



INSTITUTO POLITECNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE LEIRIA

2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

**RELATÓRIO DA PRÁTICA
ESPECIALIZADA EM ENFREMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

Relatório de Atividades

Marco Alexandre Santos das Neves, nº 5120330

Unidade Curricular: Relatório de Estágio
Professor: Doutor José Carlos Rodrigues Gomes

Leiria, maio de 2014

O Júri:

Presidente Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

*“Enquanto houver estrada para andar,
a gente vai continuar...”*

Jorge Palma

*Ao meu **pai**, que me deixou a meio deste meu percurso,
a ele e á minha **mãe**
porque juntos me ajudaram a construir o homem que hoje sou.*

*Ao meu **Pedro** e á **mãe**,
por os ter privado de mim por períodos,
para a realização do trabalho*

Ao Doutor José Carlos Rodrigues Gomes, pelo apoio, paciência e compreensão, sem ele certamente este trabalho teria sido mais pobre. Ao Zé Carlos Gomes pela amizade... e pela capacidade de ouvir e compreender os meus desabafos profissionais.

Á Enfermeira Cláudia Basílio, pela paixão que tem pela psiquiatria e pela forma como me soube contagiar.

Aos colegas da turma pelo apoio e pela presença, um percurso individual mas com a presença de todos. A todos em particular mas especialmente pelo grupo.

Á Dra. Engrácia, diretora técnica do Centro de Deficientes João Paulo II, porque sempre me abriu as portas, de forma a tornar possível este trabalho.

Ao Dr. Carlos Ferreira, presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Litoral, pela oportunidade.

Á Enfermeira Lénia Coelho, pelo apoio, disponibilidade e acompanhamento, no ensino clínico de saúde mental.

A todos bem hajam...

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRONIMOS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ACeS PL – Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral
ACTH – Hormona adrenocorticotrópica
AS - Atividades Sociais
CCS – Conselho Clínico e de Saúde
CHMT – Centro Hospitalar do Médio Tejo
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CJP II – Centro de Apoio a Deficientes João Paulo II
cm – Centímetros
CPLEESMP – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ERA – Equipa Regional de Apoio á Reforma dos Cuidados de Saúde Primários
ESSS – Escala do Satisfação com o suporte social.
EUA – Estados Unidos da América
HbA1c – Hemoglobina glicosilada
HNSG - Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar
IMC – Índice Massa Corporal
IN - Intimidade
ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação da Seratonina
Kg – Quilos
Logo – Logótipo
m – metro
mg/dl – Miligramas por decilitro
MHI – Inventário de Saúde Mental
MHI 38 – Inventário de Saúde Mental, versão longa de 38 questões.
mmHg – Milímetros de mercúrio
mn - minuto
NHB – Necessidades Humanas Básicas
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde

p/mn – Pulsações por minuto.
PIB – Produto Interno Bruto
PL – Pinhal Litoral
PPST – Perturbação Pós Stress Traumático
RC – Reunião Comunitária
REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
SA - Satisfação com Amigos
SAPE – Sistema de Apoio á Prática de Enfermagem
SF - Satisfação com a Família
SI – Saúde Infantil
SIC – Segundo Informação Colhida
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TA – Tensão Arterial
TDT – Televisão Digital Terrestre
TIG - Teste Imunológico de Gravidez
TV – Televisão
UAG – Unidade de Apoio á Gestão
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.
UCF – Unidade Coordenadora Funcional
UCFD – Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
WIP - Works in Progress Intensive Programme

RESUMO

A prática baseada na evidência, é essência dos cuidados de enfermagem. O presente relatório pretende garantir a competência na área de especialidade de saúde mental e psiquiatria, suportando as intervenções com uma base científica, e com avaliações no sentido de perceber os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Com a psicoterapia podemos obter ganhos em saúde mental utilizando a teoria cognitivo-comportamental. A reunião Comunitária pode ser uma terapia psicossocial e simultaneamente uma socioterapia, melhorando o ambiente em que os utentes vivem quando internados, e simultaneamente criando competências que promovam comportamentos socialmente adequados. Técnicas de relaxamento desenvolvidas antes do dormir, pode ser potenciador do sono e repouso e simultaneamente adjuvante no controlo da ansiedade ou hipertensão.

No CJPII em Fátima foi realizada uma avaliação da Saúde Mental dos profissionais cuidadores dos utentes com deficiência profunda, com o objetivo de caracterizar a Saúde Mental destes profissionais. Para a realização deste estudo, foi utilizado um estudo quase-experimental do tipo pré-teste / pós-teste, sem grupo de controlo. Foi aplicada uma intervenção psicoeducativa de grupo para promover a saúde mental aos profissionais que cuidam da pessoa com deficiência profunda. Na primeira avaliação pode-se concluir que quanto maior for o tempo de serviço menor é a saúde mental dos cuidadores formais. A intervenção foi curta e não garantiu ganhos em saúde mental no entanto melhorou a satisfação profissional. Foi ainda avaliada a satisfação com o suporte social dos mesmos cuidadores, e não se provou qualquer relação com a saúde mental ou com a satisfação profissional.

Palavras Chave: Enfermagem, Saúde Mental, Promoção da Saúde Mental, Cuidadores formais.

ABSTRACT

Evidence-based practice is the essence of nursing. This report seeks to reflect about the development of competences in the specialty nursing area of mental health and psychiatry, supporting interventions on a scientific basis and analyse sensitive gains to nursing care. Psychotherapy can achieve gains in mental health using cognitive-behavioral theory. Community meetings can work as a psychosocial therapy and sociotherapy simultaneously improving the environment in which users live when hospitalized, and simultaneously creating skills that promote socially appropriate behavior. Relaxation techniques developed before sleep can enhance sleep and rest and simultaneously aid in the management of anxiety or hypertension .

In CJPII, in Fatima, an evaluation of the Professional caregivers of severely disabled users Mental Health, was realized aiming to characterize the mental health of these professional. For this study, a quasi-experimental study, with a pretest / posttest without control group was used. After a first evaluation a psychoeducational group intervention was applied to promote mental health of professionals caregivers of severely disabled users. The intervention was short and did not ensure gains in mental health but improved job satisfaction. It was also evaluated the satisfaction with social support of formal caregivers, and it was not proved any relationship with mental health or job satisfaction .

Keywords: *Nursing , Mental Health , Mental Health Promotion , Formal Caregivers*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 16

- 1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA 18**
 - 1.1. CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO – HOSPITAL NOSSA SENHORA DA GRAÇA 18
 - 1.1.1. Caracterização do Centro de Hospitalar do Médio Tejo 18**
 - 1.1.2. Caracterização do Serviço de Psiquiatria 20**
 - 1.2. CENTRO APOIO A DEFICIENTES JOÃO PAULO II 21
 - 1.2.1. Caracterização do Centro de Apoio a Deficientes João Paulo II 22**
 - 1.2.2. Caracterização dos Utentes do CJP II 23**
 - 1.2.3. Caracterização dos Profissionais do CJPII 23**
 - 1.3. ACES PINHAL LITORAL 24
 - 1.3.1. Enquadramento 24**
 - 1.3.2. ACeS Pinhal Litoral 27**
 - 1.3.3. A enfermagem no ACeS Pinhal Litoral 29**
- 2. AS ATIVIDADES SEGUNDO AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA 31**
 - 2.1. ENFERMEGEM PSIQUIÁTRICA - ENSINO CLÍNICO II 32
 - 2.1.1. Intervenção Psicoterapêutica Individual 32**
 - 2.1.2. Socioterapia e Terapia Psicossocial - Reunião Comunitária 35**
 - 2.1.3. Relaxamento 41**
 - 2.1.4. Intervenção Familiar – Adesão Terapêutica 44**
 - 2.1.5. Estudo de Caso – Surto Psicótico 45**
 - 2.2. ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL - ENSINO CLINICO I E III 55
 - 2.2.1. Intervenção Psicoterapêutica Individual 57**
 - 2.2.2. Psico-Educação 60**
 - 2.2.3. Relaxamento 64**
 - 2.2.4. Estudo de Caso – Ideação Suicida 66**
 - 2.2.5. Semana Anti Estigma 79**
 - 2.3. WIP – OSLO 81
 - 2.4. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA 82
 - 2.4.1. Fundamentação Teórica 82**
 - 2.4.2. Caracterização do estudo 84**

2.4.3. Apresentação dos resultados	89
2.4.4. Conclusões	94
2.5. DESEMPENHO PROFISSIONAL ENQUANTO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ESM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.	95
2.5.1. Conselho Clínico e de Saúde	95
2.5.2. Direção de Enfermagem	96
2.5.3. Conselho de Especialistas	97
2.5.4. UCF Saúde Materna e Neonatal / Saúde da Criança e Adolescente	98
2.5.5. Unidade Coordenadora Funcional de Diabetes	99
3. CONCLUSÃO	100

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO I – Artigo para publicação	
ANEXO II – Autoanálise I	
ANEXO III – Constituição do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Litoral	
ANEXO IV – Autoanálise II	
ANEXO V – Relatório: “Primeira Abordagem de desabituação alcoólica”	
ANEXO VI – Relatório: “Primeira abordagem a um surto psicótico”	
ANEXO VII – Relatório: “Primeira abordagem a tentativa de suicídio”	
ANEXO VIII – Proposta de Intervenção: “Reunião Comunitária”	
ANEXO IX – Relatório RC: “Normas e funcionamento do serviço”	
ANEXO X – Relatório RC: “Direitos e deveres dos utentes”	
ANEXO XI – Relatório RC: “Importância da adesão terapêutica em psiquiatria”	
ANEXO XII – Relatório RC: “Hábitos vida saudáveis vs qualidade da saúde mental”	
ANEXO XIII – Relatório RC: “Normas de utilização do telefone”	
ANEXO XIV – Relatório de Intervenção: “Relaxamento utilizando Imagens Mentais”	
ANEXO XV – Relatório de Intervenção: “Relaxamento progressivo de Jacobson” I	
ANEXO XVI – Relatório de Intervenção: “Relaxamento autogénico de schultz” I	
ANEXO XVII – Relatório de Intervenção: “Relaxamento autogénico de schultz” II	
ANEXO XVIII – Intervenção com famílias sobre a adesão terapêutica em psiquiatria.	
ANEXO XIX – Genograma e Ecomapa do Estudo de caso – Surto Psicótico	
ANEXO XX - Questionário de diagnóstico	
ANEXO XXI – Primeira sessão de psicoterapia	

ANEXO XXII - Segunda sessão psicoterapia
ANEXO XXIII - Terceira sessão de psicoterapia
ANEXO XXIV – Quarta sessão de psicoterapia
ANEXO XXV - Quinta sessão de psicoterapia
ANEXO XXVI – Sessão Psicoeducação – “Quebragelo”
ANEXO XXVII – Sessão Psicoeducação – “Comportamento gera comportamento”
ANEXO XXVIII - Sessão Psicoeducação – “Sociodrama com inversão de papéis”
ANEXO XXIX – Sessão de Psicoeducação – Reflexão sobre sociodrama.
ANEXO XXX – Relatório de Intervenção: “Relaxamento autogénico de schultz” III
ANEXO XXXI - Relatório de intervenção: “Relaxamento Simples”
ANEXO XXXII – Relatório de Intervenção: “Relaxamento progressivo Jacobson” II
ANEXO XXXIII – Ecomapa e Genograma do Estudo de Caso – “Ideação Suicida”
ANEXO XXXIV – Certificado de participação WIP - Oslo
ANEXO XXXV – Proposta de investigação inicial WIP
ANEXO XXXVI – Proposta de investigação II WIP
ANEXO XXXVII – Proposta de investigação final WIP
ANEXO XXXVIII – Autorização para aplicar o questionário
ANEXO XXXIX – Consentimento informado
ANEXO XL – Relatório da última sessão de psicoeducação
ANEXO XLI – Nomeação da direção de enfermagem
ANEXO XLII – Nomeação para a UCF Materna/Neonatal e da Criança/Adolescente

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Índice de Saúde Mental segundo o MHI, antes e depois da intervenção 78

Gráfico 2: Distribuição da amostra quanto ao Estado Civil 91

Gráfico 3: Distribuição da amostra, quanto á escolaridade. 91

Gráfico 4: Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço. 92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Logo CHMT 18

Figura 2 - Área de influência do CHMT 19

Figura 3 - Logo CJPII 21

Figura 4: Centro de Apoio a Deficientes João Paulo II 22

Figura 5 - Logo ACeSPL 24

Figura 6 - Área de Influência da ARS Centro 25

Figura 7 - ACES PL 27

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Índice de Saúde Mental segundo o MHI, antes e depois da intervenção 78

Tabela 2- Índice de Saúde Mental no momento 1 89

Tabela 3- Estatística descritiva referente á idade da amostra. 90

Tabela 4 - Estado Civil da amostra 90

Tabela 5 - Distribuição da amostra quanto á escolaridade 91

Tabela 6 - Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço. 92

Tabela 7 - Aplicação do teste de Spearman sobre a relação existente entre a idade e a Satisfação com o Suporte Social e a Idade e a Saúde Mental 92

Tabela 8 - Aplicação do teste de Spearman sobre a relação existente entre os anos de serviço e o Índice de Satisfação com o Suporte Social e os anos de serviço e Índice de Saúde Mental. 93

Tabela 9 - Correlação de Wilcoxon para as variáveis Satisfação Profissional e MHI antes e depois da intervenção. 93

INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem são prestados por pessoas credenciadas, com o claro objetivo de ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a sua saúde. Os cuidados de enfermagem na área específica da Saúde Mental são centrados na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção em processos desajustados de comportamento geradores de sofrimento. As pessoas com processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental, obtêm ganhos em saúde quando são cuidados por enfermeiros especialistas em saúde mental. (OE, 2011)

No decorrer do 2º curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria foi realizado um relatório de estágio que seja simultaneamente um documento de suporte para a obtenção de grau de mestre e para a reflexão sobre o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em enfermagem de saúde mental.

O trabalho aqui apresentado vem de encontro às expectativas do autor, sensibilidades e competência técnico-científica que marcam o exercício profissional não só no âmbito da prática especializada, mas também na prática de enfermagem de cuidados gerais. As atividades aqui relatadas vêm de encontro às competências comuns do enfermeiro especialista e às competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.(OE, 2011)

O presente relatório foi desenvolvido com os seguintes objetivos:

- Dar cumprimento ao plano descritivo do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.
- Refletir sobre o desenvolvimento de competências da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.
- Desenvolver competências na comunicação de resultados de suporte á prática baseada na evidência.

