito de uma intervenção terapêutica, realizado por Hubble e Col. (1999) e citado por Ferreira-Borges e Filho (2005); 15% da mudança está relacionada com factores de ordem espiritual, 30% é atribuída à qualidade da relação terapêutica, 40% a factores extra-terapêuticos como ambientais, pressões sociais e motivação do próprio e, os restantes 15% estão relacionadas com as técnicas de intervenção realizadas pelo profissional.

Assim, o número reduzido de utentes, as suas características e a etapa de reabilitação em que se encontram e o curto período de intervenção (cerca de 6 semanas) foram factores que condicionaram os resultados.

Anexo XXX

Sessões de educação para a saúde do exercício físico

Planificação da sessão

Tema: Exercício Físico

Título: Exercício Físico

Local: Parque da Saúde e UTRA

Data: 7 de Janeiro de 2010

Duração: 45 min

População alvo: utentes da UTRA

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Método: Demonstrativo, Discussão de grupo e activo

Objectivo geral: Reconhecer a actividade física como

Objectivos específicos: Conhecer a importância da actividade físico.

Delinear um plano semanal de exercício físico exequível

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentar o tema e os objectivos da sessão. Solicitar a colaboração no desafio proposto	2 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">Foi realizada uma caminhada dentro dos limites do Parque da Saúde.Os utentes organizam-se em grupos de 2; Foi pedido a cada grupo que identificassem em cada um quais as actividades físicas favoritas e as que seria possível praticarDiálogo sobre a importância do exercício físico e a forma como o podem incluir nas suas vidas, com recurso ao treino de resolução de problemas	25 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">Apresentação do Plano semanal de exercício físico (na Área de Dia)Síntese das principais ideias	18 min
Avaliação	A maioria dos utentes aderiu à proposta, no entanto, tiveram alguma dificuldade em constituir grupos. Houve dois grupos que tiveram dificuldades em aderir e cumprir os objectivos, esse facto foi confirmado quando na apresentação semanal apenas falavam de si próprio e não o que	

	consideravam relevante para o outro fazer. de um modo geral os utente apresentaram dificuldade em relacionar a importância do exercício físico inserida num programa de reabilitação do alcoolismo.
--	---

Bibliografia:

BOLANDER, Verolyn Rae – Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica. 1ª edição. Lisboa: Lusodidacta, 1998

SEQUEIRA, Carlos – Introdução à prática clínica. 1ª ed. Coimbra: Quarteto, 2006.

NUNES, João Carlos Moreira; PATEIRO, Virgínio Pedro Leal – Etilização aguda e acção de enfermagem. *In Revista Sinais Vitais*, nº 30 (Maio de 2000). ISSN 0872-8844, pp 13-22

www.dgs.pt. Plano Nacional de Saúde (2004-2010), consultado em 2 de Dezembro de 2009

Planificação da sessão

Tema: Exercício Físico

Título: Exercício Físico

Local: UTRA

Data: 19 de Janeiro de 2010

Duração: 45 min

População alvo: utentes da UTRA

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Método: Demonstrativo, activo

Material: colchões, guião, CD música, rádio/computador

Objectivo geral: Identificar as três etapas de uma actividade de exercício físico

Objectivos específicos: Conhecer os exercícios de cada etapa da actividade física e demonstrar exercícios que podem realizar em casa

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentar o tema e os objectivos da sessão: exercício físico. Solicitar a colaboração/participação tendo em conta a metodologia escolhida.	2 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Identificar as três etapas de uma actividade de exercício físico:<ul style="list-style-type: none">- Aquecimento;- Actividade;- Alongamentos. <p>A etapa do aquecimento e dos alongamentos serão promovidas pelos utentes, com sugestões de exercícios que conheçam e a etapa da actividade será realizada com base em exercícios pré-definidos no tapete e por sugestões dadas, também, pelos utentes.</p>	30 min

	<ul style="list-style-type: none"> • Paralelamente à etapa do aquecimento serão colocadas questões relacionadas com falsas ideias e às quais terão de responder sim ou não e justificar. 	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da sessão em conjunto com os utentes. • Reflexão sobre a importância do exercício físico e a sua ausência ou diminuta frequência durante o consumo 	13 min
Avaliação	<p>A elevada adesão dos utentes contribuiu para se atingir os objectivos propostos.</p> <p>Nem todos estavam despertos para a importância de realizar o aquecimento e os alongamentos após a actividade física, no entanto, identificaram vários exercícios que se enquadravam nas duas etapas.</p> <p>O aquecimento foi dirigido por um utente e os restantes imitavam com interesse.</p> <p>A actividade foi realizada no tapete com exercícios aos quais os utentes aderiram e sugeriram outros.</p> <p>Paralelamente a estas 2 etapas foram realizadas várias questões. Nas respostas destacaram-se três utentes que responderam e justificaram correctamente as questões, tendo sido necessário solicitar a intervenção dos restantes elementos, no sentido de avaliar se o silêncio seria por desconhecimento ou por se sentirem inibidos.</p> <p>Na 3ª etapa, todos sugeriram um exercício tendo demonstrado conhecimentos nesta área. Nesta etapa foi utilizada 1 música do CD Panpipes nº1, com o objectivo de regressar ao ritmo normal e de reflectirem sobre a importância do exercício físico e a sua inexistência durante o período de consumo.</p> <p>No final houve partilha de algumas reflexões e enquadrou-se a actividade na reabilitação do</p>	

	alcoolismo, considerando-a como uma sugestão para contrariar a associação cognitiva de ver Tv com bebidas alcoólicas e/ou produtos de alto teor em gorduras.
--	--

Bibliografia:

BOLANDER, Verolyn Rae – Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica. 1ª edição. Lisboa: Lusodidacta, 1998

SEQUEIRA, Carlos – Introdução à prática clínica. 1ª ed. Coimbra: Quarteto, 2006.

NUNES, João Carlos Moreira; PATEIRO, Virginio Pedro Leal – Etilização aguda e acção de enfermagem. *In Revista Sinais Vitais*, nº 30 (Maio de 2000). ISSN 0872-8844, pp 13-22

www.dgs.pt. Plano Nacional de Saúde (2004-2010), consultado em 2 de Dezembro de 2009

www.vivabem.pt, pagina consultada a 17 de Janeiro de 2010

www.medipedia.pt consultada a 17 de Janeiro de 2010

Anexo XXXI

Sessões de educação para a saúde sobre nutrição

Planificação da sessão

Tema: Alimentação

Título: Roda dos alimentos

Local: UTRA

Data: 5 de Janeiro de 2010

Duração: 45 min

População alvo: utentes da UTRA

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Método: Trabalho de grupo, activo

Material: Cartolinas, cartões, velcro,

Objectivos: Reflectir sobre os comportamentos alimentares; Reconhecer a roda dos alimentos como um instrumento orientador para uma alimentação saudável e equilibrada.

Objectivos específicos: Conhecer a roda dos alimentos,
Identificar a sua função da roda dos alimentos;
identificar quais os alimentos que constituem cada grupo;
identificar as funções dos alimentos e a que grupo correspondem.

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentar o tema e os objectivos da sessão	5 min
Desenvolvimento	Apresentação da roda dos alimentos: <ul style="list-style-type: none">• Identificar os grupos,• os respectivos alimentos• as suas funções de cada grupo Dividir o grupo em 2 grupos distintos.	27 min

	Pedir a cada um para colocar os cartões com os alimentos nos respectivos locais da roda vazia tendo também em consideração as suas funções.	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Síntese da sessão - Em conjunto com os utentes perceber quais os motivos pelos quais este tema foi abordado; reflectir sobre a alimentação de cada um enquanto consumiam bebidas alcoólicas e durante o período de abstinência. 	3 min
Avaliação	<p>No início da sessão foi utilizado o método expositivo com o objectivo de apresentar a roda dos alimentos (grupos que a constituem, alimentos que fazem parte de cada um e funções). Nesta altura e com a utilização de “brainstorming” os utentes identificaram os 7 grupos da roda, os alimentos e as funções. Estiveram participativos e demonstraram alguns conhecimentos sobre o tema. Quando foi solicitada a segunda tarefa - colocação dos cartões na roda, demonstraram capacidade de trabalhar em grupo de forma participativa, interactiva e com interesse. Apresentaram dificuldade de representar graficamente na roda os conhecimentos, tendo demonstrado maiores dificuldades em identificar as quantidades referentes aos lacticínios, leguminosas e gorduras.</p> <p>Os utentes de um modo geral apontam para a existência de alterações significativas do seu padrão alimentar durante a abstinência quando comparado com períodos em que consumiram bebidas alcoólicas</p>	

Bibliografia:

www.portaldasaude.pt

www.pesocomunitario.net

Planificação da sessão

Tema: Resolução de Problemas

Título: Erros alimentares

Local: UTRA

Data: 7 de Janeiro de 2010

Duração: 45 min

População alvo: utentes da UTRA

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Método: Interrogativo, discussão de grupo e activo

Material: Folha, caneta, quadro.

Objectivo geral: Reflectir sobre estratégias para modificar erros alimentares

Objectivos específicos: Enumerar erros alimentares e discutir estratégias para os ultrapassar.

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentar o tema e os objectivos da sessão. Solicitar a colaboração.	2min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Solicitar que enumerem alguns erros que identifiquem na sua alimentação e com estes construir lista no quadro didax• Apresentação dos erros identificados• Reflexão sobre os hábitos/erros alimentares durante o consumo de bebidas alcoólicas e durante a abstinência.	10 min
	<ul style="list-style-type: none">• Através de brainstorming identificar diferentes estratégias a adoptar para ultrapassar cada um deles• Discussão de estratégias utilizando o método de resolução de problemas	5 min
	<ul style="list-style-type: none">• Identificação para cada um de uma meta a atingir no que respeita à alteração do seu padrão alimentar	23 min

Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da sessão. 	5 min
Avaliação	<p>Utentes conseguiram enumerar alguns dos seus erros alimentares, no entanto, tiveram dificuldade em apresentá-los e discutir as estratégias para os alterar, traduzindo-se na frequência com que participavam.</p> <p>Vários utentes disseram que após cessarem consumos de bebidas alcoólicas aumentaram consumos de outros alimentos (doces, aperitivos, sumos...) o que para alguns se traduziu em aumento de peso. Algumas das estratégias identificadas passaram por identificar actividades que os mantivessem ocupados de forma a não existirem momentos de maior ingestão de alimentos. Outros por substituição de alimentos por outros menos calóricos. Verificaram-se também situações em que foi necessário escolher bebidas alternativas como acompanhamento de alimentos específicos (aperitivos, sardinha assada, etc.)</p> <p>Através das estratégias utilizadas foi possível cada um identificar uma nova meta a atingir no que respeita à alteração do seu padrão alimentar.</p>	

Bibliografia:

CHALIFOUR, Jacques – A intervenção terapêutica: estratégias de intervenção. Volume 2. Loures: Lusodidacta, 2009

HAWTON, K.; SAKOVSKIS, P. M.; KIRK, J.; CLARK, D.M. – Terapia Cognitivo-Comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático. S. Paulo: Martins Fontes, 1997

Como resolver um problema?

1. Definição do problema
2. Inventário de soluções
3. Identificação dos recursos
4. Escolha da solução
5. Planificação e implementação da acção
6. Avaliação.

Síntese da resolução de problemas.

Erros alimentares	Possíveis soluções
Nº de refeições reduzidas	Trazer alimentos de casa Dividir quantidade de alimentos pelas 6 refeições
Bebidas açucaradas	Preferir sumos com menor quantidade de açúcar Optar pela água Optar por chá
Ingerir comidas com alto teor em gorduras	Optar por pratos confeccionados com menos gordura Grelhados/Cozidos Substituir alimentos como: o óleo por azeite, ou alimentos mais gordos por outros
Pouca quantidade de fruta e legumes	Incluir a fruta ao lanche e ao pequeno almoço Ingerir sopa
Fazer apenas uma refeição de prato	Utilizar um termo para transportar a comida Ingerir sopa Optar como pratos frios: salada russa
Não tomar o pequeno almoço	Beber leite, sumo ou ingerir fruta Trazer alimentos de casa em doses individuais
Elevada quantidade de produtos industrializados	Seleccionar os produtos que podemos comprar ao natural e/ou dentro dos "industrializados" optar por aqueles que tem menos quantidade de sal e gordura.

Planificação da sessão

Tema: Alimentação

Título: O sal e a Hipertensão arterial

Local: UTRA

Data: 13 de Janeiro de 2010

Duração: 45 min

População alvo: utentes da UTRA

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Método: Interrogativo, activo

Material: quadro didax e canetas

Objectivo geral: Relacionar o consumo diário de sal com os valores de Tensão Arterial

Objectivos específicos: Conhecer o valor médio de tensão, Identificar o mecanismo que influencia a tensão, relacionar o consumo de álcool com a alteração dos valores de TA, identificar os alimentos com maior teor em sal

	Assuntos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação do tema. Solicitar a participação com conhecimentos que queiram partilhar	2 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Conhecer o valor médio da tensão arterial• Relacionar o consumo de álcool e abstinência alcoólica com a alteração dos valores• A influência do sal e das bebidas alcoólicas nos valores de tensão arterial• Identificar a consequência directa do consumo excessivo de sal – HTA e enumerar quais as complicações que pode advir disso.	35 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Sintetizar a sessão, apelando aos conhecimentos adquirido durante a sessão e dar a oportunidade de expor as dúvidas que não tenham sido esclarecidas	8 min

Avaliação	<p>A participação dos utentes teve de ser incentivada e estimulada, havendo necessidade de apelar aos conhecimentos que possuíam ainda que tivessem por base o senso comum</p> <p>Tendo em conta que, a actividade anterior tinha sido a avaliação dos sinais vitais, foi possível tomar como referência isso e apelar a avaliação regular da TA ainda não que haja alterações, mas para conhecer o seu padrão e estar desperto a qualquer alteração.</p> <p>Esta sessão demonstrou que os utentes tinham défice de conhecimentos nesta área, no entanto, identificaram o álcool como um vasodilatador e que diminuía a tensão arterial, no entanto, foi alertado para a quantidade de álcool que traduzia essa veracidade e aquela que realmente era consumida.</p> <p>Foi reforçada que uma das alterações nas primeiras horas de abstinência seria a TA elevada, tentando alertar para a relação entre o tema e a sua importância neste contexto.</p> <p>Por outro lado, estavam despertos para as consequências da HTA a médio e a longo prazo.</p> <p>Em resumo, os utentes adquiriram novos conhecimentos e puderam esclarecer ideias comuns na gíria com conhecimentos científicos.</p> <p>A melhorar: utilizar metodologias diferentes de maneira a promover a adesão das sessões.</p> <p>Relativamente aos conteúdos seria importante discutir estratégias para prevenir e tratar a HTA.</p>
------------------	---

Bibliografia:

www.portaldasaude.pt

www.dgs.pt

SEELEY, Rod R. et al – Anatomia & Fisiologia. 1ª edição. Lisboa: Lusodidacta, 1997.

Guião de orientação para Sal e HTA

Como se define a hipertensão arterial?

Designam-se de hipertensão arterial todas as situações em que se verificam valores de tensão arterial aumentados. Para esta caracterização, consideram-se valores de tensão arterial sistólica superiores ou iguais a 140 mm Hg (milímetros de mercúrio) e/ou valores de tensão arterial diastólica superiores a 90 mm Hg.

Máxima- Sistólica

Mínima - diastólica

A ausência de quaisquer sintomas durante a fase inicial da doença faz da medição regular da tensão arterial um hábito a seguir

Quais as causas da hipertensão arterial?

Na maior parte dos casos (90 por cento), não há uma causa conhecida, no entanto, a apneia do sono, a doença renal crónica, o hiperaldosteronismo primário, a hipertensão renovascular, a síndrome de Cushing ou terapêutica esteróide, a feocromocitoma, a coarctação da aorta ou a doença tiroideia e paratiroideia, podem estar relacionadas.

A *hereditariedade* e a *idade* são dois factores a ter também em atenção. Cerca de dois terços das pessoas com idade superior a 65 anos são hipertensas

Quais são os factores de risco?

- Obesidade;
- Consumo exagerado de sal e de álcool;
- Sedentarismo;
- Má alimentação;
- Tabagismo;
- Stress.

Como prevenir a hipertensão arterial?

A adopção de um *estilo de vida saudável* constitui a melhor forma de prevenir a ocorrência de hipertensão arterial.

Entre os hábitos de vida saudável sublinha-se a importância de:

- Redução da ingestão de sal na alimentação;
- Preferência por uma dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas;
- Prática regular de exercício físico;
- Consumo moderado do álcool (um máximo de 30 ml etanol/dia nos homens e 15 ml/dia para as mulheres);
- Cessação do hábito de fumar;
- No caso dos indivíduos obesos é aconselhável uma redução de peso.

Quais as formas de tratamento?

Não há uma cura para a hipertensão arterial. Contudo, apesar de ser uma doença crónica, na maioria dos casos é controlável.

A *adopção de um estilo de vida saudável* proporciona geralmente uma descida significativa da pressão arterial, nomeadamente através da *diminuição do consumo do sal, a prática regular de exercício físico e/ou o tratamento farmacológico*

O mecanismo do sal: O sal é ingerido e absorvido para a corrente sanguínea devido à alteração de concentração de sódio entre as células no meio envolvente, por gradiente de concentração o líquido intracelular irá para o meio envolvente para diminuir essa concentração e equilibrar as cargas iónicas. Isto vai-se traduzir num aumento do volume na corrente sanguínea e espaços extracelulares, levando ao aumento da pressão arterial nos vasos, relacionada com o aumento do volume de líquidos.

Lista de alimentos com maior quantidade de sal

Alimento	Sódio (mg)
Caldo de carne em cubos	16982
Ketchup	1186
Extrato de tomate	640
Molho de soja	6670
Molho de tomate	326
Mostarda (molho industrializado)	1252
Espargo em conserva	390
Atum em óleo comestível	100
Azeitona verde	2400
Champignon em conserva	425
Ervilha em conserva	720
Milho verde em conserva	323
Seleto de legumes	347
Puré de tomate	280
Sardinha enlatada	823
Bacon	545
Lingüiça calabresa	2040
Mortadela	981
Peito de peru defumado	883
Presunto magro	1516
Salame	1065
Salsicha	1120

Substitua o sal por Parte mais utilizada Usos mais comuns em culinária

Aipo Caules e folhas - fresco Sopas, caldos de carne, estufados e cozidos de carne
 Açafraão Estigma da planta secos e não maduros - Sopas, pratos de peixe, caldeiradas, arroz e certos molhos
 Açafraão da terra ou curcuma Raiz - seca Pratos com ovos, molhos cremosos, massas, frango, peixes, arroz, pães
 Açafraão espanhol Botão - seco Arroz, *paella*, *risotos*, peixes, frutos do mar, pães
 Alcaparra Botão floral - seco Saladas, carnes diversas, molhos, peixes, pizzas
 Alcarávia ou kummel Semente - Carnes, assados, sopas de legumes, saladas, marinadas, patês
 Alecrim Caule e folhas - seco Marinadas, coelho, aves e carne de porco grelhados,
 Alho Bolbo Muito vasto, desde sopas de legumes, estufados, assados, cru em molhos como o molho verde
 Anis ou erva-doce Sementes - Tortas, peixes, ensopados, queijos, massas, purés, carnes
 Cardamomo Vagem - Sopas, molhos, alguns pratos de carne e peixe
 Caril Em pó - Peixe, moluscos, molhos, aves, ovos, arroz, massas, estufados

Cebola Bolbo Muito vasto, cozidos, grelhados, assados no forno, estufados, carnes, peixes, saladas, legumes, feijão, molhos

Cebolinho Folhas - fresco, seco Saladas, pratos de ovos, queijo

Cerefólio Folhas - fresco Saladas, molhos, sopas

Coentro Folhas - grão Saladas, sopas, arroz, massa, ervilhas, favas, marinadas

Colorau ou pimentão Polpa do pimento doce maduro reduzido a pó - Estufados, assados no forno, ensopados, carnes de porco, bacalhau e outros pratos de peixe

Cominho Grãos - Carnes de porco, estufados

Cravinho ou cravo-da-índia Botões da flor depois de secos Muito vasto - caldo de carne, feijão, marinadas, molhos com vinho, cerveja e vinagres

Estragão Folhas ou raminhos - fresco ou seco Saladas, aves, molhos, conservas, aromatizar vinagres

Funcho bravo Sementes, caules e folhas – fresco ou seco Peixe (especialmente no grelhado), caldo para cozer peixe

Gengibre Rizomas da planta - Estufados, cozinha chinesa, inglesa e indiana, sopas de peixe

Pimenta Grãos Muito vasto - pode ser usada em praticamente todas as preparações culinárias

Pimenta de Caiena Fruto seco reduzido a pó - Sopas, guisados, peixe, marisco, molhos frios

Pimenta da Jamaica Fruto seco - grãos Carnes picadas, estufados

Piripiri Fruto - fresco ou seco Muito vasto, caldeiradas, carnes assadas

Poejo Fresco ou seco - Sopas, açordas

Salsa Fresca Muito vasto - bacalhau, saladas, feijão...

Salva Fresca ou seca Estufado - assados de porco, vitela, molho de tomate

Segurelha Fresca ou seca - Feijão, ervilhas, sopas de peixe

Tomilho Fresco ou seco Muito vasto - todos os usos da manjerona e do orégão

Planificação da sessão

Tema: Alimentação

Titulo: Gorduras e colesterol

Local: UTRA

Data: 12 de Janeiro de 2010

Duração: 45 min

População alvo: utentes da UTRA

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Método: Activo, Interrogativo e Discussão de grupo

Material: quadro, canetas, tabela dos alimentos

Objectivos: Reflectir sobre a quantidade de gorduras ingeridas por dia e as consequências na saúde do indivíduo.

Objectivos específicos: Identificar os tipos de gorduras e alimentos com maior teor na sua constituição, enumerar as funções das gorduras no organismo, relacionar o consumo de gorduras com o colesterol e as consequências para o organismo quando os valores se encontram acima dos valores de referência, calcular o índice de massa corporal.

Reflectir sobre os hábitos alimentares durante os consumos de álcool e durante a abstinência.

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentar o tema e os objectivos da sessão.	3 min
Desenvolvimento	Respostas às questões: Que tipos de gorduras conhece? Quais os alimentos que enquadram em cada uma delas? Quais as suas funções? Que quantidade de gordura deve ser ingerida por dia?	37 min

	<p>Quais as consequências de uma alimentação com elevado teor em gordura?</p> <p>Enumerar os alimentos com maior teor em gordura, através da tabela de gordura de alimentos, previamente sublinhados e relacionar os consumos de álcool associados ao consumo deste género de alimentos.</p> <p>Calculo do Índice de Massa Corporal</p> <p>Realizar treino de resolução de problemas na substituição dos alimentos com alto teor de gordura</p>	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da informação discutida na sessão e reflexão conjunta da quantidade de gordura necessária ao organismo e aquela que é consumida. • Reflexão sobre a alteração dos comportamentos alimentares antes e durante a abstinência. • Sugestões para minorar a quantidade de gordura e melhorar a qualidade da mesma 	5 min
Avaliação	<p>A participação dos utentes, inicialmente, foi reduzida tendo sido necessário estimular as intervenções apelando aos conhecimentos do senso comum que possuíam.</p> <p>O conhecimento sobre os tipos de gorduras era escasso, no entanto, identificaram vários alimentos com elevado teor de gordura que foram enquadrados nos vários tipos de gorduras através de esquematização no quadro.</p> <p>As funções das gorduras foram mencionadas correctamente tendo em conta que foi um dos temas abordados nas últimas sessões, nomeadamente na roda dos alimentos.</p> <p>Relativamente à relação entre o consumo de gorduras e o colesterol, os vários tipos de colesterol e valores de referência apenas um dos utentes interveio, tendo identificado correctamente o que foi</p>	

solicitado.