O relatório foi organizado de uma forma cronológica garantindo no primeiro capítulo a caracterização das instituições onde foram desenvolvidas as diferentes atividades. Neste primeiro capítulo foi dado especial ênfase á caracterização do enquadramento dos

cuidados de enfermagem tendo como referência o 6º enunciado dos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros. No caso específico do Centro de Apoio a Deficientes João Paulo II, a caracterização deu maior ênfase aos cuidadores e aos utentes por eles cuidados, uma vez que as intervenções descritas têm como foco de atenção os cuidadores. No segundo capítulo foram descritas as múltiplas atividades desenvolvidas. Cronologicamente foram descritas primeiro as atividades desenvolvidas em contexto de psiquiatria, e depois as desenvolvidas no âmbito de cuidados de saúde primários, especificamente em contexto de trabalho. O relatório considera ainda a discussão do projeto de investigação, numa experiência além fronteiras e a investigação própria de quem se preocupa em sustentar a prática baseada na evidência. Termina-se com a experiência como vogal do conselho clínico e de saúde do ACeS Pinhal Litoral, e as atividades desenvolvidas enquanto enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Para a realização deste relatório recorri a uma dedicação extrema, tanto na pesquisa de instrumentos científicos para validarem o documento como na utilização dos meios disponíveis para garantir a elaboração dum relatório digno e de acordo com as exigências de fiabilidade.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

Para melhor se perceber o enquadramento do desenvolvimento profissional enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, propõe-se a análise de cada contexto de trabalho segundo o sexto enunciado dos padrões de qualidade da Ordem do Enfermeiros (OE). (OE, 2011)

1.1. CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO – HOSPITAL NOSSA SENHORA DA GRAÇA

1.1.1. Caracterização do Centro de Hospitalar do Médio Tejo

O Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. (CHMT) integra três unidades hospitalares de caráter geral, localizadas em Abrantes, Tomar e Torres Novas. Com uma área de influência que engloba 15 concelhos, o Centro serve uma população de cerca de 266 mil habitantes, e tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, a custos comportáveis, aos utentes da área de influência do Médio Tejo, promovendo a complementaridade entre os hospitais do Centro e apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais. (CHMT, s.d.)

Figura 1 - Logo CHMT



Fonte: CHMT, s.d.

A unidade de Abrantes foi fundada em 1483, coincidindo com a sua integração na Misericórdia, fundada em 1529. Manteve-se na dependência da Misericórdia até 1975, momento em que passou para a tutela do Estado. Em 1979 o Ministério da Saúde mandou construir o atual edifício, o qual foi inaugurado em 25 de outubro de 1985. (CHMT, s.d.)

A unidade de Tomar foi instituída no século XV, que juntou todos os hospitais e hospícios existentes em Tomar numa só instituição a que chamou Hospital de Nossa Senhora da Graça. Até maio de 1975 foi dirigido pela Santa Casa da Misericórdia de

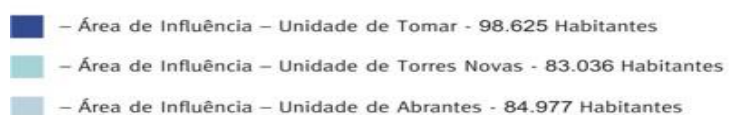
Tomar. A degradação das suas instalações determinou a construção de um novo edifício, moderno e confortável, inaugurado em janeiro de 2003. (CHMT, s.d.)

A história da unidade de Torres Novas tem início em finais do século XV, funcionou em diferentes instalações maioritariamente administrado pela Santa Casa da Misericórdia de Torres Novas. Após o 25 de abril passa a integrar a rede de hospitais públicos. Em outubro de 2000 é inaugurado o novo edifício do hospital com excelentes condições para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. (CHMT, s.d.)

Figura 2 - Área de influência do CHMT

A necessidade de rentabilizar recursos humanos, financeiros e técnicos, promovendo a complementaridade originou a constituição do Grupo Hospitalar do Médio Tejo. Este grupo sofreu várias alterações regulamentares no que se refere à sua natureza de pessoa coletiva tendo a alteração de dezembro de

2005, através do Decreto-Lei n.º 233/2005, transformado o grupo em Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., sendo esta a denominação que atualmente vigora. (CHMT, s.d.)



Fonte: CHMT, s.d.

O CHMT tem como visão ser um hospital de referência na prestação de cuidados de saúde, na eficiência e eficácia da utilização dos recursos, sempre com o objetivo de atingir a satisfação dos utentes e dos colaboradores.

O CHMT sustenta o desenvolvimento das suas atividades nos seguintes valores:

- Qualidade, procurando obter os melhores resultados e níveis de serviço na prestação de cuidados, tendo como base a satisfação das necessidades da

comunidade, assumindo o princípio da melhoria contínua e promovendo a cooperação entre os diferentes Serviços;

- Ética e integridade, orientando as ações tomadas segundo os mais nobres princípios de conduta, nas relações com os doentes e profissionais do Centro;
- Respeito pelos direitos individuais, assumindo o compromisso de salvaguardar a dignidade e o bem-estar de cada indivíduo;
- Competência e inovação, promovendo o desenvolvimento dos profissionais e a implementação de novas soluções que permitam assegurar a prestação dos melhores cuidados de saúde.

1.1.2. Caracterização do Serviço de Psiquiatria

O serviço de psiquiatria do CHMT, está localizado no Hospital Nossa Senhora da Graça, e assegura a prestação de serviços e cuidados no âmbito da saúde mental a toda a população da área de influência do CHMT. Este serviço funciona desde 2002, o internamento de psiquiatria está em funcionamento desde 2007. Atualmente o serviço de psiquiatria é constituído por quatro valências: A consulta externa, o hospital de dia, o internamento e a urgência. (CHMT, 2013)

À semelhança de todo o CHMT o serviço de Psiquiatria “... orienta a prestação de cuidados de saúde tendo por base uma gestão assente nos princípios de bom governo visando a satisfação dos utentes e colaboradores, a qualidade e a segurança dos cuidados prestados e procurando a sustentabilidade económica, social e ambiental.” (CHMT 2012, p1)

O internamento de Psiquiatria, tem definidas as fases de planeamento e controlo do seu processo de prestação de cuidados. Não só a realização mas também o controlo da prestação de serviços é monitorizado através da documentação do Sistema de Gestão da Qualidade. Os mesmos documentos permitem ainda uma avaliação da qualidade da prestação de cuidados e das competências da equipa. (CHMT, 2012)

A equipa de enfermagem organiza os seus cuidados, na procura permanente da excelência no exercício profissional.

- Os cuidados são organizados de acordo com o REPE, e as competências do enfermeiro, enfermeiro especialista e enfermeiro chefe ou funções de chefia

respeitando o decreto-lei nº 247/2009 de 12 de setembro ou o decreto-lei nº 248/2009 de 12 de setembro consoante os casos, sempre com o objetivo de satisfazer as necessidades dos utentes. (CHMT, 2013)

- O princípio da qualidade é respeitado cumprindo os requisitos aplicáveis para a melhoria contínua da eficácia do sistema de gestão da qualidade. (CHMT, 2012)
- Os cuidados de enfermagem são monitorizados através de registos informáticos que utilizam linguagem CIPE, elaborados no programa SAPE. Estes registos permitem uma monitorização dos cuidados prestados e os consequentes ganhos em saúde pelos utentes, respeitando a cultura de qualidade e segurança assente num modelo de gestão global do risco. (CHMT, 2013)
- O CHMT apresenta uma cultura de competências como a responsabilização e a formação contínua dos trabalhadores. Procura garantir a satisfação dos profissionais melhorando a performance organizacional. (CHMT, 2012)
- O serviço de Psiquiatria de acordo com a OMS citado no Regulamento do Serviço de Psiquiatria deveria ter 27 enfermeiros, atualmente dispõe de 16 Enfermeiros. (CHMT, 2013)
- O serviço de Psiquiatria do CHMT tem em desenvolvimento um programa de investigação em saúde mental, para além disso tem protocolos de articulação para comportar estágios de enfermagem para a prática cuidados gerais e para a prática especializada em saúde mental e psiquiatria. (CHMT, 2013)
- A comunicação / articulação do Serviço de psiquiatria com as estruturas comunitárias é uma metodologia que garante a continuação e a qualidade dos cuidados de enfermagem. (CHMT, 2012)

1.2. CENTRO DE APOIO A DEFICIENTES JOÃO PAULO II

O Centro de Apoio a Deficientes João Paulo II (CJPII) é uma das instituições anexas da União das Misericórdias Portuguesas (UMP) e dispõe das respostas sociais residencial e educativa. Já com 23 anos de existência, o CJPII tem capacidade para acolher 192 residentes e a sua equipa técnica é composta por 212 colaboradores. A missão do CJPII é cuidar de crianças, jovens e adultos portadores de multideficiência, proporcionando qualidade de vida, bem-estar e integração na comunidade.

Figura 3 - Logo CJPII



Fonte: UMP, 2013

O CJPII tem como visão ser uma instituição de referência, mantendo elevados níveis de qualidade na prestação de serviços na área de multideficiência, com vista a uma efetiva inclusão na sociedade.

1.2.1. Caracterização do Centro de Apoio a Deficientes João Paulo II

O Centro de Apoio a Deficientes João Paulo II (CJPII) é uma instituição concebida para acolher cidadãos portadores de deficiência profunda. A sua intervenção destina-se a apoiar crianças, jovens e adultos com deficiências, graves e profundas, com idades não inferiores a dois anos e não superiores a quarenta e cinco anos (à data do internamento), sendo dada prioridade a utentes sem retaguarda familiar ou qualquer tipo de apoio institucional. Como um lar residencial que é, tenta proporcionar aos utentes um ambiente tão familiar quanto possível e prestar-lhes todo o tipo de cuidados e serviços necessários para melhorar a sua qualidade de vida tentando proporcionar a maior autonomia possível.

Figura 4: Centro de Apoio a Deficientes João Paulo II



Estes serviços e cuidados, procuram prevenir a degradação não só das estruturas e funções corporais como também das estruturas mentais dos residentes. Todas as atividades e apoios prestados aos utentes do CJPII, são de natureza diversa ao nível da incapacidade, da atividade e da inclusão. Os serviços prestados pelo CJPII devem satisfazer consistentemente as necessidades e expectativas dos seus residentes e restantes partes interessadas. (UMP, 2013)

A administração do CJPII assume um compromisso de qualidade respeitando por isso os seguintes princípios:

- Dignificar as capacidades das pessoas com deficiência dando-lhes a oportunidade de serem atores no seu percurso de vida;
- Promover a melhoria da qualidade de vida dos residentes;
- Aumentar os níveis de satisfação dos residentes, famílias, parceiros e colaboradores;

- Reforçar a organização interna, formar e motivar os colaboradores, disponibilizando meios e recursos necessários ao bom desempenho das tarefas inerentes às suas funções;
- Promover uma crescente cooperação intra e interinstitucional;
- Desenvolver atividades inovadoras que permitam melhorar os serviços prestados aos nossos residentes e restantes partes interessadas;
- Cumprir os requisitos e melhorar continuamente o sistema de gestão da qualidade.

1.2.2. Caracterização dos Utentes do CJPII

O CJPII é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) de âmbito nacional em regime de internamento definitivo ou temporário que acolhe crianças, jovens e adultos, portadores de deficiência. Esta Instituição dispõe de uma capacidade para 192 residentes, distribuídos por 16 Módulos/Residências (Numa perspectiva de criar um ambiente familiar, a instituição está organizada com um conjunto de 16 residências, e cada uma tem capacidade para acolher 12 utentes)

Existe um conjunto de critérios que têm que ser preenchidos para a admissão dos utentes, tais como: Ter idade compreendida entre os 2 e os 45 anos; Ser portador de deficiência mental severa, moderada ou profunda e simultaneamente deficiência motora que implique deslocar-se em cadeira de rodas ou acamado; São excluídos para o internamento definitivo e temporário todos os utentes com: Capacidade de realizar marcha sem qualquer apoio; Ausência de deficiência mental de grau severo ou profundo; Doentes terminais ou com esperança de vida muito reduzida (inferior a um ano); Doentes com necessidade permanente de cuidados diferenciados médicos e de enfermagem. O seu regime de funcionamento situa-se no Internamento permanente, realizando-se também internamentos temporários. Estes ocorrem quando a pessoa com deficiência se encontra junto da sua família, mas estes por motivos pessoais, profissionais e/ou de saúde e/ou de quem normalmente os cuida vêm-se impossibilitados de prestar os cuidados necessários. Verificam-se mais na época de verão dado que é nesta altura que os Estabelecimentos de Ensino Especial se encontram encerrados. (UMP, 2012)

1.2.3. Caracterização dos Profissionais do CJPII

O CJPII é constituído por uma equipa técnica de 212 profissionais que se propõem garantir a dignidade dos utentes, cada um na sua responsabilidade técnica. A missão da instituição é garantida com o respeito pelos valores, que os profissionais se propõem garantir, nomeadamente:

- Integridade na dedicação à missão, respeito pelos colegas e residentes, responsabilidade na ação e imparcialidade no tratamento;
- Dignidade na aceitação e no respeito pela individualidade de colegas e residentes;
- Justiça na igualdade de oportunidades;
- Confidencialidade da informação dos residentes e dos serviços que lhes são prestados;
- Inovação no desenvolvimento de práticas com vista à melhoria contínua;
- Cooperação intra e interinstitucional com vista a acrescentar valor ao resultado da prestação dos serviços.

Dos 212 profissionais que compõem a totalidade dos profissionais do CJPII, 121 são ajudantes de lar, e apenas 4 são enfermeiros. A equipa de enfermagem do CJPII é uma equipa jovem que organiza os cuidados de forma a garantir a qualidade dos mesmos. As ajudantes de lar, são os cuidadores dos utentes do CJPII, Têm conhecimentos não diferenciados, os critérios de recrutamento são diretamente influenciados pelo mercado de trabalho existente no momento do recrutamento. (UMP, 2012)

1.3. ACES PINHAL LITORAL

O Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Pinhal Litoral (PL) é o ACeS mais a sul da Administração Regional Saúde (ARS) do Centro (ARSC) e tem a sua sede em Leiria na Av. Heróis de Angola. Tem como hospital de referencia o Centro Hospitalar de Leiria, e dá cobertura assistência a cerca de 261 000 utentes.

Figura 5 - Logo ACeSPL

Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.