A maioria dos utentes identificou as consequências de uma alimentação com alto teor de gorduras. A adesão maior teve quando foram entregues as folhas correspondentes à tabela de gorduras e nas quais estavam identificados os alimentos com maior teor de gordura, por outro lado houve a surpresa de alguns alimentos que se encontravam descritos e os quais tinham uma pequena quantidade de gorduras. Este facto pode revelar falta de conhecimento sobre a constituição dos alimentos em geral e a existência de “falsos mitos”.

Os utentes de um modo geral atingiram alguns dos objectivos específicos

O cálculo do índice de massa corporal não foi possível realizar devido à gestão do tempo menos rigorosa, tendo ficado adiada para o dia seguinte de manhã, no momento que corresponde à avaliação semanal dos sinais vitais e do peso.

Sugestões: Gerir melhor o tempo, apresentar uma folha com a “Lista Negra dos alimentos com maior teor de gordura, optar por uma metodologia na qual a maior parte participe e não se sinta constrangido com o fazer, como por exemplo, distribuir pequenas tarefas, com grupos pequenos e discutir os conhecimentos que já possuem e introduzir novos.

Bibliografia:

www.dietaesaude.pt

www.portaldasaude.pt

www.medicinaealimentação.com

Guia de orientação

As gorduras podem ser divididas em:	
1. Insaturadas <ul style="list-style-type: none">• Moninsaturadas	Abacate Azeite Óleo de girassol Óleo de amendoim
<ul style="list-style-type: none">• Polinsaturada	Peixes e frutos do mar Soja Óleo de peixe Leguminosas
<ul style="list-style-type: none">• Gordura trans	Batata frita Biscoitos amanteigados
2. Saturadas	Carnes gordas Lactínicos Coco

A gordura trans-saturada tem várias finalidades:

- Aumento da validade do produto
- Podem substituir óleos feitos com gordura animal, podem ser comercializados para atender aos vegetarianos e outras culturas onde não se ingere gordura de porco;
- Menor necessidade de refrigeração

Este tipo de gordura deve ser evitado, porque alguns estudos indicam que existem maior prevalência de desenvolvimento de doenças do foro cardíaco.

Por outro lado, também podem ser encontradas em pequenas quantidade e de uma forma natural no leite de animais ruminantes (Vaca).

Existe também alimentos ricos em ómega 3, 6, 9. O marketing feito à volta destes produtos pode levar a consumo despreocupado, no entanto, devemos ter em atenção a quantidade de gordura diária que se deve ingerir: cerca de 20 gr/dia

Os alimentos com maior quantidade de ómega 3 são:

Bacalhau, Linguado, Lula, Camarão, Atum, Ostra, Tubarão, Anchovas, Carpa, Cavala, Salmão, Sardinha.

As principais funções das gorduras são: energéticas (cada grama de gordura equivale a 9Kcal), servem como isolamento térmico, síntese de vitaminas lipossolúveis como a A, a D e a K, e, lipoproteínas e hormonas sexuais.

A quantidade de colesterol/dia deverá ser de 300 mg.

1 Ovo tem 250 mg de colesterol.

Colesterol – valor total de 200 mg/dl

LDL (colesterol mau) - <130 mg/dl

HDL (colesterol bom) > 35 mg/dl

Lista dos alimentos mais gordos (com mais colesterol na tabela)

Os alimentos que ajudam a reduzir o colesterol, impedindo a absorção deste pelo intestino: aipo, couve-de-bruxelas, ameixa preta, couve-flor, amora, ervilha, pão integral, aveia, farelo de aveia, pêra, cenoura, farelo de trigo, pêssego, cereais integrais, feijão, cevada, figo.

A importância do exercício físico:

O exercício físico de baixa intensidade utiliza a gordura como, pelo menos, metade da fonte de energia. Porque para usar gordura como energia é preciso muito mais oxigénio do que o necessário na utilização de hidratos de carbono. Assim, em exercícios de baixa intensidade a gordura é a principal fonte de energia.

Outra informação prende-se com a duração da actividade física, ou seja, durante exercícios longos (mais de 90 min) de intensidade moderada há um progressivo aumento da utilização de ácidos gordos em relação aos hidratos de carbono como fonte de energia.

Planificação da sessão

Tema: Alimentação

Título: Rótulos dos alimentos

Local: UTRA

Data: 18 de Janeiro de 2010

Duração: 45 min

População alvo: utentes da UTRA

Objectivo Geral: Conhecer os diferentes componentes dos produtos alimentares para saber escolher os que melhor contribuam para uma alimentação saudável.

Objectivos específicos: Identificar os aditivos que não conhecem e enquadrá-los nos diferentes grupos;

Enumerar algumas recomendações que devem ter quando adquirem produtos alimentares.

Relacionar o consumo/abstinência de álcool com os hábitos alimentares

Reflectir sobre a quantidade de calorias ingeridas durante o consumo de álcool desprovidos de qualquer nutrientes.

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Método: Interrogativo, activo e expositivo

Material: quadro didax, embalagens de alimentos, canetas, folheto informativo, placa de esferovite, cartões com os principais aditivos alimentares e pionezes.

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentar o tema e os objectivos da sessão. Solicitar conhecimentos adquiridos/aprofundados em outras sessões de educação sobre alimentação, nomeadamente, no que se refere à quantidade de proteínas, lipidos e hidratos de carbono que se deve ingerir por dia	5 min

Desenvolvimento	<p>1. Solicitar que reflectam e partilhem algumas das recomendações que devem ter quando adquirem produtos alimentares.</p> <p>2. Colocar numa mesa várias embalagens de produtos alimentares e solicitar que escolham duas.</p> <p>Individualmente cada um vai ler o rótulo do produto e enumerar os ingredientes que não conhece. (Realiza-se uma lista no quadro).</p> <p>3. Distribui-se um cartão no qual estará descrito um aditivo e o respectivo exemplo e afixa-se na placa de esferovite.</p> <p>4. Solicitar que partilhem os hábitos alimentares que possuíam num período de consumo e que possuem no período de abstinência e em que pode contribuir a sessão para a alteração dos seus comportamentos</p> <p>Aplicar a técnica de resolução de problemas na escolha dos produtos</p>	32 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da sessão com o apoio de um folheto informativo distribuído e em conjunto com os utentes perceber quais os motivos pelos quais este tema foi abordado • Reflectir sobre a quantidade de calorias ingeridas durante o consumo de álcool, baseado na tabela apresentada no folheto. 	8 min
Avaliação	<p>Os utentes, em geral, demonstraram ter adquirido conhecimentos nas sessões anteriores, relativamente aos 3 grupos de nutrientes: proteínas, hidratos de carbono, lípidos.</p> <p>Houve grande adesão, por parte dos utentes, na listagem dos ingredientes que não conheciam.</p> <p>De uma forma geral, não conheciam os grupos de aditivos e também não conseguiram enquadrar</p>	

os ingredientes dentro dos grupos. Porém a metodologia utilizada com os cartões: leitura e afixação, permitiu conhecer que tipo de aditivos podem estar nos produtos alimentares e os diferentes nomes/números que podem ter.

O facto de haver um desconhecimento sobre este assunto justifica a sua pertinência na promoção da saúde e dos estilos de vida saudáveis.

A sessão teve uma boa adesão dos utentes. A adesão avaliou-se pela frequência da sua intervenção e interesse demonstrado nas questões que colocavam.

Após os conteúdos informativos terem sido abordados, foi pedido que reflectissem e partilhassem qual o interesse/atenção/importância que davam à sua alimentação e à escolha dos produtos alimentares que ingeriam. Obtiveram-se diversas respostas, sendo que todas elas revelaram pouca importância para a qualidade da alimentação, alegando jejuns prolongados e ingestão de alimentos ricos em gorduras.

No período de abstinência verbalizaram um maior cuidado na alimentação e um aumento ponderal do peso.

No seguimento da reflexão realizada pelos utentes foi distribuído o folheto informativo, no qual constava uma tabela com as calorias que cada dose, de diferentes bebidas, possuía. A análise da tabela surpreendeu alguns utentes que desconheciam o valor calórico das bebidas.

A síntese da sessão e dos principais assuntos foi realizada em conjunto com os utentes e com o apoio de um folheto informativo, para consolidar conhecimentos.

No final, os utentes atingiram os objectivos propostos para a sessão, tendo identificado os grupos de aditivos e listar alguns exemplo, enumerar algumas recomendações que devem ter quando

	adquirem produtos alimentares e relacionar o consumo de álcool com os hábitos alimentares.
--	--

www.eufic.org

www.cm-odivelas.pt

www.agroportal.pt

www.agenciaalimentar.pt

Decreto-lei nº560/99 de 18 de Dezembro

Um dos produtos que não é obrigatório data de validade nem informação calórica são as bebidas alcoólicas, no entanto, a sua ingestão contribui, com uma importante quantidade de calorias

Quantidade	Bebidas alcoólicas	Calorias
1/2 copo	Aguardente	231
1 copo	Cerveja	101
1 taça	Taça Champagne	85
1/2 copo	Cidra	50
1 dose	Conhaque	125
1 dose	Gin	60
1 cálice	Licor	69
1 copo	Rum	110
1 cálice	Vermute doce	50
1 taça	Vinho branco doce	142
1 taça	Vinho branco seco	85
1 taça	Vinho moscatel	137
1 taça	Vinho rosé	74
1 taça	Vinho tinto	65
1 dose	Whisky	240

Realizado por: Carla Ventura

Aluna do II Mestrado de Natureza Profissional, área de especialização de Saúde Mental e Psiquiatria, da Universidade Católica.

Janeiro 2010

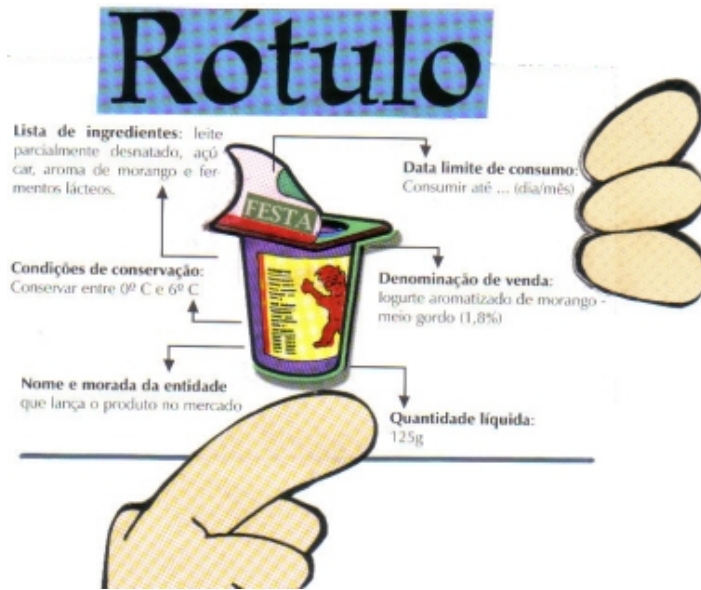
Rótulos dos alimentos



O que é o rótulo?

O rótulo é o “BI” de um produto, o qual tem um conjunto de menções e indicações respeitantes ao produto alimentar, que figuram sobre a embalagem.

No rótulo é obrigatório ter:



Indicação que permite identificar o lote ao qual pertence o alimento

Os produtos isentos da indicação da data de durabilidade mínima são:

Açúcar, Vinho, Frutos e hortícolas frescos, sal, vinagre, bolos de pastelaria, gelados individuais.