Fonte: ACeS PL, 2013

1.3.1. Enquadramento

Os cuidados de saúde primários (CSP) estão organizados na área de influência da ARSC em seis ACeS e duas Unidades Locais de Saúde (ULS), designadamente a ULS de

constituído por diversos representantes da sociedade civil. O Conselho Clínico é constituído por um presidente médico com a especialidade de medicina geral e familiar, um médico da especialidade de saúde pública, um enfermeiro com a categoria de, pelo menos, enfermeiro especialista e com experiência efetiva nos cuidados de saúde primários, a exercer funções no ACeS, e um profissional designado de entre profissionais de saúde do ACeS. (Decreto-Lei 28/2008 de 22 de fevereiro)

O Conselho Clínico e de Saúde (CCS), tem a por missão Promover a governação clínica e de saúde no ACeS de forma concertada, articulada e participada por todas as unidades funcionais do ACeS Pinhal Litoral (ACeS PL, 2012)

Cada ACeS apenas comporta uma USP, e esta abrange toda a área geográfica do ACeS. A USP tem uma missão de observatório e têm como competências elaborar informação e planos no domínio da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir e monitorizar programas de saúde no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral e ainda colaborar no exercício das funções de autoridade de saúde. (Decreto-Lei 137/2013 de 7 de outubro)

A URAP abrangem todo o território do ACeS e prestam serviços de consultoria às outras unidades funcionais e assistenciais aos utentes das outras unidades funcionais, organizando ainda as ligações funcionais com os serviços hospitalares. (ARSC, 2014)

A USF e as UCSP são unidades que prestam cuidados de saúde personalizados á pessoa e á família garantindo a acessibilidade, continuidade e a globalidade dos mesmos. Ambas são constituídas por médicos, enfermeiros e administrativos. A USF é legislada por diplomas próprios e a UCSP é constituída por profissionais que não integrem USF. (Decreto-Lei 28/2008 de 22 de fevereiro)

A UCC presta cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário. A UCC é dirigida a pessoas, famílias e grupos vulneráveis que estejam em situação de maior risco ou dependência física e funcional. Na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. (Despacho 10143/2009 de 16 de abril)

A Unidade de Apoio á Gestão (UAG) funciona na sede do ACeS, e não sendo uma unidade funcional, é uma unidade de apoio ao Diretor Executivo e ao Conselho Clínico e de Saúde. (Decreto-Lei 28/2008 de 22 de fevereiro)

1.3.2. ACeS Pinhal Litoral

O ACeS Pinhal Litoral foi criado a 29 de novembro de 2012 e resulta da fusão do ACeS

Figura 7 - ACES PL



Pinhal Litoral I com o ACeS Pinhal Litoral II. O ACeS PL agrupa assim os seguintes Centros de Saúde: Batalha, Dr. Arnaldo Sampaio, Dr. Gorjão Henriques, Marinha Grande, Pombal e Porto de Mós. (Portaria 394-A/2012 de 29 de novembro)

A principal missão do ACeS é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da área geográfica do Pinhal Litoral com cerca de 261 000 indivíduos. É composto por 6 centros de saúde com 58 extensões de saúde na totalidade. Atualmente o ACeS PL

está em fase de reestruturação, contando já com quatro USFs, uma USP, a uma URAP, três UCCs e oito UCSPs.

O ACeS PL tem por missão, de acordo com o seu plano de desempenho, garantir a prestação de melhores cuidados de saúde primários à população da área geográfica Pinhal Litoral, desenvolvendo:

- Atividades que contribuem para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, com o objetivo de eleição, maximização de ganhos em saúde em todas as faixas etárias;
- Atividades de promoção da saúde e prevenção da doença;
- Prestação de cuidados na doença e articulação com outros serviços garantindo a continuidade dos cuidados;
- Atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação de grupos profissionais.

O ACeS PL tem como visão, maximizar os ganhos em saúde da população da área de abrangência do ACeS através do alinhamento e integração de esforços sustentáveis de

todos os setores da sociedade local, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania. A solidariedade institucional e pessoal, o elevado sentido ético, uma permanente atitude de cidadania responsável e comprometida. (ACeS PL, 2013)

Os valores fundamentais do Sistema de Saúde são a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade, a equidade e a solidariedade. Fazem parte dos princípios e crenças do ACeS:

- Cooperação de todos os elementos das diferentes equipas de modo a obter a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade de cuidados de saúde;
- Solidariedade e trabalho de equipa;
- Satisfação dos profissionais de saúde e dos cidadãos;
- Qualidade dos serviços prestados;
- Princípios inovadores;
- Boa organização funcional e técnica excelente, de forma a cumprir o Plano de ação;
- Articulação entre as unidades funcionais do ACeS;
- Efetuar parcerias com estruturas da comunidade local;
- Promover avaliação contínua que, sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de colocar em causa os objetivos do plano de ação e da qualidade dos cuidados. (ACeS PL, 2013)

Numa perspectiva contínua de prestação de cuidados de qualidade o ACeS PL:

- Utiliza instrumentos adequados utilizando as novas tecnologias da informação e comunicação. Utiliza a motivação para envolver todos os profissionais, de forma a obter os melhores registos efetuados possíveis. Para os registos de enfermagem utiliza o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).
- Utiliza o Gabinete do Cidadão, de forma positiva. Aproveitando as reclamações dos utentes, como incentivo à melhoria dos serviços.
- Com a criação das UCC, aumentou o contributo para a melhoria do estado de saúde da população, especialmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis.
- Vê no sistema de participação de eventos adversos, um sistema de melhoria contínua da qualidade, contribuindo para a segurança na prestação de cuidados.

- Faz a monitorização dos cuidados através de auditorias aos registos utilizando as políticas de cidadania como pré-requisito para o desempenho de excelência que se pretende.
- A disponibilidade de recursos humanos, poderá condicionar o desempenho do próprio ACeS.
- Efetua a monitorização sistemática da satisfação dos utentes relativamente aos cuidados prestados, utilizando instrumentos validados e aferidos para a população, uma vez que a satisfação dos utentes está associada à taxa de uso de cuidados de saúde, à efetividade das terapêuticas e ao estado geral de saúde, sendo considerada como medida da qualidade na prestação de cuidados de saúde.
- Incorpora no seu plano anual de atividades, um plano de formação para enfermeiros e outros profissionais, elaborado após a auscultação dos mesmos.

O ACeS PL pretende ser uma garantia na satisfação das necessidades de cuidados de saúde de toda a população abrangida. Por esse motivo cria mecanismos de monitorização e atualização, promovendo um diálogo intersectorial. (ACeS PL, 2013)

1.3.3. A enfermagem no ACeS Pinhal Litoral

O ACeS PL, tem uma equipa de enfermagem de 150 enfermeiros, distribuídos pelas diferentes unidades funcionais do ACeS, nomeadamente UCSPs, USFs, UCCs e USP. Fruto da reestruturação dos cuidados de saúde primários ainda não estar completa no ACeS PL, existem locais ainda não reformados, onde continuam a subsistir os Centros de Saúde como unidades assistenciais. Tal situação gera alguma confusão organizativa, uma vez que existem enfermeiros a trabalhar em unidades funcionais de acordo com a nova reforma e outros a trabalhar em modelo de Centro de Saúde.

O ACeS PL tem um quadro de pessoal de enfermagem de 178 vagas e prevê-se o aumento destas vagas no ano de 2015 para 200. Atualmente os cuidados de enfermagem são prestados no ACeS PL com um rácio superior a 2000 utentes por enfermeiro, muito longe do previsto na legislação que prevê 1 enfermeiro por 1550 utentes. Esta situação não é uniforme em todo o ACeS, e agrava-se quando encontramos USFs com rácios muito inferiores ao do ACeS, deixando os enfermeiros não inseridos em USFs com rácios muito superiores aos já referidos. (Decreto-Lei 298/2007 de 22 de agosto)

Para além dos enfermeiros inseridos em unidades de apoio ao utente e à família (UCSP e USF) existem ainda os enfermeiros que trabalham em UCC no apoio em âmbito domiciliário às pessoas, famílias e grupos vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física. As UCCs já constituídas no ACeS PL ainda estão numa fase muito jovem do seu desenvolvimento e maturação. Estas estão implementadas na comunidade, a desenvolver os projetos propostos com grande esforço e dedicação dos profissionais envolvidos. Nestas unidades funcionais, funcionam as ECCIs previstas no Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho, que atualmente estão condicionadas pela escassez de recursos existentes, esta situação ficou documentada em todos os projetos de UCC propostos, os quais foram aceites pela Equipa Regional de Apoio à reforma dos cuidados de saúde primários (ERA) e pela ARSC. (Despacho nº 10143/2009)

Na USP existem 3 enfermeiros, um número manifestamente inferior ao regulamentado, exercem a sua atividade para os 265900 utentes inscritos no ACeS contrariando um enfermeiro por cada 30000 utentes (Decreto-Lei 81/2009 de 2 de abril)

De entre os 150 enfermeiros a prestar cuidados no ACeS PL, 20 são enfermeiros especialistas, distribuídos pelos seguintes colégios de especialidade:

- 5 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica,
- 8 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária,
- 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem da Saúde da Materna e Obstétrica,
- 3 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica,
- 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica,
- 0 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Existem ainda mais 4 enfermeiros em formação para conferir o título de especialista, 2 em Enfermagem Comunitária, 1 em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 1 em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Todos os enfermeiros especialistas assumem as competências do enfermeiro especialista, uns na área da gestão de cuidados, outros na área de gestão ou de acessória.

2. AS ATIVIDADES SEGUNDO AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Numa contínua procura de melhoria da qualidade, todas as intervenções descritas estão suportadas no conhecimento científico da área da especialidade, suportando assim a unidade de competência D2.2. (OE, 2010)

Nas unidades curriculares, ensino clínico I, II e III, do curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, foi criado um ambiente propício para o desenvolvimento das competências próprias do enfermeiro especialista, e do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria mais propriamente. Assim no final destes ensinamentos clínicos, o enfermeiro sente-se capaz de intervir como prestador de cuidados especializados em saúde mental e psiquiatria. (Gomes, 2012)

Depois de atribuído o título de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, o autor foi nomeado Vogal do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Litoral para o triénio 2013/2015. É nestas funções que desenvolve a sua atividade profissional como enfermeiro especialista. (Anexo III)

Em contexto de saúde mental torna-se muito importante e essencial um bom autoconhecimento, capaz de estabelecer relações terapêuticas adequadas. Um bom conhecimento de si mesmo revela capacidades de relacionamento com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional. Este autoconhecimento adequado permite identificar os fatores que podem interferir, positiva ou negativamente, no relacionamento com o outro. (competência D11)

O autoconhecimento é uma característica essencial para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, contudo um elevado conhecimento de si enquanto pessoa e enfermeiro é a base para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiatria. Um enfermeiro especialista em saúde mental centra os seus cuidados numa base estrutural construída sob uma relação terapêutica forte com o outro. Quanto melhor for a consciência de si mesmo, mais estável é a relação terapêutica. Este elevado conhecimento de si mesmo tem por base as vivências pessoais e profissionais assentes em conhecimentos técnico-científicos adquiridos de forma a desenvolver

intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e/ou psicoeducativas. (Competência F.1.1.) (Anexo II e IV)

2.1. ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA - ENSINO CLÍNICO II

A compreensão, os conhecimentos baseados na evidência e uma boa orientação, deixaram no autor uma força profissional especial, para cuidar na área da saúde mental. Sem nunca ter tido atividade profissional centrada na área da psiquiatria, procurou enquadrar-se no serviço de psiquiatria do CHMT, conhecendo os recursos humanos e materiais disponíveis para a prestação de cuidados especializados em saúde mental e psiquiatria.

Este estágio proporcionou um contacto impar, na experiência profissional. O gosto que nasceu pela patologia psiquiátrica, conseguiu em primeira linha, desmistificar o estigma sobre o doente mental. Foi, é e será, uma mais-valia para o desempenho profissional futuro. (Competência F.1.1.)

2.1.1. Intervenção Psicoterapêutica Individual

A psicoterapia tem por base o relacionamento interpessoal intencional, é usado por psicoterapeutas treinados para ajudar o paciente a conviver de uma forma saudável com os seus problemas de vida. O objetivo *major* da psicoterapia é aumentar o sentimento de bem-estar ao indivíduo. A psicoterapia é baseada numa variedade de técnicas que assentam na construção de relacionamento experiencial, diálogo, comunicação e mudança de comportamento que são estrategicamente organizados para melhorar a saúde mental do paciente, ou para melhorar as relações de grupo (família por exemplo). A psicoterapia também pode ser feita por profissionais com diferentes qualificações, (psiquiatria, psicologia clínica, terapia familiar, enfermagem de saúde mental, psicanálise e outras psicoterapias). (OE, 2011)

A abordagem comportamental é útil quando estamos a abordar um comportamento mal adaptativo ou seja quando não está ajustado á idade, quando não está de acordo com o estímulo ou quando é inadequado culturalmente. Neste contexto podemos partir para uma terapia comportamental, partindo do princípio que estes comportamentos têm por base uma aprendizagem inadequada, acreditando assim que uma aprendizagem correta pode corrigir os comportamentos inadequados (Townsend, 2011)

Não há nenhum quadro clínico psiquiátrico onde não se tente uma abordagem comportamental, esta tem um duplo objetivo se por um lado pretende compreender as manifestações comportamentais da situação clínica por outro pretende estabelecer um mecanismo de intervenção. Cada doente é individual e a terapia comportamental deverá ser adequada para as características individuais de cada doente a trabalhar. (Serra, 2009)

Uma intervenção terapêutica comportamental, terá o seu sucesso assente em três premissas: a técnica em si, a motivação do doente para se tratar e o terapeuta. (Serra, 2009)

Primeira Abordagem de desabituação alcoólica.

Entende-se por alcoolismo algo mais que o consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas que acaba por determinar um estado de dependência do álcool, responsável por doença física, psíquica e social do indivíduo. O tratamento de alcoolismo crónico inicia-se geralmente em contexto de internamento. No primeiro contacto, pretende-se que o doente aceite o terapeuta, numa relação desprovida de qualquer atitude punitiva, de julgamento ou crítica. Esta envolvimento vai proporcionar ao doente condições para baixar as suas defesas construídas sobre sentimentos de ansiedade e de culpabilização. (Mello, 2009)

Depois de uma fundamentação adequada, a intervenção que se relata teve início com a apresentação do terapeuta e do serviço. A sessão ocorreu num espaço confortável isento de ruídos, presença de pessoas estranhas á relação ou qualquer outra perturbação. Foram explicados os direitos e deveres dos utentes internados no serviço de Psiquiatria e as normas de funcionamento do serviço. (Competência A2.1.) O doente apresentou-se e fez uma pequena resenha da sua vida pessoal e familiar. Foi explicado ao doente o que é o alcoolismo crónico como se manifesta e a implicação que tem a nível pessoal, familiar e social. Foi apresentado um conjunto de sintomas característico do doente alcoólico, nomeadamente as manifestações orgânicas. Foi explicado que o alcoolismo é uma doença como tantas outras com características comuns a outras doenças e características específicas, que implicam alguns cuidados imprescindíveis desde o momento do tratamento. Pretendeu-se diminuir a ansiedade do doente para que ele possa sentir um ambiente isento de qualquer atitude punitiva. (Competência F4.1.) O doente teve então a oportunidade de exprimir alguns sentimentos, esclarecer algumas dúvidas e manifestar

os seus desejos: “Quero deixar de beber bebidas alcoólicas”, “Já tive outros vícios, como as drogas e fui capaz de nunca mais lhe tocar, agora também hei de ser capaz de fazer o mesmo com o álcool”, “Quero reconquistar a minha mulher e preciso de fazer isso” e “O comportamento agressivo com que destruí o interior da minha casa deixa-me envergonhado, não quero voltar a passar pelo mesmo.”. Foi-lhe explicado que de início para esta recuperação ser possível implicaria a toma de alguns fármacos, alguns deles injetáveis. O doente manifestou o desejo de cumprir o contrato terapêutico para reabilitar da sua doença. (Anexo V)

Primeira abordagem a um surto psicótico.