Informações retiradas do decreto-lei 560/99 de 18 de Dezembro

É obrigatório que o rótulo seja escrito em português

Recomendações no momento de comprar:

- *Leia com atenção a lista de ingredientes*
- *Verifique o prazo de validade e o estado das embalagens*
 - Se a embalagem estiver danificada - amolgada, inchada ou com sinais de ferrugem - não a adquira;
 - Caso as embalagens de produtos congelados estejam húmidas ou apresentem cristais de gelo no interior rejeite-as; esta situação indicia que os produtos sofreram descongelação e que a rede de frio não foi mantida constante.
 - Respeite rigorosamente as condições de conservação e o modo de emprego ou utilização dos alimentos que dão esta indicação.
- *Leia cuidadosamente a informação nutricional do rótulo*
 - Tenha em consideração a quantidade de lípidos; dê preferência aos produtos com baixo teor em lípidos, sobretudo nos saturados e colesterol, procure valores inferiores a 10g por cada 100g de produto alimentar.
 - Verifique a quantidade de sódio; para reduzir o seu consumo é importante não só diminuir a ingestão de produtos ricos neste elemento, mas também a quantidade de sal utilizada na preparação e confeção dos alimentos.
 - Opte por produtos com conteúdo equilibrado de fibras.
 - Tenha atenção aos glícidos; prefira alimentos ricos em amido e pobres em açúcares e com mais de 6g de fibra e proteína (por 100g).
 - Modere o consumo de alimentos que tenham níveis elevados de gorduras, óleos, sal, açúcar, açúcar (sacarose), mel, melaço ou ainda outras formas de açúcar (ex.: maltose, lactose, glucose, frutose, dextrose, xarope de açúcar invertido...);
 - Prefira alimentos com menor densidade calórica (kcal/100g). Um valor superior a 4 (mais de 400 kcal por 100g de produto) é bastante elevado.

Compare produtos semelhantes e escolha aqueles que têm menos açúcar e menos sal

Emulsionantes

São substâncias que tornam possível a formação ou a manutenção de uma mistura homogénea de duas ou mais fases imiscíveis, com óleo e água

Polifosfato de sódio e de potássio
Mono e diglicéridos de ácidos gordos
Lecitina de soja

Intensificadores de sabor

São substâncias que intensificam o sabor e/ou cheiro dos alimentos

Glutamato monossódico

Inosinato

Guanilato dissódico

E-620 a 640

Edulcorantes

São aditivos de baixo teor calórico
usados para substituir o açúcar

Aspartamo
Acesulfame K

Corantes

São substâncias naturais ou sintéticas usadas para aumentar ou recuperar a cor perdida durante o fabrico e armazenamento, garantindo a coloração uniforme do produto final.

E-100 ao 180

Estabilizadores

São substâncias que tornam possível a manutenção do estado físico-químico dos alimentos

E-400-495

Conservantes

São substâncias que aumentam a duração dos alimentos, evitando a sua deterioração

E – 200 ao 297

Nitrito de sódio

Sorbato e Potássio

Ácido Málico

Reguladores de acidez

São substâncias que alteram ou controlam a acidez ou alcalinidade dos alimentos. Têm como função neutralizar ou equilibrar o efeito dos ácidos.

Fosfato monopotássio

Glucono-delta-lactona

E-338

Espessantes

São substâncias que aumentam a viscosidade dos alimentos assegurando a sua consistência

E-1442

Levedantes químicos

São substâncias ou combinações que libertam gás, aumentando assim o volume das massas ou bolmes de farinha.

Bicarbonato de amônio e de sódio

Antioxidantes

A oxidação é um processo químico que ocorre devido à exposição do ar, calor e/ou luz. O papel principal é manter o sabor e a cor dos alimentos. Podem ser naturais ou artificiais.

Ácido Cítrico
Ácido ascórbico
E-300 a 321

Anexo XXXII

Sessões de educação para a saúde do autocuidado

Planificação da sessão

Tema: Autocuidado

Título: Higiene oral

Local: UTRA

Data: 9 de Dezembro de 2009

Duração: 50 min

População alvo: utentes da UTRA

Formadores: Enf^a Carla Ventura

População alvo: utentes da Área de dia

Método: Interrogativo e activo

Material: Folha de papel, caneta

Objectivo geral: Sensibilizar para a importância da higiene oral, no contexto de um estilo de vida saudável.

Objectivos específicos: Incentivar a higiene oral; Conhecer vários problemas da cavidade oral, Identificar as suas causas e o seu tratamento;
Identificar as vantagens e desvantagens da Higiene oral.

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentação do tema Introduzir o tema com a questão: o que se entende por higiene oral?	5 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Dentição: nº, nome e constituição dos dentes• Os principais problemas da cavidade oral: gengivite, cárie, sensibilidade, tártaro, aftas, herpes, halitose, candidíase, mononucleose, neoplasia, xerostomia.• Apresentação para cada problema dos sintomas, as causas e tratamento• Visualização de um filme sobre os problemas da cavidade oral e as suas consequências no coração e pulmões	30 min

	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendações: higiene 3 id, troca de escova de 3/3 meses, ir 1 a 2 vezes/ano ao dentista.... • Reflectir sobre os hábitos de higiene actuais. Distinguir os malefícios da utilização de alguns “remédios caseiros” no tratamento dos problemas da cavidade oral. Reconhecer o prejuízo causado pelo consumo de álcool na saúde oral. 	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos principais problemas e respectivas causas 	5 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Os utentes estavam pouco participativos, tendo sido necessário incentivar e estimulá-los; • Identificaram alguns problemas da cavidade oral, no entanto, tiveram dificuldade em referir quais os sintomas, causas e tratamentos, em parte por não conhecerem alguns dos problemas. 	

Bibliografia:

www.revistavivasaude.uol.com.br

www.copacabarunners.net

www.static.hsw.com.br

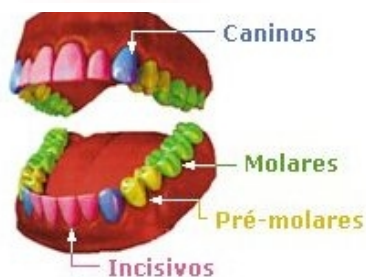
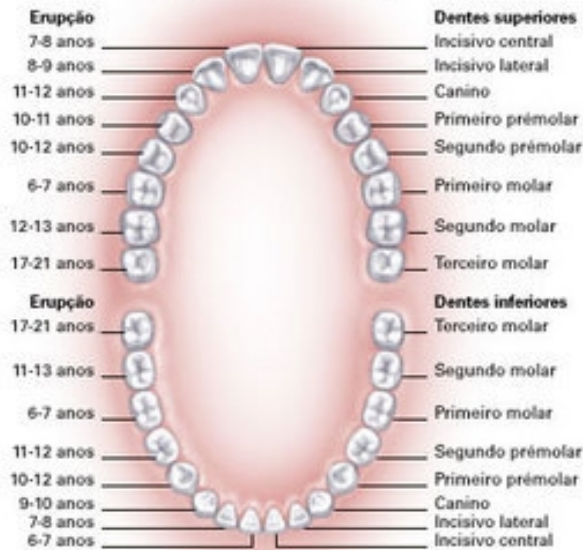
www.portaldasaude.pt

Higiene Oral

Constituição do dente



Desenvolvimento dos Dentes - Dentes Definitivos



Principais problemas da cavidade oral

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

As causas mais frequentes

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Guião da sessão:

1. O que é a higiene oral?

2. Dentes

- Quantos dentes tem uma criança – 20 (8 incisivos, 4 caninos e 8 molares)
- Quantos dentes tem um adulto – 32

8 incisivos – cortar;
4 caninos – rasgar
8 pré-molares – esmagar e triturar
12 molares – mastigar

Entrega da folha

3. Como é constituído o dente

- coroa: esmalte e dentina
- raiz: dentina, câmara polpar, tecido polpar, ligamento peridonto, cimento, canal acessório, abertura apical.

4. Quais os principais problemas da cavidade oral?

Gengivite	Cárie dentária	Sensibilidade dentária
Tártaro	Aftas	Herpes
Halitose	Candidíase	Mononucleose
Xerostomia	Cancro da boca (língua)	

As principais causas:

Virais	Má higiene	Tabaco	Bebidas alcoólicas
Diminuição das defesas	Stress	Diabetes	Disfunções alimentares: bulimia, anorexia.

Gengivite

Sintomas: Inflamação das gengivas; hemorragia durante a escovagem, mastigação e uso de fio dental; aparecimento de espaços entre os dentes.

Causa: bactérias que tornam a película em torno dos dentes e gengivas.

Tratamento: situação reversível com a escovagem e uso de fio dental, destartarização, alisamento radicular.

Peridontite

Sintomas: situação irreversível quando o osso e as fibras de suporte que mantêm os dentes forem afectadas; ocorre formação de bolsas abaixo da linha gengival que retém alimentos e placa bacteriana, mau hálito, formação de pus entre os dentes e as gengivas.

Cárie dentária

Sintomas: destruição da camada externa dos dentes (esmalte), ao início assintomático e posteriormente alteração da coloração e dor aguda. Pode ocorrer cárie coronária ou radicular

Tratamento: escovagem de dentes e consulta médica para reparação de esmalte.

Sensibilidade dentária

Sintomas: causada pelo desgaste da superfície do dente ou do tecido gengival, exposição de raízes devido à recessão gengival, bebidas gaseificadas e próteses mal ajustadas.

Tratamento: escovagem com gel flúor e utilizar pastas menos abrasivas.

Tártaro

Placa bacteriana que mineralizou. Formação junto à linha da gengiva.

Tratamento: destartarização em consultório.

Aftas

Denominadas por estomatite aftosa. É a doença mais comum da mucosa bucal, ocorre em 20% da população mundial.

Sintomas: ardor, dor, prurido;

Causas: genéticas, alérgicas, hormonal, stress, doenças auto-imunes;

Tratamento: soluções para bochechar com lidocaína, nitrato de prata e/ou corticóides.

Nistatina

Herpes

Sintomas: Vesículas que surgem nos lábios durante ± 2 semanas.

Tratamento: medicamento antiviral

Pode ser contraído pelo beijo e está relacionado com a baixa imunidade, exposição solar e pode ocorrer durante a menstruação.

Halitose

Sintomas: mau hálito

Causas: má higiene, limpeza inadequada sobretudo da língua, diabetes

Tratamento: higiene

Candidíase:

Sintomas: placas esbranquiçadas e avermelhadas, dor. Também denominada por sapinhos. Ocorre em situações mas vulneráveis: doenças, consumos de tabaco, drogas e álcool.

Tratamento: Itraconazol, nistatina

Mononucleose

É provocada pelo vírus Epstein-Barr (doença do beijo).

Sintomas: fadiga, odinofagia, tosse, gânglios edemaciados, perda de apetite, inflamação do fígado e hipertrofia do baço e pontos avermelhados no palato.

Tratamento: não há – analgésicos, anti-eméticos faz-se um tratamento sintomático.

Cancro

O mais frequente sintoma é uma ferida que nunca cicatriza. O principal causador e o tabaco e ao álcool tem um efeito potenciador.

O cancro nos lábios é mais devido a exposição solar.

Tratamento: cirurgia, quimioterapia radioterapia.

Conclusão:

- Higiene oral 3 id após as refeições;
- Trocar de escova de dentes pelo menos de 3 em três meses
- Uso de fio dental
- Cuidar da alimentação especialmente bebidas e alimentos açucarados e bebidas gaseificadas.
- Ida regular o dentista 1 a 2 vezes por ano.