A esquizofrenia é um dos principais problemas de saúde mental da atualidade, exigindo considerável investimento do sistema de saúde. A intervenção adequada num primeiro episódio envolve para além do tratamento farmacológico, um acompanhamento psicológico numa intervenção individual, entre outras. (Giacon, 2006)

A intervenção teve início com a apresentação do enfermeiro num espaço adequado. O doente revelou alguns desejos de falar sobre o que tinha acontecido, e que motivou o internamento compulsivo, apresentava a autoperceção alterada, segundo a mãe “encontrei-o no telhado a abanar os braços a dizer que era um pombo”. Numa postura sedutora, quando confrontado com o episódio descrito pela mãe, afirmou que “estava a brincar com ela. Eu sou eletricitista e fui ao telhado orientar a antena por causa da TDT, quando ela me lá viu, perguntou-me o que estava a fazer no telhado, eu respondi-lhe, a brincar, que era um pombo.” Durante a entrevista não teve qualquer manifestação de alteração da sua autoconsciência. Apresentou permanentemente um discurso coerente sincronizado com as perguntas que lhe foram feitas e consistente com as suas versões dos acontecimentos. (Competência F31) Foi-lhe explicado que a sua alta dependia da sua autoconsciência dos acontecimentos. (Competência A21) O que não desencadeou qualquer evolução positiva do seu estado de saúde. (Anexo VI)

Primeira abordagem a tentativa de suicídio

Entende-se por suicídio como o ato executado pelo próprio, com intenção deliberada de pôr termo á vida. Na prática clínica a intenção de morte, a motivação de conduta lesiva e o seu significado são na sua maioria situações difíceis de interpretar. Em Portugal, um grande número de pessoas que tentaram o suicídio numa ocasião, virão mais tarde a

morrer por suicídio. Assim sendo uma tentativa de suicídio aponta para uma crise suicidária mais grave que pode conduzir a lesões orgânicas mais graves ou até mesmo á morte efetiva. (Sampaio, 2009)

A avaliação de pessoas com comportamentos da esfera suicidária, deve ser feita por profissionais habilitados para fazer avaliações biopsicossociais e estas devem estar atentas aos factores de risco e ao de protecção. O apoio da família é essencial no na adesão e no sucesso do tratamento. A promoção da esperança deve ser utilizada como estratégia de combate á desesperança e a ideação suicida. A terapia cognitivo-comportamental tem sido muito útil no tratamento da ideação suicida assim como no humor deprimido. (OE, 2012)

A intervenção teve início com a apresentação do enfermeiro, num espaço adequado. A doente revelou alguns desejos de falar sobre o que tinha acontecido na véspera (tentativa de suicídio). Neste contexto foi-lhe dado espaço para falar referindo os seus medos. Falou da falta de perspectivas futuras e das condicionantes da sua vida pessoal, laboral e familiar, “já entreguei a minha filha á minha irmã, que a cuida muito bem até talvez melhor que eu.”, “Os processos que eu tinha pendentes no trabalho, já os entreguei a colegas.” A intervenção do enfermeiro centrou-se na estimulação da esperança “Já tenho saudades da minha filha.”, “A minha casa está paga, não devo nada a ninguém”. (Competência F4.2.) Pretendeu-se diminuir a ansiedade da doente para que ela possa sentir um ambiente isento de qualquer atitude punitiva, mantendo uma escuta ativa e reforços positivos nos momentos em que verbalizou sentimentos de esperança. (Anexo VII)

2.1.2. Socioterapia e Terapia Psicossocial - Reunião Comunitária

A socioterapia tem por base uma atuação centrada na modificação do ambiente e melhoria das relações interpessoais, em vez de intervir em fatores intrapsíquicos do próprio individuo. (OE, 2011)

A socioterapia utiliza métodos e técnicas terapêuticos objetivando, principalmente, a reinserção e a readaptação sociais de indivíduos desajustados e/ou marginalizados. A socioterapia é de grande eficácia, sendo largamente usada em muitos países. A socioterapia tem como objetivo otimizar as relações sociais e a comunicação entre os indivíduos no meio em que vivem. O carácter terapêutico da socioterapia é muito útil na

resolução e prevenção de conflitos por meio de diversas atividades onde se incluem as dinâmicas de grupo. (Neto, 1993)

A intervenção psicossocial utiliza o meio ambiente como promotor do desenvolvimento psicológico do indivíduo. (OE, 2011)

A terapia psicossocial é de todas as terapias, a mais útil na reintegração social dos pacientes com doença mental, e consiste na utilização de atividades de trabalho ou de recreação tanto a nível individual ou em grupo de forma a promover o desenvolvimento psicológico. (Silva, 2010)

Podemos classificar um grupo terapêutico, como um grupo onde se pressupõe uma intervenção psicológica, com a participação de um profissional de saúde mental como líder, que orienta o grupo no sentido de obter ganhos em saúde mental. Este profissional de saúde mental deve ter competências de domínio dos problemas de saúde mental e reconhecidas capacidades fundamentados no domínio teórico. (Guerra, 2005)

A comunidade terapêutica e as suas reuniões comunitárias nas quais todos os pacientes e membros do quadro de pessoal de uma unidade de saúde mental se reúnem, é o mais complexo dos grupos terapêuticos. (Carneiro, 2000)

As reuniões comunitárias são uma excelente oportunidade para profissionais e pacientes trabalharem conjuntamente em várias tarefas. A reunião comunitária permite ao terapeuta observar o comportamento de cada um durante a mesma reunião, essa observação permite apurar um melhor conhecimento dos utentes. Esse conhecimento mais aprofundado permite sugerir a cada paciente diferentes formas de terapias mais indicadas a cada utente observado. Assim como sugerir a integração noutros grupos terapêuticos perspetivando a alta. (Novakovic, 2011)

Aproveitando a ausência de espaço para os utentes discutirem o normal funcionamento do serviço, foi proposto ao serviço de Psiquiatria do CHMT a criação da Reunião Comunitária. (Competência D1.2. e F3.3.) Foi apresentado o projeto ao enfermeiro chefe do serviço que aprovou a instituição da Reunião Comunitária. (Competência B2.2.) Ficou decidido que a Reunião Comunitária aconteceria á terça-feira por se entender ser o dia mais favorável. (Anexo VIII) Esta experiência foi diferente de todas as experiências grupais anteriores. O conjugar numa reunião os portadores de doença

psíquica agudizada, torna esta reunião um desafio sempre interessante. (Competência B2.3.)

A reunião comunitária tem entre outros objetivos uma intervenção socioterapêutica, uma vez que tende a moldar o ambiente do serviço de psiquiatria, duma forma a não se tornar agressivo aos utentes internados, proporcionando-lhes o maior bem-estar possível. (Competência F.4.2. e B.3.1.) Esta intervenção, deve ser liderada por Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria. (Competência D2.3.)

Do ponto de vista terapêutico, a reunião comunitária apresenta vantagens mas também apresenta algumas fragilidades. (Competência B1.2.) Permite que o terapeuta possa interrogar-se sobre os motivos dos ausentes. É muito útil para apresentar os novos pacientes, e os que estão de saída, podem fazer uma avaliação da sua permanência no serviço. A reunião também fornece oportunidades para avaliar a importância e a dinâmica dos eventos comunitários e corrigir percepções distorcidas. (Carneiro, 2000)

Reunião comunitária – Normas e funcionamento do serviço

O serviço de psiquiatria encontra-se no 6º piso do Hospital de Tomar. Este serviço é detentor de normas específicas para segurança dos utentes, profissionais e familiares de acordo com as especificidades dos utentes que acolhe. (CHMT, 2010)

Foi explicado que os utentes não estão autorizados a: ter em sua posse objetos cortantes ou perfurantes, tabaco, isqueiros ou fósforos. Não estão autorizados a perturbar o descanso dos outros utentes, ter alimentos no quarto, ausentar-se sem autorização, dar informações de outros utentes, circular no serviço no período da noite, nem usar telemóvel; esta norma pretende salvaguardar a segurança de todos os utentes internados no serviço, e é função dos enfermeiros do serviço zelarem para que sejam cumpridas. Situações excecionais serão autorizadas pontualmente de acordo com a situação clínica de cada utente, sob a responsabilidade do enfermeiro que autoriza. No serviço toda a medicação do utente deve ser autorizada pelo médico e administrada na sua totalidade pelos enfermeiros, para garantir que todos os utentes fazem medicação de acordo com a prescrição. (Competência B3.1.)

No serviço de internamento de psiquiatria do hospital de tomar não é permitido o uso do telemóvel pessoal. Para os familiares contactarem os utentes devem utilizar o número de

telefone da instituição. Poderá receber chamadas de familiares, desde que não haja contra-indicação para tal. Esta norma pretende evitar a utilização abusiva e pouco saudável do telemóvel evitando que este seja perturbador do descanso de cada um individualmente e de todos os utentes no seu conjunto. As saídas do serviço terão lugar mediante indicação médica e autorização do enfermeiro do serviço. Os doentes com internamento compulsivo não estão autorizados a sair. Esta norma zela pela segurança de todos dentro e fora do serviço de internamento. (Competência B3.1.)

Os utentes presentes na reunião manifestaram os seus sentimentos e preocupações. Por cada sentimento e preocupação, os enfermeiros envolvidos nesta reunião responderam aos utentes. Algumas respostas tiveram como objetivo justificar, porque existem algumas normas no serviço (quase sempre para a segurança dos utentes, dos próprios e dos coabitantes). Outras sugestões foram entendidas como proposta de melhoria da qualidade e por esse motivo desencadearam uma resposta em forma de “proposta de melhoria contínua da qualidade” a ser apresentada ao enfermeiro chefe e ao diretor do serviço, com vista a melhorar a satisfação dos utentes. (Competência B1.1.) (Anexo IX)

Reunião comunitária – Direitos e deveres dos utentes

O direito à proteção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa e tem por base um conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. (CHMT, 2012)

O conhecimento dos direitos e deveres dos doentes, potencia a sua capacidade de intervenção ativa na melhoria progressiva dos cuidados e serviços. A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes representa, mais um passo no caminho da dignificação dos doentes, do pleno respeito pela sua particular condição e da humanização dos cuidados de saúde. (CHMT, 2012)

Foi apresentado a carta dos direitos e deveres dos utentes, de acordo com a publicação no site do Centro Hospitalar do Médio Tejo. A maioria dos utentes do serviço, sentem garantidos os seus direitos quando internados no serviço. Alguns referem que vêm os seus direitos condicionados quando estão internados contra a sua vontade. Foi-lhes explicado que em determinadas situações, nomeadamente em internamento compulsivo esses direitos podem ser alterados por ordem judicial, nestes casos os utentes ficam

privados da sua liberdade e que assim que melhorarem, readquirem-na. (Lei 36/98, de 24 de julho)

Nesta reunião comunitária pode-se concluir que os utentes têm a percepção de que os seus direitos estão garantidos no serviço de psiquiatria do CHMT, exceção feita para os utentes que estão internados compulsivamente. (Anexo X)

Reunião comunitária – importância da adesão terapêutica em psiquiatria

São os doentes crónicos que têm mais dificuldade em aderir à terapêutica. Não existe uma receita mágica que motive os utentes a aderirem á terapêutica, mas existem estratégias que podem e devem ser adotadas, de acordo com as circunstâncias individuais de cada situação. (Dias, 2011)

Podemos afirmar, que a adesão terapêutica em Portugal pode ser melhorada, se a sociedade civil assumir o apoio as pessoas mais vulneráveis do ponto vista social e do estado de saúde. (Cabral, 2010)

Na reunião comunitária o tema da adesão terapêutica foi abordado pelos enfermeiros dinamizadores, sensibilizando os utentes para a importância da adesão terapêutica associada à qualidade de vida. Foi-lhes explicado que a terapêutica medicamentosa serve, não só para tratar, como para aliviar sintomas e também para controlar uma doença crónica. Foi feita uma sensibilização para que as doses terapêuticas sejam sempre acertadas pelo médico e não por iniciativa dos doentes.

Os utentes acrescentaram a grande importância de não associar bebidas alcoólicas quando se está a tomar medicação. Os utentes sugeriram que o serviço deveria ter mais atividades com maior componente física.

Os utentes manifestaram alguma crítica sobre a “não adesão terapêutica” e alguns até revelaram preocupação com a sua situação em particular, de uma forma geral estiveram todos adequados e com crítica para a situação. (Competência A1.4.) (Anexo XI)

Reunião comunitária – hábitos de vida saudáveis vs qualidade da saúde mental

È importante que cada um sinta a responsabilidade social e individual, para assumir atitudes conscientes e responsáveis, não só quanto á sua saúde mas também à

importância da criação de ambientes estruturais favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. (Pereira & Carvalho, 2006)

A atividade física e os desportos saudáveis são essenciais para a nossa saúde e bem-estar. Atividade física adequada e desporto para todos constituem um dos pilares para um estilo de vida saudável, a par de alimentação saudável, vida sem tabaco e o evitar de outras substâncias perniciosas para a saúde. (Ministério da Saúde, 2007)

Durante a reunião foram abordados hábitos de vida saudáveis, como perspectiva de melhorar a saúde de todos os participantes. Foi abordado o tema dos hábitos tóxicos e o quanto são prejudiciais para a saúde. Os utentes foram sensibilizados, para a importância dos bons hábitos alimentares na promoção da saúde e de uma correta hidratação. Foi abordada a importância do sono e repouso para a saúde, e a necessidade de muitas vezes ter de ser programado para não ser esquecido. O exercício é de especial relevância na promoção da saúde em geral e da saúde mental em específico. (Competência F2.1.)

Pelos utentes foram referidos vários aspetos diretamente relacionados com a alimentação. Foi ainda referido especificamente, que uma pessoa com hábitos alcoólicos, tem um apetite mais equilibrado quando está abstinente, e que um fumador tem um paladar menos apurado que um não fumador. Dicas importantes que foram utilizadas numa perspectiva de desabituação alcoólica e tabágica. (Competência F4.2.)

Uma lacuna do serviço manifestada pelos utentes foi a falta de atividades para ocupar o tempo, e a presença de um jornal ou de uma revista permitia o contacto com o mundo, e permitia uma ocupação do tempo de forma adequada. Os profissionais intervenientes na reunião concordaram com a pertinência da observação, e prontificaram-se a desenvolver estratégias para minimizar essa lacuna do serviço. (Competência F2.3.)