Complicações:

- Enfarte agudo do miocárdio
- AVC

Planificação da sessão

Tema: Autocuidado

Título: Higiene do sono

Local: UTRA

Data: 16 de Dezembro de 2009

Duração: 45 min

População alvo: utentes da UTRA

Objectivos específicos: Identificar problemas relacionados com o sono;

Discutir estratégias para melhorar a qualidade do sono

Incentivar a adesão terapêutica

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Método: Role Play, interrogativo e activo

Material: Guião do Role Play, folha com as estratégias para melhorar a qualidade do sono

Objectivo geral: Reflectir sobre a qualidade do sono

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentação do tema Realização de um role Play. No Role Play existem três personagens: o adepto da terapêutica, o que cumpre alguns cuidados não farmacológicos e o que não adopta qualquer estratégia para melhorar o padrão de sono. A cada personagem foi dado um guião sobre os assuntos que devem abordar.	15 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">Discutir pontos chaves do role Play, incidindo nos diferentes problemas relacionados com o sono e as diferentes estratégias para os colmatar . Utilização do quadro didax para elaboração de itens sobre os diferentes problemas do sono e listagens de estratégias a adoptar com vista a uma	20 min

	melhor qualidade do sono. (Treino de Resolução de Problemas)	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da sessão. Entrega de um folheto com resumo das principais estratégias não farmacológicas a adoptar. Relembrado a importância de adesão à terapêutica. • Realizada reflexão sobre o padrão de sono actual, o padrão de sono que existia enquanto se verificavam consumo de bebidas alcoólicas e influência do padrão de sono alterado versus consumo de bebidas alcoólicas 	10 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Na realização do role play todos os elementos “vestiram” a pele dos seus personagens. Foi feita a O abordagem de assuntos que não estavam no guião no desenvolvimento do diálogo. • Durante a discussão do role Play houve alguma distractibilidade, no entanto foram identificados os, problemas relacionados com o sono. Foram também apresentadas algumas estratégias não farmacológicas. Apesar disso, foi notória a importância dada á terapêutica indutora de sono Foi feito esclarecimento de dúvidas sobre a terapêutica e a importância da sua adesão. <p>As estratégias não farmacológicas identificadas foram em número reduzido pelo que foi pertinente a entrega de uma lista como forma de consolidar conhecimentos</p>	

Bibliografia:

JONES Jr, H. Royden – Neurologia de Netter. Porto Alegre: Artmed, 2006

LAVIE, Peretz – O mundo encantado do sono. 1ª edição. Lisboa: Climepsi Editores, 1998.

www.portaldasaude.pt

[www. saudepublica.web.pt](http://www.saudepublica.web.pt)

Guião para o que recorre à medicação

- Recorre várias vezes a medicação
- Tem em casa vários medicamentos para dormir
- Só toma de vez em quando medicação, mas anda sempre com problemas de sono
- Chega a tomar dois tipos de medicação diferente quando quer dormir e não consegue.
- Gosta de ficar na cama ao fim-de-semana até as 11h.
- Não pratica exercício físico
- Por norma ao jantar vai buscar comida fora.

Guião para quem faz uma boa higiene do sono

- Não toma medicação, apenas houve um período da vida em que tomou durante 4 meses, tendo sido acompanhado pelo médico e a redução da dose até à suspensão da toma foi por recomendação médica e não por auto-recriação
- Cumpre sempre os mesmos horários, mesmo ao fim-de-semana
- Raramente faz sestas durante o dia.
- Faz uma caminhada diariamente de cerca de 50 min
- Não adormece no sofá a ver tv, quando sente sono deita-se na cama
- Opta por refeições mais leves ao jantar e antes de ir para a cama bebe uma bebida quente.

Estratégias para melhorar a qualidade do sono

1. O exercício físico praticado de forma regular melhora a qualidade do sono, no entanto, evite praticá-lo 2 horas antes de se deitar.
2. Manter um horário regular quer aos fins-de-semana, dias de semana ou férias
3. Não dormir durante o dia ou optar por uma pequena sesta no início da tarde de 20 a 30 min
4. Evitar ir para a cama após uma grande refeição. Jante cedo e antes de se deitar opte por uma pequena ceia.
5. Evitar: Beber café, chás, coca-cola ou outras bebidas com cafeína, Fumar, ingerir bebidas alcoólicas
6. Mudar o local do relógio. O tique-taque, o estímulo luminoso e a possibilidade de estar sempre a ver as horas podem ser perturbadores
7. Estabelecer um período no dia para resolver problemas. Não aproveite a hora de deitar para fazer a longa metragem dos problemas do dia-a-dia.
8. Desenvolver um ritual de sono: ler, rezar, tomar um banho relaxante, beber uma caneta de leite, fazer exercícios de relaxamento
9. Promover conforto necessário para dormir: ter uma cama confortável, luminosidade adequada a cada um, evitar o ruído, ter uma temperatura adequada
10. Não passar muito tempo na cama. Limitar o tempo na cama para dormir. Se acorda, saia da cama e volte a deitar-se quando tiver pronto para dormir.
11. Não se esforce para adormecer. Quanto mais tentar contrariar a insónia mais o nível de vigília aumentará
12. Se a insónia é uma situação recorrente: mesmo que não tenha durmido esta noite não se deite mais cedo tente deitar-se 15 a 30 min depois da hora habitual e adopte esta estratégia até conseguir ter um sono de qualidade e apenas com as horas suficientes
13. Se a insónia é uma situação recorrente: identifique o nº de horas que passa na cama e aquelas que efectivamente dorme. Se dormir 6 horas levante-se ao fim de 5. Aposte na qualidade do sono
14. Se não conseguir adormecer e já está a sofrer por antecipação de cansaço e sonolência reformule os seus pensamentos negativos em positivos

Planificação da sessão

Tema: Autocuidado

Título: Vacinação

Local: UTRA

Data: 17 de Dezembro de 2009

Duração: 45 min

População alvo: utentes da UTRA

Objectivos específicos: Apresentar o PNV, Identificar as vacinas do adulto obrigatórias e facultativas, Incentivar da promoção da saúde, Conhecer as vacinas disponíveis quanto: às doenças que previne, à sua constituição, tipos, efeitos secundários e contra-indicações

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Método: Expositivo, Interrogativo

Material: Questionário, Plano Nacional de Vacinação (PNV)

Objectivo geral: Sensibilizar para a importância da vacinação

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentação do tema Introduzir o tema com o preenchimento de um questionário de Verdadeiro/Falso	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Corrigir as respostas do questionário e aprofundar o tema de cada uma das questões.• Entregar o mapa do Plano Nacional de Vacinação• Sensibilização sobre a importância dos cuidados de saúde tendo em consideração a negligência de muitos enquanto estavam sob o efeito de bebidas alcoólicas	30 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Síntese da sessão tendo como guião as questões que se encontram no verso da folha e as respectivas respostas.	5 min

Avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Os utentes foram muito participativos, responderam à maioria das questões apresentadas na grelha de forma acertada, colocaram questões pertinentes e interviram com frequência.• Demonstraram conhecimentos sobre as vacinas, as doenças que preveniam• Apesar do conhecimento sobre a vacinação havia quem não tivesse ou desconhecesse se tinha as vacinas em dia.
------------------	--

Bibliografia:

www.portaldasaude.pt

www.saudepublica.web.pt

www.infarmed.pt

ESQUEMA CRONOLÓGICO DE VACINAÇÃO RECOMENDADO

Vacina \ Idade	0-7 dias	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	15 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida
Tuberculose	BCG 1										
Hepatite B	VHB 1	VHB 2				VHB 3				VHB ^a (1-2-3)	
Poliomielite		VIP 1		VIP 2		VIP 3			VIP 4		
Difteria, Tétano e Tosse convulsa		DTP 1		DTP 2		DTP 3		DTP 4	DTP 5		
Haemophilus influenzae b		Hib 1		Hib 2		Hib 3		Hib 4			
Meningococo C			MenC 1		MenC 2		MenC 3				
Papiloma humano										VPH ^c (1-2-3)	
Sarampo, Rubéola e Papeira							VASPR 1		VASPR ^b 2		
Tétano e Difteria										Td	Td (10-10 anos)

^(a) Só para os nascidos até 1999 (esquema de vacinação: 0, 1 e 6 meses)

^(b) Nos nascidos em 1993 a VASPR-2 deve ser administrada aos 13 anos

^(c) Em 2009-2011 serão vacinadas as coortes de raparigas que atinjam 17 anos (nascidas em 1992-1994)

Vacinação

	V	F
1. As vacinas são o meio mais eficaz e seguro de protecção contra certas doenças		
2. As vacinas têm na sua composição vários componentes nomeadamente alumínio		
3. Existem vacinas com o agente infeccioso vivo		
4. O Plano Nacional de Vacinação inclui algumas das vacinas recomendadas desde o nascimento		
5. Se não tiver as vacinas actualizadas agora já não posso ser vacinado porque já passou a idade		
6. As vacinas são pagas após a sua administração		
7. Se tiver constipado devo adiar a vacina		
9. Se tiver problemas cardíaco, nos rins ou fígado devo ser vacinado		
10. Posso ser vacinado se não tiver febre superior a 38,5°C		
11. Depois da aplicação da vacina devo aplicar gelo e estar atento à temperatura		
12. Perdi o meu boletim de vacinas, quando for tratar da 2ª via vou ter que as fazer de novo		

1. O que são as vacinas?

As vacinas são substâncias derivadas ou quimicamente muito semelhantes a um agente infeccioso. O objectivo de administrar as vacinas no nosso organismo é fortalecer o sistema imunitário, permitindo que reaja contra o antigénio e prepare uma resposta específica para este, assim previne a infecção e/ou impede que a virulência do agente afecte de uma forma grave o nosso organismo.

2. As vacinas são compostas porquê?

Antigénio – pode ser inactivado ou atenuado, apenas parte do agente, ou toxóides bacterianos inactivados; **Solvente** – água estéril ou pequenas quantidades dos constituintes biológicos em que são produzidas as vacinas; **Conservantes, antibióticos, estabilizadores**; Adjuvantes – compostos à base de alumínio que aumentam o efeito da resposta imunológica do indivíduo.

3. Que tipos de vacinas existem?

Inactivadas – pode ter o agente infeccioso, na sua totalidade ou apenas parte. Têm a desvantagem de requer 3 a 5 doses para induzir uma resposta imunitária adequada; **“Vivas” atenuadas**- agente infeccioso enfraquecido, multiplica-se sem causar doença e estimula o organismo. Normalmente apenas é necessário uma dose; **Recombinação genética**

4. Que doenças previnem as vacinas do PNV?

Difteria, Infecção por Haemophilus Influenzae, doença Meningocócica, Hepatite B, Papeira, Poliomielite aguda, Rubéola, Sarampo, Tétano, Tosse Convulsa e Tuberculose.

5. Efeitos secundários?

Normalmente são reacções de fraca intensidade e de curta duração Os efeitos mais frequentes são, dor, rubor no local de injeção, febre, mal-estar e edema. Em casos excepcionais pode haver uma reacção alérgica aos componentes da vacina.

Contra-indicações das vacinas?	Algumas falsas contra-indicações?
<ul style="list-style-type: none">• Doença aguda (febre >38,5), Reacção clínica séria contra dose anterior da vacina• Alergia grave à gema do ovo• Alergia grave a certos antibióticos• Deficiência imunitária congénita causada por uma doença ou causada por terapia Infecção por HIV (algumas vacinas)	<ul style="list-style-type: none">• Doenças benignas com febre < 38,5, diarreia e infecções respiratórias• Doenças neurológicas não evolutivas como síndrome de Down e paralisia cerebral• Problemas cutâneos• Reacções localizadas de outro antigénio• Terapêutica com antibióticos, corticosteróides ou esteróides.• Antecedentes pessoais ou familiares de alergia à penicilina, rinite alérgica, asma, febre dos fenos.• História familiar de reacções graves pós-vacinais• Antecedentes familiares de convulsões• Gravidez e aleitamento (inactivadas)• Prematuridade e baixo peso ao nascer• Período de convalescença de doenças

Anexo XXXIII

Sessões de educação para a saúde do uso de drogas e similares

Planificação da sessão

Tema: Uso de drogas e similares

Título: Consequências do álcool no tubo digestivo.