No final da reunião a equipa técnica presente concluiu que os utentes estiveram especialmente envolvidos, com intervenções pertinentes e muito adequadas. (Competência A1.4.) (Anexo XII)

Reunião comunitária – Normas de utilização do telefone

No serviço de internamento de psiquiatria do hospital de tomar não é permitido o uso do telemóvel pessoal. Para os familiares contactarem os utentes devem utilizar o número de

telefone da instituição. Poderá receber chamadas de familiares, desde que não haja contra-indicação para tal. (CHMT, 2010)

Esta norma pretende evitar a utilização abusiva e pouco saudável do telemóvel evitando que este seja perturbador do descanso de cada um individualmente e de todos os utentes no seu conjunto.

Pelos utentes as expectativas foram diversas, enquanto uns referiram que a utilização do telemóvel em contexto de internamento é supérfluo, outros, por seu lado, sugeriram que deveria de haver acesso ao telemóvel pessoal de cada um. No entanto todos os utentes concordaram que a norma de utilização do telemóvel deve ser igual para todos. Alguns utentes sugeriram a criação da hora do telemóvel com condições a definir.

No final da reunião comunitária a equipa técnica presente concluiu que se pode sugerir à direção do serviço a criação da hora do telemóvel, em que cada utente poderia utilizar o seu telemóvel pessoal durante um período de tempo previamente estabelecido. (Competência B1.2.) (Anexo XIII)

2.1.3. Relaxamento

As técnicas de relaxamento, apresentam-se como um conjunto de procedimentos de intervenção muito utilizados em saúde mental. O relaxamento terapêutico é uma possibilidade terapêutica que pode ser utilizada como terapia principal ou como terapia adjuvante em diferentes situações clínicas. (Filho, 2009)

O relaxamento é uma técnica que ajuda a pessoa a relaxar. Esta técnica procura que uma pessoa possa atingir um estado de calma satisfatório, reduzir os níveis de stresse, ansiedade ou raiva. Muitas vezes o relaxamento pode ser utilizado como adjuvante na gestão de stresse, diminuição da tensão muscular, da pressão arterial, da frequência cardíaca e/ou da frequência respiratória, garantindo assim outros ganhos em saúde que não uma simples redução dos níveis de stresse. (OE, 2011)

O momento do relaxe deve ser respeitado e em muitas situações está indicado como indutor do sono pelo que deve ser utilizado antes de ir dormir. (Junqueira, 2006)

O relaxamento terapêutico é uma terapêutica indutora do sono, assim deve-se ter em conta, que deve ser aplicada quando precede um período de repouso. Para que a técnica

resulte a participação deve ser voluntária, e apenas devem ser convidados a participar as pessoas que apresentem crítica para o motivo de internamento. O ambiente deve ser cuidadosamente preparado, o espaço bem escolhido, deve estar preparado para reduzir a luminosidade, e não permitir interrupções externas. Uma vez criado o ambiente adequado e realizado o aquecimento, deve-se então entrar no momento de relaxe, deve ser realizada a leitura do guião adequado á técnica que se pretende utilizar, ao som de música de fundo calma, com uma voz serena e sem variância da intensidade de voz. Durante este momento o terapeuta deve realizar uma observação individual da expressão corporal de cada um dos participantes.

Uma vez que a técnica de relaxamento é uma terapêutica indutora do sono, entendeu-se que pelas 20:30 seria a hora mais adequada para a sessão de relaxamento, uma vez que a hora prevista para deitar é às 21:30. Todas as sessões de relaxamento foram programadas para as mesmas horas.

Relaxamento – Utilização das Imagens Mentais

A técnica das imagens mentais utiliza a imaginação na tentativa de diminuir a resposta ao stress. Cada um pode idealizar as imagens que melhor relaxe lhe proporciona, estas imagens são tão ilimitadas quanto a própria imaginação. (Townsend, 2011)

A técnica de utilizar a imaginação de uma cena é essencial para desenvolver zonas cerebrais criadoras de imagens. Nesta técnica tudo é simbólico, mas o simbólico tem o poder de despertar emoções boas e sensações agradáveis melhorando o humor e a motivação. A imaginação permite criar imagens mentais associadas a ambientes de bem-estar e permite que gradualmente se livrem dos efeitos negativos, geralmente associados ao quotidiano. (Junqueira, 2006)

A todos os que se dispuseram a participar, foi-lhes proporcionado um espaço de conforto na posição de deitados. A sessão teve início com a apresentação do enfermeiro terapeuta, promovendo a relação terapêutica. (Competência B3.1.)

Uma vez criado o ambiente adequado e realizado o aquecimento, foi realizada a leitura do guião da casa de madeira ao som de música de fundo calma, com uma voz serena e sem variância da intensidade de voz. Durante este momento foi realizada a observação

individual da expressão corporal de cada um dos participantes. No final foi permitido a cada um individualmente exprimir, as sensações que sentiu. (Competência F3.3. e F4.1.)

Foi também dado espaço, para que cada um pudesse apontar os momentos mais fortes e mais fracos do terapeuta, aqueles que prejudicaram ou beneficiaram o relaxe mais profundo. (Competência F1.1.)

No final sentiu-se um ambiente sereno, manifestado pela capacidade de cada um em ouvir a opinião dos outros e em manifestar a sua opinião quando foi oportuno. (Anexo XIV),

Relaxamento – Relaxamento progressivo de Jacobson

A técnica criada pelo Dr. Edmund Jacobson centra-se na contração e na distensão muscular do qual resulta um profundo relaxamento. Este método tem uma orientação mais fisiológica que psicológica onde cada um aprende a avaliar e realizar sistematicamente as suas tenções nos diversos grupos musculares, para depois relaxá-los. (Filho, 2009)

A todos os que se dispuseram a participar, foi-lhes proporcionado um espaço de conforto na posição de deitados. A sessão teve início com a apresentação do enfermeiro terapeuta, promovendo a relação terapêutica. (Competência B3.1.)

Foi explicado o tipo de exercícios a fazer e dados alguns exemplos. Foi também explicado que esta técnica pode ser repetida por cada um individualmente sem ter um terapeuta a orientar. Uma vez criado o ambiente adequado e realizado o aquecimento, foi realizada a leitura do guião, mantendo o ambiente adequado garantindo a observação dos participantes. No final foi permitido a cada um individualmente exprimir, as sensações que sentiu. Foram ainda incentivados a repetir a técnica, cada um individualmente, sensibilizando-os para a importância do ambiente adequado para a realização desta técnica de auto relaxamento. (Anexo XV)

Relaxamento – Relaxamento autógeno de schultz

O treino autógeno de Schultz, utiliza como principal enfoque processos fisiológicos como a sensação de calor, de peso, batimentos cardíacos e ciclos respiratórios.

Utilizando expressões como “Estou completamente tranquilo, o braço direito está pesado... o braço direito está quente... o coração bate forte e tranquilo.” (Lima, 2005)

No relaxamento progressivo modificado, o indivíduo não contrai os músculos, aprende a relaxar os músculos centrando a sensação de relaxe dentro dos próprios músculos, utilizando para isso na maioria dos casos a sensação de calor. (Townsend, 2011)

A todos os que se dispuseram a participar, foi-lhes proporcionado um espaço de conforto na posição de deitados, houve um elemento que preferiu ficar sentado. A sessão teve início com a apresentação do enfermeiro terapeuta, promovendo a relação terapêutica. (Competência B3.1.)

Uma vez criado o ambiente adequado e realizado o aquecimento, foi realizada a leitura do guião da “ilha deserta”, mantendo o ambiente adequado garantindo a observação dos participantes. No final foi permitido a cada um individualmente exprimir, as sensações que sentiu. (Anexo XVI e XVII)

2.1.4. Intervenção Familiar – Adesão Terapêutica

São os doentes crónicos que têm mais dificuldade em aderir à terapêutica. Metade das pessoas portadoras de doença crónica não adere á medicação, condicionando a economia, o bem-estar e a qualidade de vida da sociedade. (Dias, 2011)

Muito se fala do elevado consumo de medicação pela população mundial, no entanto nos últimos tempos a atenção também se tem centrado na problemática da não adesão á terapêutica e isto preocupa os profissionais de saúde. (Leite, 2003)

Numa perspetiva de desenvolver competências ás famílias (Competência F4.1.) de forma a preparar o regresso a casa (Competência F4.3.) com um ambiente seguro de reabilitação psicossocial garantindo a inserção social, foi preparada, fundamentada, apresentada e avaliada (Competência F2.3.) uma intervenção que consistiu numa ação de formação ás famílias sob o tema “A importância da adesão terapêutica em psiquiatria.” (Anexo XVIII)

Foi permitido esclarecer dúvidas sobre as temáticas abordadas. Foi pedido a opinião de cada participante sobre os temas abordados. Foi pedida uma avaliação qualitativa da

ação, a cada participante individualmente. (de uma forma geral a opinião foi unânime sobre os temas abordados e todos referiram que saíram mais esclarecidos)

2.1.5. Estudo de Caso – Surto Psicótico

Na realização deste estudo de caso houve alguma dificuldade para realizar a colheita de dados. (Competência F.3.5.) As alterações de memória da utente não permitiram fazer uma história mais pormenorizada. Muitos autores defendem que, os casos de surto psicótico isolado, sem história anterior, devem ter internamentos tão curtos quanto possível, de facto assim que a utente revelou algumas melhoras no seu quadro clínico teve alta do internamento sendo acompanhada em ambulatório, o que agravou a dificuldade da colheita de dados.

Fundamentação

Num primeiro episódio, a avaliação inicial e o diagnóstico diferencial da psicose é de especial importância, assim como a rapidez como é feito. Devem ser sempre despistados os transtornos psicóticos de base orgânica, as psicoses por drogas, os quadros psicóticos afetivos (mania ou depressão psicóticas), as psicoses agudas transitórias e outros. A avaliação inicial deve incluir também o exame físico e neurológico completo, exames laboratoriais e radiológicos para excluir possíveis causas orgânicas. (Neto, 2000)

A demora na procura do tratamento tem uma influência fundamental no prognóstico do paciente, pois pode levar a uma rutura significativa dos níveis psíquico, físico e da rede social do doente. (Giacon, 2006)

Um surto psicótico, manifesta-se através de comportamentos psicóticos incidindo essencialmente nas perturbações do humor (depressão ou mania). O utente pode apresentar sintomas depressivos, com atraso psicomotor e ideação suicida ou pode ainda incidir em euforia, grandiosidade e hiperatividade. De uma forma geral pode apresentar humor disfuncional, delírios bizarros, alucinações proeminentes, discurso incoerente ou inadequação do afeto. (Towsend, 2011)

A intervenção adequada envolve para além do tratamento farmacológico, um acompanhamento psicossocial e a inclusão da família. Deve-se respeitar individualidade de cada um. A avaliação e a assistência devem ser feitas por uma equipe multidisciplinar, composta por médico psiquiatra e enfermeiro com especialização em

psiquiatria entre outros. Deve-se privilegiar o tratamento em ambulatório durante a fase aguda, e um acompanhamento nos dois anos seguintes com o objetivo de se prevenir recaídas e contribuir na adaptação do doente e sua família nesse período considerado crítico. (Giacon, 2006)

A intervenção familiar tem sido considerada de primordial importância no primeiro episódio psicótico. Deve-se conhecer a família, as suas características, limitações, medos e inseguranças. Quando a família se depara com uma nova situação destas desorganiza-se e muitas vezes precisa de ajuda para se reorganizar. Sem esta ajuda pode resultar numa adaptação com modelos de relacionamento que contribuem pouco para a estabilização e melhora do paciente e, leva todo o grupo ao sofrimento mental. (Giacon, 2006)

Os cuidados devem estar centrados no aspeto biológico, social e familiar. A promoção do acesso do paciente e família aos recursos da comunidade, é também um enfoque que a enfermagem deve ter presente na reabilitação do doente e da família. O cuidado em família permite observar os aspetos biopsicossociais do paciente e de sua família e contribuir para uma melhor articulação do grupo com a comunidade. (Giacon, 2006) (Competência D2.2.)

Colheita de Dados

A Maria Eduarda (nome fictício) está internada no serviço de Psiquiatria, tem 31 anos, é casada, vive com o marido em casa alugada com água da rede pública e com energia elétrica. A Maria Eduarda tem um bom relacionamento com os pais, no entanto melhor com a mãe (doméstica de 64 anos) do que, com o pai (reformado de 64 anos). Tem uma irmã de 29 anos casada que trabalha num stand de carros, e um sobrinho (Martim com 2 Anos) com o qual tem um ótimo relacionamento. A mãe tem história de fazer ansiolíticos e antidepressivos “desde que me lembro” (SIC). É casada e o marido tem 46 anos e é operário fabril.

A Maria Eduarda apresenta de escolaridade o 12º ano, começou a trabalhar com 19 anos, há sensivelmente 12 anos trabalha na charcutaria de um hipermercado e noutros momentos na caixa do mesmo hipermercado. Nega qualquer doença ou alergias anteriores. No entanto acaba por referir que há uns meses atrás teve uma tendinite

olecraneana, esta tendinite motivou incapacidade temporária absoluta para o trabalho. Fumou durante cerca de 10 anos, mas atualmente é uma fumadora abstinente.

Quando questionada sobre se tem tido algum acompanhamento psiquiátrico responde: “tudo se vai resolver, eu acabo comigo, já tenho tudo planeado.” A Maria Eduarda não tem tido até á data qualquer tipo de acompanhamento em psiquiatria.

Em julho de 2011 teve um parto de termo com um nado morto (40 semanas de gestação). De acordo com a família terá reagido “bem de mais”. Em agosto de 2011 começou a recusar sair de casa, com irritabilidade fácil e chorosa. Nesta altura foi levada ao médico de família que a medicou, segundo a utente “não cheguei a tomar a medicação porque me fazia mal”.

Mais tarde, aproximadamente 1 mês antes do internamento, e com supervisão do ginecologista, o casal tenta nova gravidez, “pelo menos, ele sabia que eu não tomava precaução nenhuma, e ele também não tomava...”

No trabalho a Maria Eduarda vive num ambiente conflituoso entre colegas (segundo a família) segundo a própria, apenas mantém uma relação conflituosa com uma colega “tenho uma colega que me irrita, e me deixa desorientada.”

Aproximadamente um mês antes do internamento começou a recusar sair de casa e quase deixou de falar com toda a gente. Esta situação foi desencadeada desde a altura em que ficou em casa com incapacidade para o trabalho por tendinite, nesta altura começou a sonhar com o nado morto. Uma semana antes do internamento começou com heteroagressividade dirigida aos familiares, com insónia total, delírios de ciúme para com o marido. Ainda nesta semana apresentou ameaças de morte para com o marido “disse que me punha veneno na comida”. Apresenta também delírios persecutórios “os ciganos andam com metralhadoras para me matarem”, “o Moniz quer-me matar”, a agressividade teve várias manifestações, “pegou numa santa enorme e andava atrás da mãe para lhe fazer mal”, a irmã apresenta escoriações no braço e refere ter sido Maria Eduarda.

A Maria Eduarda não tem crítica para o internamento, apresenta humor disfórico, com contacto difícil e recusa falar sobre o sucedido. Chorosa, renitente ao internamento.

Na urgência foi realizado um Teste Imunológico de Gravidez (TIG), este foi positivo para gravidez. A utente não tem conhecimento desta gravidez.

Esta gravidez, tinha deixado a mãe da Maria Eduarda muito satisfeita, mas o marido pouco satisfeito (este já tem dois filhos de um anterior relacionamento, um rapaz de 21 anos e uma rapariga de 14 ou 15 anos). O marido nesta altura até sugeriu indiretamente a interrupção voluntária da gravidez.

Foi realizado um genograma e um ecomapa, para complementar e exprimir graficamente as relações familiares e as relações sociais da Maria Eduarda. (Competência F2.2.) (Anexo XIX)

Exame Mental

A Sra. Maria Eduarda, 31 anos de idade, do sexo feminino, com a profissão “Funcionária de Hipermercado” e estado civil casada.

A Sra. Maria Eduarda chegou ao serviço acompanhada por familiar por: Ideação suicida e ameaças de morte. Esta situação iniciou há mais de uma semana e é inaugural.

A Sra. Maria Eduarda apresenta-se vestida em tons escuros e a idade aparente é aproximada da idade real. Quanto á motricidade a utente apresenta-se inquieta, assume uma postura tensa, expressão facial com hiponímia e com movimentos dirigidos tipo manuseamentos e perseverações. Contacta com o terapeuta de uma forma difícil, com humor depressivo, e no que diz respeito aos afetos apresenta-se embotada. A utente apresenta-se com lentificação do discurso, com discurso incoerente e com aumento da latência da resposta. Emocionalmente o utente apresenta-se com alexitimia. A Sra. Maria Eduarda no que diz respeito ao curso do pensamento apresenta-se com discurso saltitante, quanto á forma apresenta incoerência do pensamento, apresenta delírio de ciúme e persecutório.

O utente quanto á sua autoconsciência não apresenta alterações, e no que diz respeito á memória esta apresenta-se alterada com falhas ocasionais. Quanto às funções biológicas vitais, o instinto de conservação apresenta-se com ideação suicida, no que se refere á fome/sede apresenta-se sem alterações, com a libido não alterada e com insónias. (Competência F2.2.)

Plano de Cuidados

Para a realização do plano de cuidados foi utilizada a linguagem CIPE, o sistema de informação disponível é o SAPE que está instituído no serviço de Psiquiatria do CHMT. Neste plano de cuidados foram identificados nove diagnósticos de enfermagem, e implementadas diferentes intervenções de enfermagem de cuidados gerais e da prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. (Competência F3.4.)

1º Diagnóstico: Processo de pensar comprometido de forma contínua.

O processo do pensamento da Maria Eduarda apresenta alterações ao normal. O comportamento da utente reflete o processo de pensamento por esse motivo é importante estar atento a desorientação espaço-temporal ou pessoal, discurso incoerente, ausência de sentido de direção ou agitação e aos fatores desencadeantes destas situações. É importante gerir o espaço, ambiente e atitudes, de forma a não estimular reações, como as descritas anteriormente. A adesão a alimentação e a terapêutica podem estar comprometidas o que exige uma supervisão cuidada. (CIPE, 2001)

Intervenções de enfermagem:

- Vigiar comportamento do utente.
- Identificar fatores desencadeantes.
- Diminuir estímulos durante uma tarefa.
- Gerir ambiente.
- Gerir comunicação.
- Estimular a presença de pessoa significativa.
- Orientar o utente no espaço / tempo.
- Avaliar o comportamento face a alimentação.
- Gerir regime medicamentoso.

2º Diagnóstico: Insónia muito frequente crónica.

A insónia é descrita como a incapacidade de dormir, esta considera-se crónica se persistir continuamente mais de um mês. (CIPE, 2001)

Um dos motivos de internamento da Maria Eduarda, é insónia total há um mês. È de especial importância a vigilância dos períodos de sono e repouso assim como a manutenção de um ambiente propício ao sono. Devemos ter uma especial atenção á frequência e hora de administração da medicação indutora do sono, esta deve ser administrada especificamente antes do período de sono.

Intervenções de Enfermagem:

- Vigiar o sono.
- Gerir ambiente.
- Restringir o sono durante o dia.
- Providenciar medidas reguladoras do sono.
- Executar técnicas de relaxamento.
- Promover expressão de sentimentos.
- Instruir sobre técnicas de relaxamento.
- Treinar sobre técnicas de relaxamento.
- Gerir regime medicamentoso.

3º Diagnóstico: Tentativa de suicídio risco presente.

Tentativa de suicídio é considerada toda a autoagressão intencional, com o objetivo de por termo a vida ou ameaçar fazê-lo. Apesar de não existir um episódio descrito de tentativa de suicídio, a doente refere: “Tudo se vai resolver, eu acabo comigo, já tenho tudo planeado.” Atendendo a esta situação é preciso ter especial atenção aos comportamentos e discurso do utente. É de especial importância impedir o acesso a objetos ou a espaços que possam proporcionar a agressão. A par de todas as situações já descritas, é importante desenvolver estratégias de promoção da autoestima. (CIPE, 2001)

Desde o primeiro momento que a alta deve ser bem preparada, se do ponto de vista do primeiro surto psicótico a alta deve ser o mais precoce possível, do ponto de vista da tentativa de suicídio a alta deve ser bem ponderada e preparada atendendo ao risco da autoagressão.

Intervenções de Enfermagem:

- Vigiar o comportamento do utente.
- Identificar fatores desencadeantes.
- Identificar traços de personalidade.
- Vigiar sinais de ansiedade.
- Gerir visitas.
- Gerir regime medicamentoso.
- Providenciar apoio de família e pessoas significativas.
- Requerer apoio de técnico da assistente social, para preparação da alta.
- Gerir ambiente.
- Remover objetos potencialmente perigosos.
- Promover expressão de sentimentos.
- Reforçar autoestima.
- Registrar as ameaças verbalizadas.
- Executar técnica de relaxamento.

4º Diagnóstico: Violência dirigida a outrem.

Considera-se violência dirigida a outrem, como o uso de força com o objetivo de agredir, lesar, maltratar ou atacar. (CIPE, 2001)

Um dos principais motivos de internamento de Maria Eduarda é heteroagressividade dirigida a familiares; Verbalizou ameaças de morte ao marido “disse que me punha veneno na comida”, dirigiu agressividade á mãe “pegou numa santa enorme e andava atrás da mãe para lhe fazer mal”. A vigilância dos comportamentos é essencial para despiste de situações que possam ter como objetivo a agressão a terceiros, nomeadamente vigiar o comportamento com as visitas. As relações pessoais e o ambiente devem ser formatados para não promover as ações de agressividade, assim como o acesso a objetos que possam ser potencialmente agressores.

Intervenções de Enfermagem

- Manter porta do serviço fechada.
- Manter janelas fechadas.
- Verificar adequação de pertences.
- Gerir ambiente.

- Gerir comunicação.

5º Diagnóstico: Autocuidado: Comer / Beber, dependente em grau reduzido.

O comer e o beber é uma necessidade humana básica que pode estar comprometida não por aspetos físicos mas por aspetos cognitivos que exige dos cuidadores supervisão, estímulo e vigilância. (CIPE, 2001)

É importante para a satisfação desta necessidade, que o ambiente seja adequado, em termos de higiene, cheiros, ruído, temperatura ou da presença de pessoas estranhas.

Intervenções de Enfermagem:

- Planear a dieta.
- Estimular a pessoa a alimentar-se corretamente.
- Monitorizar o peso corporal de sete em sete dias.
- Vigiar a refeição.
- Vigiar o cumprimento da dieta prescrita.
- Gerir ambiente.

6º Diagnóstico: Autocuidado: higiene, dependente em grau reduzido.

A higiene é um autocuidado com características específicas: encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo e bem arranjado. Os cuidados de enfermagem apenas se devem resumir a estimular, vigiar e supervisionar uma vez que a dependência nesta NHB é apenas em grau reduzido. (CIPE, 2001)

Intervenções de enfermagem:

- Supervisionar o autocuidado higiene.
- Gerir ambiente.
- Providenciar produtos de higiene / objetos pessoais necessários ao autocuidado: Higiene.
- Manter presença contínua do Enfermeiro na Higiene.
- Estimular o doente para o autocuidado higiene.

7º Diagnóstico: Autocuidado: eliminação, dependente em grau reduzido.

A NHB eliminação caracteriza-se por ir a casa de banho urinar ou evacuar, fazer a sua própria higiene íntima, limpar-se depois de urinar e evacuar, deitar fora os produtos de eliminação, por exemplo puxar o autoclismo de maneira adequada, no sentido de manter o ambiente limpo e evitar a infeção. No caso da Maria Eduarda esta NHB apenas precisa de ser estimulada, vigiada e supervisionada. (CIPE, 2001)

Intervenções de Enfermagem:

- Vigiante características das fezes.
- Vigiante características da urina.
- Gerir ambiente.
- Estimular a higiene após eliminação.
- Estimular a lavagem das mãos.
- Assistir no autocuidado higiene.

8º Diagnóstico: Adesão ao regime terapêutico não demonstrado

Este diagnóstico refere-se à capacidade demonstrada pela utente para aderir a atividades propostas para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde. Numa primeira linha apresenta-se a terapêutica farmacológica como essencial para poder ultrapassar este primeiro surto o mais rapidamente possível. A adesão a hábitos de vida saudáveis em internamento e a sensibilização para os mesmos pensando numa preparação para a alta.

Intervenções de Enfermagem:

- Identificar causas de não adesão ao regime terapêutico.
- Vigiante comportamento de adesão.
- Gerir regime medicamentoso.
- Advogar os benefícios em relação aos comportamentos de adesão.
- Apoiar a tomada de decisão.
- Ensinar sobre regime terapêutico.

9º Diagnostico: Gravidez

A gravidez é uma situação não patológica mas que provoca alterações fisiológicas no corpo da mulher. A vigilância da gravidez é importante e exige o acompanhamento da enfermagem, pretende-se que a grávida adquira hábitos de vida saudáveis, incluindo os específicos da gravidez. (CIPE, 2001)

No caso da Maria Eduarda, a sua situação cognitivo-comportamental não lhe permite fazer autonomamente uma vigilância adequada da gravidez, perante esta situação cabe a equipa de enfermagem gerir da melhor forma possível os hábitos de vida da Maria Eduarda de forma adequada a prevenir complicações na gravidez. A situação de gravidez exige uma atenção redobrada sobre as intervenções farmacológicas a utilizar.

Intervenções de Enfermagem:

- Monitorizar temperatura corporal.
- Monitorizar a pressão arterial.
- Monitorizar frequência cardíaca.
- Monitorizar peso corporal de sete em sete dias.
- Ensinar sobre hábitos de vida saudáveis.

Conclusão / Avaliação

Um surto psicótico isolado não é suficiente para fazer um diagnóstico definitivo, no entanto deve ser sempre entendido, como um primeiro episódio de uma psicose.

Estes surtos, quando tratados em contexto de ambulatório, permitem contrariar o estigma da sociedade perante o doente psiquiátrico, uma vez que este não chega a ser excluído para o internamento, e por outro lado, mantém a autoestima uma vez que nunca se chega a sentir excluído nem da família nem do seu espaço social.

Os múltiplos diagnósticos e os próprios sintomas característicos da doença, muitas vezes não permitem que um doente com um primeiro surto psicótico possa ser tratado em contexto domiciliário. Sintomas como: ameaças de morte aos familiares diretos, ou ideação suicida estruturada; exigem um internamento por motivos de segurança para o utente e para os seus familiares. Este internamento deve ser o mais curto possível e promover a reintegração social do utente, o mais rapidamente possível. Os múltiplos

diagnósticos, podem também gerar algumas condicionantes no tratamento de um surto psicótico como é o caso de uma gravidez. Uma gravidez não é uma situação patológica é sim uma situação normal de reprodução, que promove alterações fisiológicas no organismo da mulher. Para que uma gravidez decorra sem complicações exige que sejam levantadas algumas restrições farmacológicas, e essas podem condicionar o tratamento de um surto psicótico em particular na fase aguda.

O papel do enfermeiro é de especial importância nestas situações. Em contexto de internamento destaca-se a importância no controlo da “auto” e heteroagressividade, no desenvolvimento de estratégias para conceber um ambiente terapêutico seguro, nas intervenções psicoterapêuticas não farmacológicas e não menos importante na supervisão e administração da terapêutica farmacológica. Em contexto domiciliário, continua o enfermeiro a ter um papel de grande destaque, tem a responsabilidade de reintegrar o utente numa comunidade através de intervenções socioterapêuticas e com terapias psicossociais, a atuação deve centrar-se na profissão, lazer e família. Neste contexto o enfermeiro deve de trabalhar com a família, desenvolvendo dinâmicas familiares de grupo, no sentido de promover uma adaptação familiar á nova realidade. Deve acompanhar a integração social do utente com o acompanhamento necessário ao nível laboral e a nível pessoal no sentido de promover atividades de lazer ao desenvolver estas estratégias vai simultaneamente procurando fazer uma supervisão da terapêutica medicamentosa do utente e uma supervisão dos sinais de alarme manifestados pelo utente.

Um doente nunca pode ser considerado como um doente mental em exclusividade. Uma pessoa com doença mental pode, e muitas vezes tem, outra patologia do foro orgânico que pode estar a desencadear, agravar ou até mesmo a provocar um distúrbio mental. È de extrema importância não dissociar a parte mental de uma pessoa da parte orgânica nem da parte social as vertentes fazem parte da mesma pessoa que vive como um todo e não como o conjunto das partes. Os enfermeiros têm esta visão holística da pessoa que cuida, e isso torna-os um importante elo na manutenção da saúde de uma sociedade.

2.2. ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL - ENSINO CLINICO I E III

Vindo de encontro às expectativas criadas, fruto de uma atividade profissional, muitas vezes centrada na promoção de saúde no local de trabalho, é que o ensino clínico I e III

se desenvolveu num contexto de promoção da saúde mental no local de trabalho. O local de trabalho escolhido foi o Centro de Apoio a Deficientes João Paulo II em Fátima. As questões estavam no ar “Poderá uma intervenção psicoterapêutica, ser promotora da saúde mental em cuidadores formais de pessoas com deficiência profunda”, “Trabalhar com pessoas, com deficiência profunda, poderá ser prejudicial para a manutenção da saúde mental dos trabalhadores?”, ou “um bom suporte social poderá contribuir para a manutenção da saúde mental dos cuidadores formais da pessoa com deficiência profunda ao longo dos tempos?”. Questões que serviram de base para um trabalho de promoção da saúde mental em cuidadores formais da pessoa com deficiência profunda.