Local: UTRA

Data: 6 de Janeiro de 2010

Duração: 45 min

População alvo: utentes da UTRA

Objectivos específicos: Definir o que é o alcoolismo,

Enumerar e descrever as complicações que ocorrem no tubo digestivo provocadas pelo consumo de álcool

Informar sobre possíveis formas de tratamento.

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Método: Interrogativo, Expositivo

Material: quadro branco, canetas, folha com a anatomia do corpo humano, folha com anatomia do sistema digestivo.

Objectivo geral: Identificar as complicações no tubo digestivo provocadas pelo alcoolismo

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentar o tema e os objectivos da sessão. Solicitar a colaboração	2 min
Desenvolvimento	Apresentar a anatomia do tubo digestivo. Enumerar as várias complicações e localizá-las na ilustração do sistema digestivo Solicitar que descrevam cada uma delas com sintomas e sugestões e tratamento, complementando a informação dada pelos utentes.	33 min

Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Síntese da sessão em conjunto com os utentes. 	10 min
Avaliação	Utentes inicialmente pouco participativos, tendo sido incentivá-los e apelar aos conhecimentos que tinham mas não verbalizavam. Identificaram complicações, no entanto, desconheciam o significado de algumas, motivando a participação através da colocação de questões.	

Bibliografia:

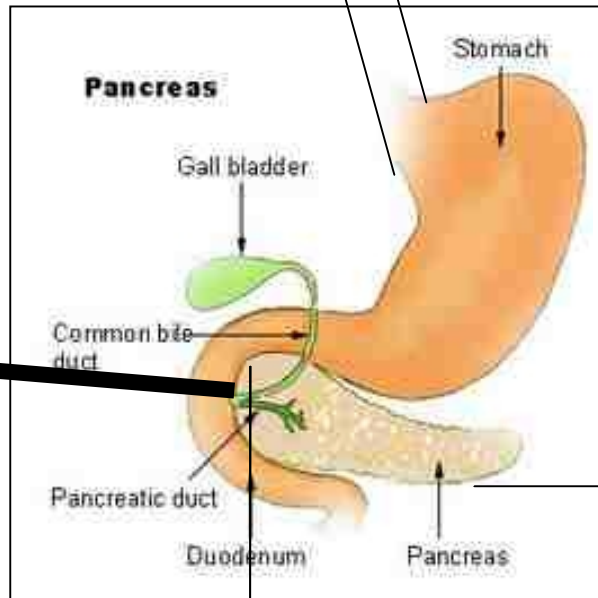
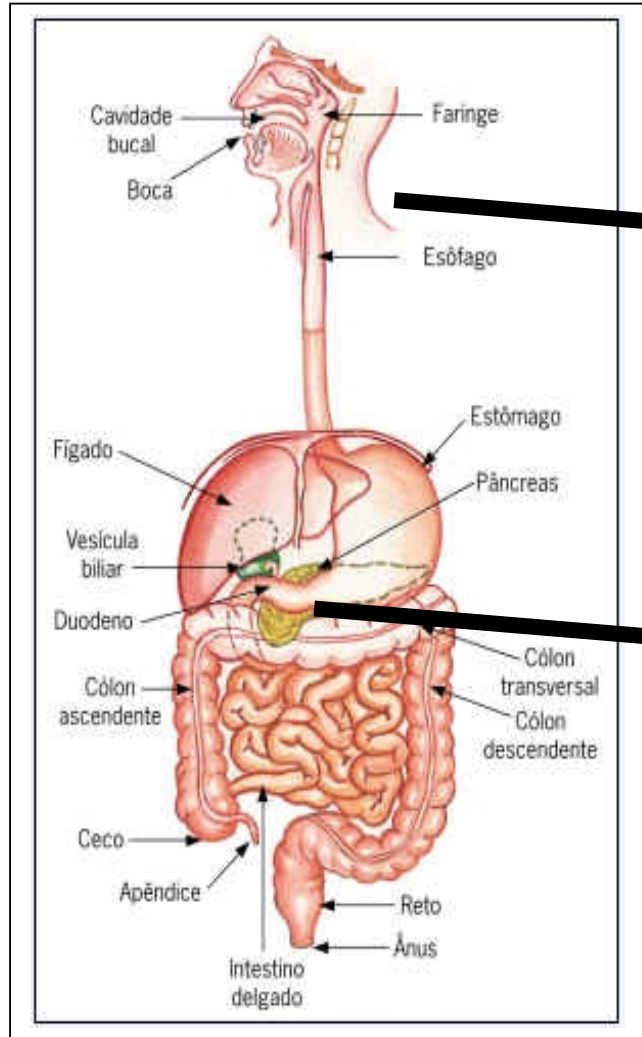
PHIPPS, Wilma J et al – Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica. 3ª edição. Lisboa: Lusodidacta, 1995

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virgínia A. – Compêndio de Psiquiatria. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SEELEY, Rod R. et al – Anatomia & Fisiologia. 1ª edição. Lisboa: Lusodidacta, 1997.

www.formativos.googlepages.com

Guião



Varizes esofágicas
Úlceras do esôfago
Esofagite
Refluxo esofágico

Úlceras gástricas
Gastrite

Pancreatite

Úlceras duodenais
Duodenite

Planificação da sessão

Tema: Uso de drogas e similares

Título: Tabagismo

Local: Área de Dia da UTRA

Data: 14 de Janeiro de 2010

Duração: 45 min

População alvo: utentes da Área de dia

Objectivos específicos: Identificar os componentes do tabaco,
Enumerar os problemas de saúde associados ao consumo de tabaco
Identificar vantagens de por abandonar o hábito de fumar

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Método: Interrogativo, activo, role play

Material: Guião para role play, folha de síntese dos assuntos, quadro didax, canetas

Objectivo geral: Reflexão sobre o consumo de tabaco no período de abstinência

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentar o tema e os objectivos da sessão. Introdução do tema através de um role Play, no qual participam 3 pessoas: 1 fumador, 1 ex-fumador e 1 em processo de cessação tabágica. A cada personagem foi dado um guião sobre os assuntos que devem abordar. A escolha das personagens deve ter e conta os hábitos tabágicos dos utentes	15 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Composição do cigarro	25 min

	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de saúde associados ao consumo de tabaco • Quais as principais dificuldades na cessação tabágica? (Treino de Resolução de Problemas) • Formas de tratamento • Cálculo do valor mensal e anual dispendido no consumo de tabaco. • Associar o consumo de tabaco ao álcool, reflectindo sobre a quantidade consumida no período de consumo e no de abstinência. 	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos principais assuntos com reflexão sobre as consequências do consumo de tabaco e a alteração do padrão no período de abstinência. • Cálculo do valor médio que gasta em tabaco por mês. 	5 min

Avaliação	<p>A realização do role Play como forma de introduzir o tema traduz-se num bom “quebra-gelo”, uma oportunidade para observar comportamentos e atitudes que não há oportunidade dentro de outras actividades de o fazer, é uma forma de observarmos a relação interpessoal e tomar conhecimentos das informações que têm sobre o tema.</p> <p>A dinamização do role Play pelos utentes revelou que têm diversos conhecimentos sobre tema, ao revelarem informações que não estavam nos guiões, introduzi-las no diálogo e conseguiram contra-argumentar as suas ideias com os outros trazendo informações úteis para discutir o tema no grupo.</p> <p>Relativamente à composição do cigarro havia a ideia geral que tem substâncias nocivas e cancerígenas e nicotina, no entanto, não sabiam especificar as substâncias.</p>
------------------	--

Foi entregue uma folha que tinha como objectivo sintetizar os principais temas, havendo espaços preenchidos e outros por preencher. A composição do tabaco estava presente e não foram acrescentadas mais substâncias do que as que estavam presentes.

Os problemas de saúde foram enumerados por vários utentes, através de várias solicitações e no qual identificaram um conjunto de problemas de saúde, directamente, relacionados com o consumo de tabaco.

Foi abordado o tabagismo como uma dependência física e psicológica e que à semelhança do alcoolismo, poderia ser necessário o acompanhamento com uma equipa multidisciplinar no qual estivesse uma nutricionista, tendo em conta que o aumento de peso é comum na cessação tabágica.

Foi abordado o tratamento farmacológico e um dos utentes que se encontra nesse programa partilhou, com o grupo, como está a decorrer o tratamento

Também à semelhança com o alcoolismo, a recaída é possível, o importante é não desistir e concentrar nos objectivos que delineamos para a vida.

O cálculo do valor mensal e anual que se dispende com o tabaco foi um momento de reflexão no qual todos participaram mesmo os não fumadores, na medida em que contribuíam com sugestões do que se poderia fazer com esse valor. O valor anual variou entre os 600€ e os 1500€.

A frequência dos utentes aumentou quando foi dada a oportunidade de imaginar o que fariam na sua vida com aquele valor.

Por outro lado, os fumadores presentes foram unânimes a referirem que a abstinência alcoólica se traduziu num aumento do consumo de tabaco, com excepção de uma pessoa que referiu os alimentos.

	<p>Em conclusão, foram atingidos os objectivos propostos para a sessão, com adesão, interesse e participação dos utentes.</p>
--	---

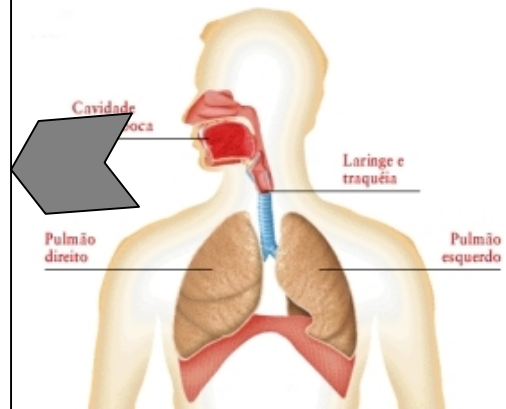
Tabaco



Dióxido de Carbono
Monóxido de carbono
Nicotina
Sulfureto de Hidrogénio
Amónia
Óxido de azoto
Alcatrão

Consequências do consumo de tabaco

1. Neoplasia do trato do sistema respiratório
2. Asma, bronquite crónica, DPOC
3. Impotência
4. Aterosclerose
5. EAM
- 6.



Cálculo do consumo de tabaco = nº de maços por dia X nº de anos que fumou
= _____ x _____ = _____ UMA

Cálculo do valor que dispense em tabaco = Nº de maços por dia X Valor do tabaco
= _____ x _____ = _____ €

_____ x 1 Mês = _____ €

_____ x 6 Meses = _____ €

_____ x 12 Meses = _____ €

Questão para o fumador

Se eu deixasse de fumar o que é que poderia ter, ao final de 12 meses, com esse valor?

Gasto dinheiro no tabaco mas não é assim tanto para quem fuma 1 maço por dia.
Quando eu quiser deixar de fumar faço, não preciso de medicamentos nem conselhos de médicos, só ainda não o fiz porque não quero.

Guião para quem está a deixar de fumar:

Desta vez tomei uma decisão que não vou voltar atrás: estou a tentar deixar de fumar. Já me sinto cansado. Tentei agora começar a fazer exercício físico e sinto uma dificuldade respiratória muito grande.

Desta vez optei por ter acompanhamento e não fazer isto sozinho, porque já das outras vezes não tinha resultado

Mas não está a ser fácil

O que mais me custa é após as refeições e principalmente se estou acompanhado por colegas que fumam: a tentação é grande e eles também fazem pressão para eu fumar

Guião para o não fumador:

- Não entendo porque é continuam a fumar mesmo sabendo de todos os malefícios do tabaco.

- Porque é que não são capazes de deixar?

- Sabem que os não fumadores também são prejudicados pelo fumo dos outros?

- O número de problemas relacionados com cancro do pulmão e outros problemas respiratórios está cada vez mais a aumentar.

- O tabaco contém alcatrão e monóxido de carbono.