O trabalhador tem direito a prestar trabalho em condições de segurança e saúde. (Lei nº 7/2009 de 12 de fevereiro)

De acordo com a Lei de Saúde Mental (1998), a proteção da saúde mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive.

Em Portugal define-se deficiência profunda, “... com a perda ou alteração prolongada de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica, com grave compromisso de autonomia e difícil resposta a tratamento, correção ou compensação.” (Despacho Conjunto n.º 861/99 de 10 de setembro). A deficiência profunda é aquela que causa a incapacidade total de autonomia nas pessoas, cria um coeficiente intelectual inferior a 10 nas pessoas inclusive aos que vivem num nível vegetativo. (Nielsen, 1999)

O lazer, a diversão e a descontração no serviço, assim como o relaxamento favorecem o relacionamento, a comunicação, o alívio de tensões. (Pereira & Bueno, 1997)

O ideal será o equilíbrio entre o trabalho, o lazer e a família. A promoção da saúde mental dá ênfase à autoestima, ao bem-estar físico, ao convívio social com ética e disciplina. Podemos então acreditar que a promoção da saúde mental é um incentivo á produtividade. (Camargo, 2004)

Uma situação profissional de trabalho, suscita nos cuidadores sentimentos fortes e contraditórios: piedade, compaixão e amor; culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra os utentes que fazem emergir esses sentimentos fortes e inveja do cuidado oferecido. Por outro lado, os próprios utentes e familiares desenvolvem sentimentos para com a instituição que os acolhe; estes sentimentos são preferencialmente manifestados para com o cuidador direto, provocando neste sentimentos de confusão e angústia. (Martins, 2003)

2.2.1. Intervenção Psicoterapêutica Individual

A psicoterapia contribui para o utente aumentar a sua capacidade de conviver de uma forma saudável com os problemas de vida. O principal objetivo da psicoterapia é aumentar o sentimento de bem-estar ao indivíduo. A psicoterapia assenta na construção de relacionamento experiencial, diálogo, comunicação que pretende resultar numa mudança de comportamentos estrategicamente organizados para melhorar a saúde mental do paciente, ou para melhorar as relações com o grupo (família por exemplo). (OE, 2011) A intervenção psicoterapêutica individual foi fundamentada em 2.1.1.

A resposta ao questionário do MHI 38 (Anexo XX), sinalizou o problema revelando de um baixo índice de 34,57% compatível com má saúde mental. Neste contexto foi realizado um plano de ação, com base numa intervenção psicoterapêutica individual, que permitisse a utente obter ganhos em saúde mental, a manifestar numa reaplicação do questionário de MHI 38, após a realização da intervenção psicoterapêutica. Esta intervenção consistia num conjunto de sessões de psicoterapia individual.

O local adequado para abordar um doente com ideação suicida, será um lugar excluído de ameaças de interrupção. (Como referido em 2.1.1.)

Uma resposta física integrada a estímulos aprendidos ao nível do consciente ou do inconsciente é aquilo que vulgarmente se chama de Stresse. Esta reação é normal, funcionando como um mecanismo de defesa que permite o organismo responder ou adaptar-se ao agente ameaçador. (Phipps, Long & Cassmeyer, 1995) O agente causador de stress estimula o SNC nomeadamente no hipotálamo que controla o funcionamento da hipófise esta, por sua vez, vai aumentar a secreção da hormona adrenocorticotrópica (ACTH) em maiores quantidades influenciando as glândulas suprarrenais, mais concretamente, no córtex supra renal a aumentar a produção de glicocorticoide (cortisol)

que diminui a captação de glicose pelos músculos contribuindo assim para o aumento dos níveis de glicose no sangue, por outro lado o mesmo cortisol estimula a atividade de outras hormonas como a epinefrina, esta por seu lado vai provocar a libertação de glicose por parte do fígado para o sangue, contribuindo assim para o aumento das concentrações de glicose no sangue. Este processo fitopatológico justifica que a pessoa com diabetes e com stresse, ou elevados níveis de ansiedade tenha uma maior facilidade em aumentar os níveis de glicose no sangue prejudicando assim o equilíbrio das glicemias. (Seeley, Stephens & Tate, 2011)

Um estudo efetuado nos Estados Unidos concluiu que doentes diabéticos depressivos ou com grandes crises de ansiedade melhoram o controlo das suas glicemias em cerca de 9%, quando sujeitos a técnicas de relaxamento. Na mesma publicação é também referido que outro estudo refere resultados idênticos com antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação da Seratonina (ISRS). (McGrady & Horner, 2004).

Quando se tenta a técnica da psicoterapia, tem de se perceber que o seu sucesso está diretamente relacionado com a relação terapêutica que o terapeuta estabelece com o cliente, e esta estabelece-se desde o primeiro contacto. (Mello, 2009)

A primeira sessão (Anexo XXI) teve início com a apresentação do enfermeiro. Foram acordadas a forma como se irão desenrolar as sessões. A utente revelou alguns desejos de falar sobre o que a tinha levado á ideação suicida. “andei muito mal quando a minha filha estava desempregada.” Há algum tempo “tive uns conflitos com os meus irmãos, acabei por vender tudo lá na terra quando vim para cá”. “Cuidei da minha mãe quando ela ficou dependente e quando ela morreu os meus irmãos em vez de me agradecerem cobraram-me” parte da herança. A utente apresentou algumas preocupações com os diabetes. Não tem médico de família e por isso não é acompanhada. Referiu ainda que tem tido glicemias elevadas, e que não tem feito a insulina *Levemir* porque não tem quem lha prescreva. A intervenção do enfermeiro centrou-se na estimulação da esperança, sensibilizando que os problemas que a preocupam já estão ultrapassados. Quanto aos diabetes, o enfermeiro terapeuta comprometeu-se a fazer ma consulta de diabetes e a encaminhar para um médico que prescreva a insulina e que faça o acompanhamento. Pretendeu-se diminuir a ansiedade do doente para que ele possa sentir um ambiente isento de obrigações, mantendo uma escuta ativa e reforços positivos nos momentos em que verbalizou sentimentos de esperança.

No final ficou a sensação que a relação terapêutica entre enfermeiro e doente teve uma boa aceitação do terapeuta e foram desenvolvidas estratégias juntamente com o doente de esperança para o futuro.

Na segunda sessão (Anexo XXII), a intervenção teve início com a apresentação do conteúdo da consulta – consulta de diabetes, que tinha a clara intenção de diminuir a ansiedade marcante associada á descompensação da diabetes. (Seeley, Stephens & Tate, 2011) A doente revelou de uma forma geral, hábitos de vida saudáveis e revelou preocupação por não fazer insulina a algumas semanas. Foram avaliados os sinais vitais que se encontravam dentro dos padrões normais, como não tinha feito análises não foi possível avaliar a HbA1c. A utente assumiu o compromisso de trazer uma tampa da caixa de insulina para ser possível pedir a um médico para passar a receita. A ansiedade que a utente revela, está diretamente relacionada com as Hiperglicémias que vai apresentando, torna-se por isso urgente controlar as glicemias para se obter ganhos em saúde mental. (Townsend, 2011)

Na terceira e quarta sessão (Anexo XXIII e XXIV) foi utilizado o questionário do MHI 38, como guião da sessão. Este guião tinha como objetivo explorar os sentimentos, que cada questão individualmente causou na utente. As sessões tiveram início com o aquecimento, utilizando os assuntos do dia para introdução às temáticas pretendidas. Foi feita uma cuidada observação do questionário respondido, com maior ênfase nas questões que se referiam ao suicídio. A exploração do questionário permitiu á doente perceber se a interpretação das questões foram a mais corretas e também se a opção de resposta escolhida foi a mais adequada á questão em causa. Esta exploração do questionário permitiu identificar erros de resposta, e com base nas mesmas respostas permitiu, ir desfragmentando a interpretação errada da realidade como objetivo de obter ganhos em saúde. Pretendeu-se diminuir a ansiedade do utente, para que possa sentir um ambiente isento de qualquer atitude punitiva, mantendo uma escuta ativa e reforços positivos nos momentos em que verbalizou sentimentos de esperança. Foi realizada tentativa de construção de estratégias de esperança com a doente.

Na última sessão psicoterapêutica prevista (Anexo XXV), foi feita a avaliação do conjunto das intervenções programadas no sentido de perceber se houve ganhos em saúde mental. Foi explicado o porquê da reaplicar o questionário MHI 38, e dado espaço para responder ao mesmo sem interferências. Fez-se uma exploração de sentimentos

sobre as diferentes sessões psicoterapêuticas. A utente referiu-se a toda a intervenção pelo global e desta forma referiu que a “psicoterapia, permitiu-lhe refletir sobre o que pensa”, isto é importante para si porque “antes não o fazia” e agora fá-lo com “uma frequência diária”. Estas sessões permitiram-lhe ter uma postura mais assertiva uma vez que na maioria das vezes “pensa antes de falar” tanto em casa como no trabalho. Quanto às ideias de morte, elas “mantêm-se presentes” mas “mais distantes e menos intensas”. De uma forma resumida percebeu-se que a intervenção teve um saldo positivo.

2.2.2. Psico-Educação

Entende-se por psicoeducação, uma intervenção de base científica que pretende oferecer informação sobre a doença e o seu cuidar, técnicas de conforto e apoio emocional. Abarca um componente educacional sobre diagnóstico, sintomas neuro-psiquiátricos, comunicação com os pacientes, cuidados gerais, busca de recursos comunitários e questões legais. A psicoeducação prevê também o apoio mútuo entre os cuidadores e pretende organizar de espaço onde possam lidar com questões emocionais e com a sobrecarga do cuidar. (Santos, Sousa, & Dourado, 2010)

A psicoeducação é uma forma de educação e é utilizada na área da saúde mental como uma maneira de desenvolver a compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. A psicoeducação não é um tratamento, mas sim parte de um plano global de tratamento. (OE, 2011)

O terapeuta promotor de psicoeducação em grupo deve obter um local adequado para a reunião do grupo com privacidade e isento de distrações. A disposição do espaço deve ser em círculo em que todos possam ver todos, com o número exato de lugares adequado á quantidade de intervenientes. Os grupos podem ser abertos ou fechados e isto deve ficar bem definido na primeira sessão. A duração das sessões devem oscilar entre 60 mn e 90 mn sabendo que menos que isso o grupo não chega a ultrapassar o intervalo de aquecimento, e mais de 90 mn o grupo fica cansado, repetitivo e ineficiente. A frequência das sessões pode ser muito variável e cabe ao terapeuta defini-las no entanto, se houver possibilidade de realizar duas sessões por semana, o grupo terá mais intensidade, os elementos continuam a trabalhar as questões levantadas na sessão anterior dando a sensação de uma reunião contínua. (Yalom, 2008)

Ainda de acordo com o mesmo autor, um grupo terapêutico não deve exceder os 10 elementos, no entanto um grupo fechado pode ter início com 12 a 16 elementos, prevenindo assim eventuais desistências.

O enfermeiro deve estabelecer um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais. (Guerra, 2005)

Os jogos pretendem estimular e ativar processos de autocapacitação que favorecem novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros (Manes, 2011)

Sessão Psicoeducação – Sessão Quebra-gelo

Numa fase inicial há sempre um sentimento de apreensão sobre o que vai acontecer. Quando se trabalha um grupo, neste caso ajudantes de lar, pretende-se que elas as atitudes iniciais de passividade e de retração, estimulando a participação ativa numa comunidade de estrutura grupal. (Carneiro, 2000)

Para dar início não só á sessão de intervenção grupal mas também a intervenção psicoeducativa de grupo, foi realizada a apresentação do terapeuta e coterapeuta, na perspectiva do conhecimento das competências de ambos. Foram acordadas as normas de funcionamento do grupo entre todos os elementos do grupo, nomeadamente a conduta de utilização dos telemóveis, faltas e abertura do grupo. Ficou decidido que não se utilizariam os telemóveis durante as sessões, que não estão previstas faltas às sessões uma vez que as sessões serão marcadas de acordo com os horários de todos exceção para motivos de força maior, e que este grupo será um grupo fechado onde não estão previstas entradas de novos elementos para o grupo.

Para a realização da apresentação dos elementos do grupo, numa perspectiva de quebra-gelo foi aplicado o Jogo pedagógico “Como é que me veem... e eu como é que me vejo?”. Uma vez que todas já têm um conhecimento prévio umas das outras (são colegas de trabalho na mesma instituição), foram desafiadas a utilizar uma palavra ou uma expressão para caracterizar cada colega, essa caracterização foi escrita numa folha de papel, todas escreveram a caracterização de uma colega na mesma folha. As folhas foram recolhidas e cada uma teve a oportunidade de se apresentar. No final foi lida a

caracterização que todas escreveram sobre cada uma e foi feita uma pequena análise, sobre as emoções demonstradas pelos diferentes elementos do grupo.

A equipa técnica concluiu ainda: que a primeira reunião de um grupo tem sempre um determinado grau de ansiedade, nesse contexto o terapeuta terá grande importância para diminuir essa ansiedade, o jogo aplicado foi de especial importância para iniciar o espírito grupal desejado, a promoção do autoconceito e do autoconhecimento teve especial relevo no conhecimento que os outros têm de cada um. (Anexo XXVI)

Sessão Psicoeducação – Comportamento gera comportamento

Foi passado o filme “Se os olhares matassem...”. O filme sensibiliza para a importância de como nos relacionamos com os outros, a nossa postura e o impacto que o discurso tem nos ouvintes. Os nossos comportamentos estão diretamente relacionados com os comportamentos dos outros que se relacionam connosco. Podemos usar o comportamento para facilitar uma comunicação de duas formas, verbal e visual. Verbalmente dirigindo logo a palavra assim que se estabelece o contacto visual, tratar as pessoas pelo nome sempre que possível. Visualmente mostrando simpatia com um sorriso, e usar gestos abertos e evitar os gestos fechados.

No final da reunião foi realizada uma breve reflexão pelo terapeuta, sobre os temas abordados no filme e o seu significado nos nossos relacionamentos diários. Após uma reflexão individual, houve a manifestação de um certo incómodo sobre as reflexões realizadas. Todas referiram que, em algum momento da vida já passaram por situações em que manifestamente o comportamento de umas pessoas foi moldado pelo comportamento de outras. Das opiniões manifestadas houve sempre o propósito, de no futuro, entender o nosso comportamento como gerador do comportamento do outro e que o nosso comportamento está a ser influenciado pelo do outro.