Anexo XXXIV

Sessões de educação para a saúde sobre segurança rodoviária

Planificação da sessão

Tema: Segurança

Título: Segurança Rodoviária

Local: UTRA

Data: 22 de Dezembro de 2009

Duração: 45 min

População alvo: utentes da UTRA

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Método: trabalho de grupo, expositivo e demonstrativo.

Material: Folhas brancas, Pc, Pen USB (Net), quadro branco, canetas

Objectivo geral: Reflectir sobre as consequências da condução sob efeito de álcool.

Objectivos específicos: Identificar as possíveis consequências de conduzir alcoolizado, descrever os efeitos que o álcool provoca no condutor a medida que a taxa de alcoolemia aumenta experienciar através de um simulador as alterações que ocorrem à medida que o consumo aumenta.

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentação do tema Propor uma divisão do grupo em 2: Distribuir por cada grupo uma tarefa: um identifica as consequências de conduzir alcoolizado , outro os efeitos do álcool no condutor.	15 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Cada grupo apresenta as suas reflexões• Utilização do simulador por cada um dos intervenientes	27 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Síntese da sessão - realização de listagens com as consequências do álcool na condução no quadro didax	3 min

Avaliação	Os utentes corresponderam aos objectivos propostos com iniciativa e empreendedorismo. Identificaram as consequências de conduzir alcoolizado, os efeitos do álcool no organismo que limitam a capacidade de condução. No início da actividade foi necessário estimular a participação dos participantes nas tarefas propostas. Alguns elementos estiveram mais dinâmicos. Foi com curiosidade que a maior parte experimentou o simulador.
------------------	---

Bibliografia:

www.portal.codigodaestrada.net

www.ansr.pt

www.emcdda.europa.eu

www.zerohora.clicrbs.com.br (site onde se pode aceder ao simulador)

Guião de orientação:

Consequências de conduzir alcoolizado:

1. Acidentes rodoviários
2. Morte por acidente;
3. Apreensão de carta
4. Multa
5. Prisão
6. Atropelamento
7. Excesso de velocidade
8. Condução perigosa

Efeito do álcool no conduzir:

1. Estreitamento da visão periférica
2. Lentificação dos reflexos: aumento do tempo de reação e aumento da distância de paragem.
3. Alteração o estado emocional
4. Inconsciências das sãs limitações
5. Perturbação das capacidades perceptivas
6. Tempo de reacção após encadeamento aumenta
7. Visão nocturna e crepuscular reduzida
8. Alteração da visão estereoscópica.

Anexo XXXV

Formação em serviço: apresentação dos resultados da intervenção na promoção de estilos de vida saudáveis, na reabilitação do alcoolismo.

Planificação da sessão

Título: Promoção de estilos de vida saudáveis na reabilitação do alcoolismo

Local: UTRA

Duração: 20 min

População alvo: equipa multidisciplinar da UTRA

Formadores: Enf^a Carla Ventura

Método: Expositivo

Material: computador, projector

Objectivo geral: Apresentação da intervenção de enfermagem na promoção de estilos de vida saudáveis com os utentes da UTRA, à equipa multidisciplinar.

	Assuntos	Tempo
Introdução	Apresentação do tema e dos objectivos da sessão	2 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Conceptualização do alcoolismo• Enquadramento da reabilitação no alcoolismo• Apresentação do papel do enfermeiro na UTRA• Os estilos de vida saudáveis no processo de reabilitação: diagnóstico, intervenção e avaliação	15 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Síntese da sessão• Reflexão sobre os resultados obtidos	3 min

Avaliação	<p>Apesar das limitações de tempo foi dada a oportunidade aos participantes de intervirem, tendo isso de facto, ocorrido com perguntas pertinentes, com curiosidade sobre a intervenção de enfermagem nesta componente da reabilitação e com a reflexão conjunto da necessidade de avaliarmos as nossas intervenções para darmos visibilidade aos resultados obtidos na reabilitação dos utentes com problemas de alcoolismo.</p> <p>Na sessão foi utilizado o método expositivo devido à limitação do tempo. A apresentação decorreu dentro do tempo previsto. Tendo em consideração este factor, foi necessário recorrer ao poder de síntese e de análise das informações mais relevantes.</p>
-----------	--

Bibliografia:

American Psychiatric Association, DSM – IV- TR. 4ª edição. Lisboa: Climpesi editores.

Barroqueiro, Maria Helena – Terapia Comportamental e a sua aplicação em reabilitação. Análise Psicológica (2002), vol 3 nº X, p.495-503

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE versão 1.0. ICN: Suíça, 2006

Costa, Maria Manuela G. Brito – O enfermeiro e o alcoolismo: uma abordagem cognitivo-comportamental. Sinais Vitais (1998), nº 17, p27-31.

Ferreira-Borges, Carina; Filho, Hilson Cunha – Uso, abusos e dependências: alcoolismo e toxicodependências, Manual Técnico 2. Lisboa: Climpesi, 2004

Ferreira-Borges, Carina; Filho, Hilson Cunha – Uso, abusos e dependências: intervenções breves, álcool e outras drogas, Manual Técnico 5. Lisboa: Climpesi, 2005

Organização Mundial de Saúde, Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1992

Pais – Ribeiro, J.L. – Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e coma prevenção das doenças. Análise Psicológica. Lisboa. Vol 2, nº XXII (2004), 387-397

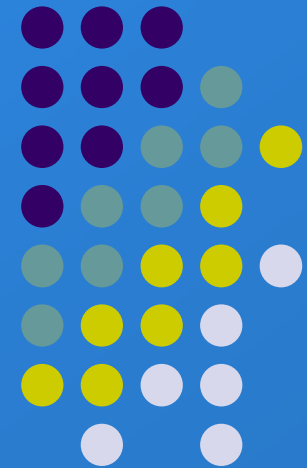
Range, Bernard; Marlatt, G. Alan – Terapia Cognitivo-Comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. Revista Brasileira de Psiquiatria (2008) nº30, supl II, p.8-95

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virgínia A. – Compêndio de Psiquiatria. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Sequeira, Carlos – Introdução à Prática Clínica. Coimbra: Quarteto editora, 2006.

www.dgs.pt

Reabilitação no alcooolismo



Carla Ventura

Janeiro

2010

Alcoolismo



É uma doença caracterizada pela sua cronicidade, polipatologia e alterações somáticas, psicológicas e sociais.

O termo alcoolismo tanto pode significar beber em demasia, continua ou esporadicamente, de uma forma desorganizada e/ou não poder deixar de beber.

Sequeira (2006)

Uso de substâncias com as características específicas: uso regular de álcool como estimulante; habitualmente vinho, cerveja ou bebidas espirituosas.

CIPE versão 1.0 (2006)

Alcoolismo

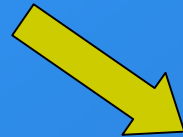


I DSM IV



Perturbações pela utilização do álcool

- Ø Dependência do álcool
- Ø Abuso do álcool



Perturbações pela induzidas pelo álcool

- Ø Intoxicação pelo álcool
- Ø Abstinência do álcool

Alcoolismo



I ICD - 10

- Intoxicação Aguda
- Uso nocivo
- Síndrome de dependência
- Estado de abstinência
- Estado de abstinência com *delirium*
- Transtorno psicótico
- Síndrome amnésico
- Transtorno psicótico residual e de início tardio

Principais alterações



- | Alterações da percepção (zoópsias)
- | Bloqueios do pensamento, ideação suicida
- | Ausência de juízo crítico e insight (recurso à negação do problema)
- | Humor deprimido e/ou ansioso
- | Baixa auto-estima
- | Baixo Coping
- | Idade aparente superior à real
- | Alteração psico-motoras: tremores nas extremidades, ataxia, agitação

Principais alterações



- | Vestuário e higiene descuidada
- | Alimentação descuidada e Desnutrição
- | Alteração do estado de consciência (sedação, confusão, estupor)
- | Desorientação espaço-temporal
- | Alterações mnésicas
- | Deterioração das relações interpessoais
- | Comportamentos de risco

Reabilitação



- I É um processo de tratamento e educação que leva o indivíduo a obter o máximo de funcionalidade, sensação de bem-estar e um nível de independência satisfatório.

Inclui:

1. Aumentar e manter níveis elevados de motivação para a abstinência;
2. Ensinar, modelar e apoiar comportamentos que contribuam para melhorar a saúde do indivíduo e o funcionamento social, de maneira a reduzir as ameaças à saúde e à segurança pública;
3. Ensinar e motivar mudanças de comportamento e de estilo de vida que são incompatíveis com o abuso de substâncias.

Reabilitação do doente alcoólico



- | Terapias Cognitivo-Comportamental
- | Terapia Cognitiva
- | Terapia Psicodinâmica
- | Terapia Conjugal e Familiar
- | Intervenções breves

Terapia cognitivo-comportamental



- | É uma das terapias com maior eficácia no tratamento do alcoolismo
- | É uma terapia que procura ajudar o utente a extinguir uma grande variedade de comportamentos não adaptados, indesejados, substituindo-os por comportamentos adaptados, que permitam ao utente atingir os objectivos pré-estabelecidos.
- | Tem por objectivo melhorar as respostas às situações de stress, tendo em conta os aspectos psicossociais e factores intra e interpessoais

Área de Dia



- | Treino de aptidões sociais;
- | Treino de aptidões intra e interpessoais
- | Treino de auto-controle;
- | Treino de Resolução de Problemas
- | Gestão do stress e da ansiedade
- | Treino de assertividade
- | Reestruturação cognitiva

O Papel do enfermeiro na AD

Modelo de Enfermagem de Betty Neuman



- | Ensino sobre a doença
- | Reestruturação cognitiva
- | Treino de resolução de problemas
- | Promove a adesão terapêutica
- | Treino de aptidões intra e interpessoais
- | Gestão do stress e da ansiedade
- | Promove o autocuidado e a adoção de estilos de vida saudáveis

O Papel do enfermeiro na AD



Promoção da Saúde



Sessões de educação para a saúde

O Papel do enfermeiro na AD



A OMS identifica cinco áreas principais de intervenção:

1. Melhorar o ambiente em que se insere a pessoa;
2. Fortalecer as redes sociais de apoio;
3. Promover estilos de vida saudáveis – através da aprendizagem de novos comportamentos e do desenvolvimento de estratégias de coping;
4. Aumentar o conhecimento e informação sobre a saúde.

Estilos de vida Saudáveis



Estilo de vida:

- I “Conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais”

OMS (1986)

- I “Aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores”

OMS (1988)

Estilos de vida Saudáveis



- | Promover uma alimentação saudável;
- | Incluir actividade física regular
- | Restringir o consumo de álcool
- | Prevenir o consumo de tabaco e/ou drogas ilícitas;
- | Promover a saúde e o autocuidado.

“O Meu Estilo de Vida” (OMEV)



Instrumento de avaliação que permite avaliar a frequência das atitudes e comportamentos de saúde.

É composto por 28 itens agrupados em 5 categorias:

1. Exercício físico – 3 questões,
2. Nutrição – 5 questões,
3. Auto-cuidado – 11 questões,
4. Segurança motorizada – 3 questões,
5. Uso de drogas ou similares – 6 questões.

“O Meu Estilo de Vida” (OMEV)



As respostas são dadas numa escala de Lickert (5) que varia entre “quase sempre” e “quase nunca”.

Os resultados variam entre 28 e 140. Quanto menor resultado, maior a frequência de comportamentos protectores de saúde.

“O Meu Estilo de Vida” (OMEV)

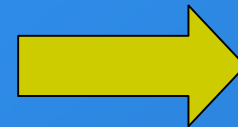


Caracterização da população

12 utentes

3 Mulheres

9 Homens



8 Casados

3 Divorciados

1 Solteiro



Idades entre os 28 e os 68 anos

Média= 47,9 anos

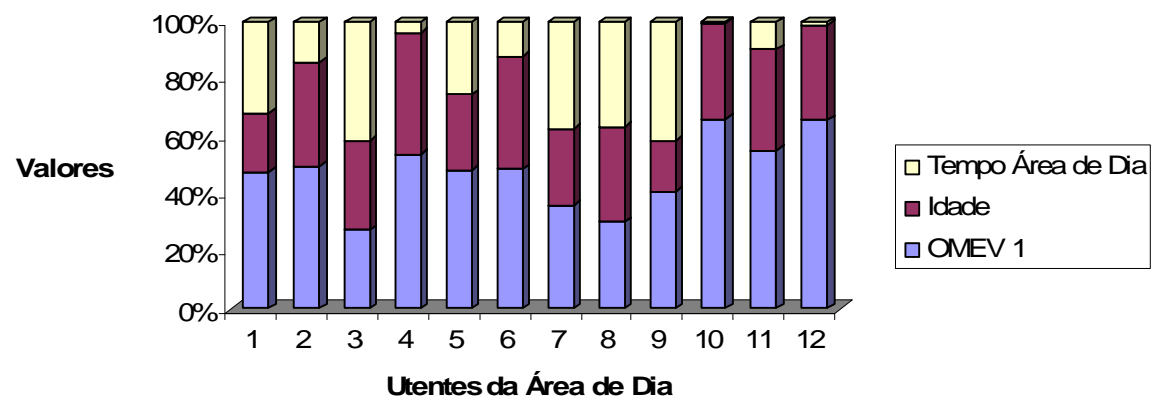
“O Meu Estilo de Vida” (OMEV)



Habilitações Literárias

1º Ano	1
9º Ano	2
12º Ano	3
Bacharelato	2
Licenciatura	4

Relação entre o tempo na AD, a Idade e os resultados do OMEV1



“O Meu Estilo de Vida” (OMEV)



1º Diagnóstico das atitudes e comportamentos de saúde:

I As categorias com maior cotação:

Exercício físico – 40,3

Nutrição – 35,8

Uso de drogas – 29

Segurança motorizada – 24,6

Auto-cuidado – 23,09

“O Meu Estilo de Vida” (OMEV)



2º Intervenção de enfermagem: 12 sessões de educação para a saúde:

Nº de sessões	Categoria	Título
2	Exercício Físico	Plano semanal de exercício físico
		Exemplo de uma sessão de exercício físico
4	Nutrição	Roda dos alimentos
		Consumo de gorduras e a relação com o colesterol
		Consumo de sal e a relação com HTA
		Rótulos dos Alimentos
2	Uso de drogas ou similares	Tabaco
		Alcoolismo

“O Meu Estilo de Vida” (OMEV)



12 sessões de educação para a saúde:

Nº de sessões	Categorias	Título
1	Segurança motorizada	Segurança rodoviária e o consumo de álcool
3	Autocuidado	Higiene Oral
		Higiene do sono
		Vacinação

“O Meu Estilo de Vida” (OMEV)



12 utentes

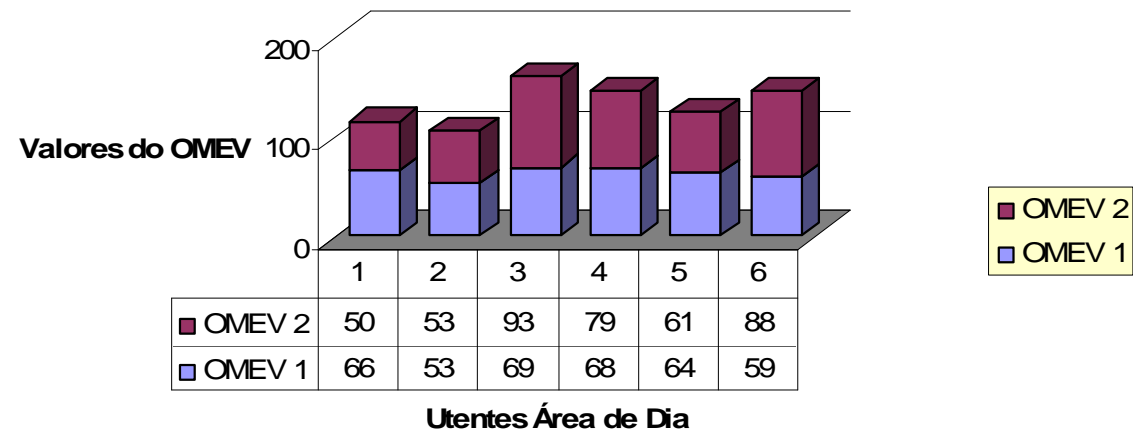


6 utentes



Assistiram a uma média de 9,6 sessões de educação para a saúde.


Comparação dos resultados



“O Meu Estilo de Vida” (OMEV)



3º Avaliação da Intervenção

	1º	2º
Categorias Mais cotadas	Exercício Físico	Exercício Físico
	Nutrição	Uso de drogas e similares
	Uso de drogas e similares	Autocuidado
	Segurança Motorizada	Segurança Motorizada
	Autocuidado	Nutrição
Categorias menos cotadas		

“O Meu Estilo de Vida” (OMEV)



4º Conclusão

Dos 12 utentes que, inicialmente, colaboraram no diagnóstico das atitudes e comportamentos de saúde, apenas 6 se encontravam a frequentar a Área de Dia e participaram na maioria das sessões de educação para a saúde.

Dos 6 utentes:

- 1 – manteve a frequência das suas atitudes e comportamentos de saúde;
- 2 – Aumentaram a frequência das atitudes e comportamentos de saúde;

“O Meu Estilo de Vida” (OMEV)



Considerações finais

1. Fase do processo interno de reabilitação e de mudança.
2. O programa está estruturado para 3 meses e a intervenção decorreu num período de 1mês e meio.

Bibliografia



- | American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Lisboa: Climpesi Editores, 2006
- | CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça – Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Loures: Lusociência, 2006
- | CIPE versão 1.0. Genebra: ICN, 2006
- | COSTA, M^a Manuela G. B – “O Enfermeiro e alcoolismo: uma abordagem cognitivo-comportamental”. *In* Sinais Vitais, nº 17, Março, 1998, p27-31
- | DIAS, M^a do Rosário; DUQUE, Alexandra Freches; SILVA, Margarida Guerreiro; DURÁ, Estrella – “Promoção da saúde: renascimento de uma ideologia?” – *In* Análise Psicológica, nº3 (XXII), 2004, p.463-473.
- | FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Hilson Cunha – Usos, abusos e dependências: Alcoolismo e toxicodependência. Lisboa: Climepsi editores, 2004
- | PAIS-RIBEIRO, J.L. – “Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças”. *In* Análise Psicológica, nº 2 (XXII), 2004, p 387-397
- | PINHO, Paula Hayasi; OLIVEIRA, Márcia Aparecida de; ALMEIDA, M^a Ríli Mastrocolla – “A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?”. *In* Revista de Psiquiatria Clínica. Nº 3 (supl I), 2008, p.82-88
- | RANGÉ, Bernard P. – Terapia Cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *In* Revista Brasileira Psiquiatria. Nº30 (SuplIII), 2008, p.88-95
- | SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott – Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 9^a edição. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- | SEQUEIRA, Carlos – Introdução à prática clínica. 1^a edição. Coimbra: Quarteto, 2006.
- | www.alcoolismo.com.br, consultada a 25 de Janeiro de 2010.
- | www.dgs.pt, consultada a 10 de Dezembro de 2009

Dependência do álcool



É um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a usar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com esta.

Existe um padrão de auto-administração repetida que resulta geralmente em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo.

Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por 3 ou mais dos seguintes, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:



1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:

- a) Necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
- b) Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.

2. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:

- a) Síndrome de abstinência característica da substância
- b) A mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

3. A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.

4. Existe desejo persistente ou esforço, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.

5. É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção e utilização da substância e à recuperação dos seus efeitos

6. É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância.

7. A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância.



Abuso



A. É um padrão desadaptativo de utilização de substâncias levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por um (ou mais) dos seguintes, ocorrendo durante um período de 12 meses:

1. Utilização recorrente de uma substância resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa;
2. Utilização recorrente da substância em situações em que tal se torna fisicamente perigoso;
3. Problemas legais recorrentes, relacionados com a substância;
4. Continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.

B. Os sintomas nunca preencheram os critérios de dependência de substâncias, para esta classe de substâncias.



Anexo XXXVI

Reflexão das competências desenvolvidas no Módulo III

Reflexão das competências desenvolvidas no Módulo III

A reabilitação é uma área que desafia as capacidades intrínsecas do enfermeiro e lhe exige uma constante actualização, empenho, conhecimento e adequação da metodologia.

Tendo em conta que o grupo da UTRA é aberto, tem utente em várias fases do seu processo de reabilitação, esse facto, exige do enfermeiro uma capacidade de comunicar para diferentes pessoas, transmitindo-lhe novos conhecimentos e recorrendo a técnicas de comunicação que motivem para o tratamento e que vão de encontro às expectativas do utente.

Neste estágio desenvolvi técnicas de comunicação, na relação de ajuda entre os utentes e familiares, tendo em consideração as diferentes crenças e culturas, coadunei os conhecimentos adquiridos com o que a prática demonstrava.

As sessões desenvolvidas exigiam uma elevada capacidade de concentração, disponibilidade e criatividade para cativar o grupo, do início ao fim, devido a características inerentes a estes utentes, como a alteração da: atenção, memória e cognição. Assim, demonstrei capacidade para lidar com situações imprevistas e complexas, recorrendo à assertividade, a técnicas de comunicação numa perspectiva que deve estar inerente ao pape de enfermeiro especialista.

As sessões apresentadas incorporam os resultados de investigações adquiridos através de um aprofundamento teórico, da metodologia utilizada e d recurso à criatividade.

Por outro lado, o nosso trabalho enquanto enfermeiros e enfermeiros especialistas só é valorizado se demonstramos a outros profissionais, nomeadamente, dentro da equipa multidisciplinar, elaborei uma reflexão conjunta dos resultados obtidos, mediante uma perspectiva profissional avançada, com base na evidência científica e contribui com uma forma de avaliar uma área do projecto de tratamento e reabilitação do alcoolismo.

Anexo XXXVII

Reflexão sobre os recursos disponíveis para as sessões

Reflexão sobre os recursos disponíveis para as sessões

A UTRA localiza-se no Pavilhão 19, o seu espaço é limitado, assim como, os seus recursos.

Como se pode ver no anexo I é constituído por quatro gabinetes e uma sala ampla que serve também de hall de entrada.

As condições físicas por si só, não são as mais favoráveis dado que qualquer pessoa que entre na UTRA, quer para consultas, quer para um simples esclarecimento pode ouvir o que é debatido em grupo.

Apesar de ser vedada a zona onde o grupo se encontra e não haver contacto visual, no entanto, esse aspecto não é suficiente para proteger a privacidade dos utentes.

Uma das sugestões seria construir um ou 2 salas no actual espaço vedadas por uma barreira física completa. Este aspecto iria diminuir em muito o ruído durante as sessões de relaxamento.

Por outro lado, os recursos didáticos da UTRA resumem-se a um quadro didax, canetas, 3 computadores que se encontram nos gabinetes para uso dos profissionais, impressora, bolas, arcos, colchões para relaxamento e material de escritório.

A escassez de recursos é sem dúvida um desafio à criatividade, à metodologia e à forma como o enfermeiro transmite e comunica a informação.

Por outro lado, a vida é feita de desafios e só na presença deles podemos evoluir enquanto pessoas e profissionais. Só na presença de desafios temos necessidade de procurar e reflectir sobre a nossa prática, o que podemos fazer para melhorar a nossa intervenção, como abordar as questões complexas e como adequar os métodos à nossa população alvo.

Aquilo que poderia ser uma desvantagem: as condições físicas e recursos didáticos existentes, traduziu-se numa oportunidade de desenvolver outras competências como: desenvolver um método sistemático e criativo na abordagem de questões complexas, adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas segundo uma perspectiva académica avançada, capacidade

para lidar com situações imprevistas e resolver problemas na minha área de especialização.