No final da sessão de psicoeducação a equipa técnica concluiu que após o filme sentiu-se um período de reflexão, essa reflexão manifestou-se num maior silêncio e numa maior contenção nas respostas de umas para com as outras. (Anexo XXVII)

Sessão Psicoeducação – Sociodrama com inversão de papéis

A inversão de papéis é uma das técnicas mais utilizadas em sociodrama, e consiste na troca de papéis na dramatização. Esta inversão dos papéis é ditada pelo diretor,

geralmente o terapeuta principal, que inverte os papéis interpretados na dramatização. Esta técnica dá a possibilidade do protagonista experimentar os sentimentos e outras sensações das pessoas com quem interagem e muitas vezes chega á conclusão, que na realidade não se colocou verdadeiramente no lugar do outro. (Abreu, 2006)

Com o sociodrama pretende-se trabalhar o aspeto emocional dos elementos de um grupo. Através da espontaneidade o grupo, consegue interpretar papéis e resolver conflito, que pelo raciocínio não conseguiria, uma vez que estas decisões estão livres de pressões sociais ou previsões meditativas. No sociodrama existe uma entreajuda grupal, contrariando a dependência do terapeuta existente noutros tipo de terapias. (Abreu, 2006)

Inicialmente o sociodrama não foi muito bem aceite, a resistência natural foi manifestada pela recusa em assumir, em primeiro lugar, um papel no sociodrama. No entanto depois de iniciado, a alternância de papéis foi aceite e até bem-sucedida. Principio cada uma participou como ajudante de lar numa situação de conflito com a chefe. Essa situação foi invertida vezes sem conta, cada uma teve a sensação de responder às solicitações e confrontações que a própria momentos antes levantou.

No final da sessão de psicoeducação a equipa técnica presente concluiu que apos a sessão de sociodrama, as intervenientes mostraram-se um pouco mais agitadas. As trocas de papéis permitiram uma sensação de desconforto, assumir o papel de outros intervenientes nem sempre e confortável. Pior ainda é sentir o desconforto que causamos aos outros. O desconforto e a agitação psíquica, são sinónimos de um impacto positivo da intervenção. Este impacto pode ser estratégico para uma elevação da saúde mental de cada um, dependendo das interpretações e estratégias desenvolvidas para superar este confronto interior. (Anexo XXVIII)

De acordo com o anexo XXIX, a discussão sobre os sentimentos, atitudes provocadoras e atitudes provocadas, desencadeadas na sessão de sociodrama, levou a que os intervenientes concluíssem que:

- Evitar o confronto quando sentimos que podemos não conseguir dominar o nosso comportamento.

- Esperar o momento, nem sempre quando procuramos o confronto é no momento mais adequado, muitas vezes é preciso esperar o momento adequado para provocar o confronto.
- Evitar a agressividade será talvez das mais importantes estratégias, para promover um bom relacionamento evitando os conflitos.
- Controlar o tom de voz é de especial importância. Muitas vezes “deixamo-nos ir” e quando nos apercebemos o nosso tom de voz está muito mais elevado, fruto da emoção que a relação causou.
- Escutar: para sermos bons comunicadores temos de saber escutar. Se não pararmos de falar para ouvir, a conversa tende a tornar-se num monólogo e não numa partilha como inicialmente é suposto.
- Perdoar: muitas vezes é preciso compreender o outro numa relação. Nessa compreensão muitas vezes é preciso perceber que errar todos erramos e os outros também, aceitar isso é na maioria dos casos perdoar. Uma boa relação assenta neste princípio.

2.2.3. Relaxamento

O relaxamento é uma técnica que ajuda a pessoa a relaxar. Contribuindo assim para obter ganhos em saúde que não uma simples redução dos níveis de stress. (OE, 2011) A técnica de relaxamento foi fundamentada em 2.1.3.

Relaxamento – Relaxamento autógeno de schultz

Com o objetivo claro de criar um ambiente terapêutico, procurando proporcionar a sensação de calma nos intervenientes do grupo foi realizada uma intervenção de relaxamento utilizando a técnica do “relaxamento autogénico de Schultz” com a leitura do guião da ilha deserta, como descrito em 2.1.3.

No final da sessão de relaxamento concluiu-se que existiu uma grande dificuldade em descomprimir na sessão de relaxamento, manifestada por movimentos corporais no entanto e apesar das dificuldades manifestadas, sentiu-se uma redução da ansiedade manifestada no início da sessão. (Anexo XXX)

Relaxamento – Relaxamento Simples

No relaxamento simples, pede-se ao utente que se coloque numa posição confortável de sentado ou deitado e que tome consciência da sua respiração, promovendo o relaxar dos músculos (Junqueira, 2006)

A técnica do relaxamento com exercícios respiratórios profundos é a base da maioria das outras técnicas de relaxamento. Esta técnica consiste na capacidade de inspirar tanto ar quanto possível inspirando assim a maior quantidade de oxigénio possível. Este tipo de exercício foi provado como eficaz em situações de ansiedade, depressão e irritabilidade entre outras. A grande vantagem deste exercício é que ele pode ser feito sem acompanhamento de terapeuta, e em qualquer lugar ou momento. (Townsend, 2011)

A todos os que se dispuseram a participar, foram distribuídos colchões para possibilitar algum conforto. Foi explicado o princípio da técnica. Foi explicada a importância do ambiente calmo, e que os ruídos causados por cada um individualmente, podem ser perturbadores dos restantes elementos do grupo. No final foi dado espaço e tempo para promover o auto relaxamento, utilizando a mesma técnica. Ao som de música calma de fundo cada uma imaginou e executou a técnica da respiração no auto relaxamento.

Pode-se concluir que as auxiliares já conseguem desenvolver técnicas de auto relaxamento. E até já conseguem relaxar melhor sozinhas que a seguir um guião neste tipo de relaxamento. (Anexo XXXI)

Relaxamento – Relaxamento progressivo de Jacobson

A técnica criada pelo Dr. Jacobson foi também utilizada conforme descrita em 2.1.3.

Nesta sessão, o relaxamento foi realizado numa sala diferente. O ambiente foi muito adequado, a nova sala onde foi realizado o relaxamento é um espaço mais agradável, mais calmo e isento de ruídos perturbadores. É um espaço pouco frequentado e que a maioria das funcionárias não conhecia. O ambiente foi, por estes motivos mais adequado. Esta técnica permitiu um relaxamento mais profundo, á maioria das auxiliares. Houve no entanto uma auxiliar que ofereceu resistência, e por esse motivo não consegui relaxar, ate se sentiu perturbada com o exercício. (Anexo XXXII)

2.2.4. Estudo de Caso – Ideação Suicida

A realização de estudos de casos proporciona uma reflexão cuidada, dos cuidados prestados e o impacto que a intervenção teve no utente alvo dos cuidados. (Competência F3.5.)

A situação refere-se a uma utente a quem propus uma intervenção psicoterapêutica individual, após a aplicação do MHI 38, onde á pergunta “se pensou no último mês acabar com a vida”, respondeu: “sim, algumas vezes”. Esta situação surgiu no decurso da investigação, que decorreu no CJPII em Fátima. As intervenções foram aplicadas fora do contexto de trabalho e fora do local de trabalho. As intervenções foram realizadas nas instalações da UCC Cova da Iria, com o objetivo de preservar a identidade da pessoa no contexto de trabalho. (Competência A1.3.) Esta solução foi discutida com a utente, que prontamente aceitou. Esta situação é real mas a identificação da pessoa em estudo é fictícia. (Competência A1.1.) Todos os nomes utilizados neste estudo de caso são fictícios. (Competência A1.2)

Fundamentação

Diversos estudos provam que cerca de 60% das pessoas que se suicidam, tinham previamente ideação suicida. A intensidade e a duração dos pensamentos suicidas, estão diretamente relacionados com a probabilidade de virem a realizar uma tentativa de suicídio. A tentativa de suicídio é o principal fator de risco para a consumação do suicídio. Em saúde mental, torna-se então de especial importância, acompanhar pessoas com ideação suicida para perceber a intensidade e a frequência dos sintomas. (Silva, 2006)

De acordo com a OMS (2000), para se abordar um doente com comportamento suicidário, deve-se encontrar um lugar adequado como já abordado no capítulo 2.1.1.

Ansiedade é descrita como uma resposta psicológica ao stresse. A resposta individual ao stresse é determinada pela perceção que cada um tem do evento agressor. A ansiedade pode ser ligeira, moderada, grave ou pânico. (Townsend, 2011)

A ansiedade poderá ser considerada patológica se ela interferir diretamente na eficácia da vida diária, perturbadora da capacidade de atingir objetivos pessoais ou desestabilizadora do conforto emocional. A ansiedade pode ser considerada anormal

sempre que não desaparece assim que os fatores desencadeantes se afastam. (Shahrokh e Hales citado por Townsend, 2011)

Foi realizada uma abordagem terapêutica comportamental fundamentada em 2.1.1.

Colheita de Dados

A Sra. Olinda Maria (nome fictício assim como todos os nomes referenciados) é uma funcionária do Centro de Apoio a Deficientes João Paulo II (CJPII), já trabalha nesta instituição há mais de 10 anos. Esta Sra. tem 48 anos (nasceu a 22/08/1963), é divorciada, vive com o companheiro António (55 anos, nasceu a 06/12/1956), há mais de 20 anos, em casa própria com água da rede pública e com energia elétrica, na freguesia de Fátima.

Assim que saiu da escola a Sra. Olinda foi trabalhar com o pai para a agricultura até aos 15 anos, altura em que foi “servir” para uma casa particular na Batalha. Neste seu primeiro emprego, conheceu o Sr. Francisco (nasceu a 16/10/1951), com o qual viria a casar quando tinha 17 anos. Quando casou foi viver para Pedras Salgadas - Vila Real, terra natal do Sr. Francisco. Deste casamento nasceu a Elsa em 10/08/1981, Nuno a 12/08/1982 e quando estava grávida do terceiro filho (Marco Paulo nasceu a 15/07/1984) divorciou-se e regressou á sua terra natal Olival concelho de Ourém.

Quando regressou à terra natal, e com 3 filhos para criar foi trabalhar para uma carpintaria, nesta altura residia em casa da mãe (nasceu a 17/02/1930) o pai já tinha falecido) onde viveu até a mãe falecer. Nos últimos anos de vida, a mãe adoeceu e a Sra. Olinda cuidou da mãe (Maria) até ela vir a falecer em 14/05/1989.

Três anos depois de vir residir para o Olival começou a namorar com um colega de trabalho, o Sr. António que a ajudou na fase final de vida da mãe. Quando a mãe morreu, começou a haver alguns conflitos entre a Sra. Olinda e os irmãos, por continuar a viver em casa da mãe e com um companheiro (o Sr. António entretanto foi viver com a Sra. Olinda). O Sr. António sempre assumiu os três filhos da Sra. Olinda como seus. Por dificuldades económicas, a carpintaria onde a Sra. Olinda trabalhava fechou enviando-a para o desemprego juntamente com o namorado. Atendendo às dificuldades da vida e aos conflitos familiares, a Sra. Olinda veio então viver com a família para Fátima, onde encontrou emprego para ela e para o companheiro.

Em 07/08/1993 nasce o quarto filho da Sra. Olinda, a Rafaela e primeiro do atual relacionamento com o Sr. António.

A filha Elsa casou com o Frederico (nasceu a 19/05/1980) a 15/08/1999 e tem dois filhos: o Dilan que nasceu 01/11/2000, e a Sofie que nasceu a 22/09/2010. A Elsa vive em Fátima com o marido e os filhos. Atualmente está a trabalhar numa fábrica mas durante muito tempo esteve desempregada e essa situação de desemprego preocupou intensamente a mãe.

O Nuno continua solteiro e atualmente está a residir em França para onde levou também o irmão Marco Paulo que reside com a namorada Ana Paula (nasceu a 28/01/1980) de quem tem um filho, Guilherme que nasceu a 28/02/2009.

A Sra. Olinda é portadora de diabetes tipo II insulino-tratada, tenta controlar as glicemias com insulina rápida antes das três principais refeições, refere que antes fazia uma insulina á noite, mas que deixou de fazer quando ficou sem médico de família, não tem quem lhe prescreva a insulina nem sabe muito bem como se chama a insulina em causa. Nas glicemias avaliadas no domicílio tem apresentados valores que rondam os 250 e os 320 mg/dl, não é vigiada por ninguém há mais de dois anos. Refere que as glicemias apresentam valores mais elevados nos dias e nas vésperas em que vai trabalhar.

A Sra. Olinda muitas vezes sente que tem tudo para ser feliz mas sofre muito com os infortúnios dos seus familiares diretos, o que lhe provoca alguma ansiedade e ás vezes algum descontrolo emocional. “Eu não andava bem sabendo que a minha filha não tinha emprego e eu não a podia ajudar mais”, outras vezes “sinto-me revoltada porque desde que aquele presidente tomou posse, nunca mais o clube pagou o ordenado ao meu marido.”, “tenho dois filhos que eu penso que estão bem, mas estão lá tão longe que nunca se sabe”, “hoje estou um pouco ansiosa, a minha filha foi fazer exame de condução e chumbou...”

“No meu trabalho é que eu me sinto ansiosa” refere a Sra. Olinda, “na véspera de ir trabalhar começo logo a stressar porque nunca sei com quem é que vou trabalhar”, “só durmo bem quando não vou trabalhar, nos outros dias tenho sempre dificuldade em adormecer”, “hoje estou de férias, mas depois de amanhã começo ao serviço e já me sinto mais ansiosa” porque “não sei o que vou por lá encontrar”. Quando questionada

sobre os motivos concretos que lhe desencadeia estes sentimentos responde “as encarregadas muitas vezes nem sabem o que andam a fazer, trocam as funcionárias de tal forma que conseguem baralhar o serviço”, “às vezes põem-me lá a trabalhar com colegas que não percebem nada do serviço no meu módulo”, “algumas encarregadas ainda percebem quando lhes pedimos para resolver um problema, outras então não percebem nada só complicam.”

Os utentes do centro, são vistos como o escape, “eles são a nossa razão de existir”, “por eles fazemos tudo”, “se não fossem eles, já tinha mandado o serviço ir dar uma volta”, “hoje são eles, amanhã podemos ser nós”... “e isso é que importa”.

No desenrolar da conversa a Sra. Olinda chegou a referir que “às vezes penso que se acabasse com a vida acabava com os problemas todos”. (Anexo XXXIII)

Exame Mental

A Sra. Olinda Maria com 48 anos de idade, do sexo feminino, com a profissão de ajudante de Lar, estado civil divorciada a viver em união de facto.

A Sra. Olinda chegou ao serviço sem acompanhante, por: bem estar emocional alterado (de acordo com o MHI 38 apresenta um índice de 34,57%), esta situação já se vem arrastando à vários meses.

A Sra. Olinda apresenta-se de forma adequada e a sua idade aparente é aproximada da idade real. Quanto á motricidade a utente apresenta-se sem alterações, assume uma postura retraída e com um fácies expressivo.

Contacta com o terapeuta de uma forma superficial, com humor eutímico, e no que diz respeito aos afetos apresenta-se superficial. O utente apresenta-se sem alterações na velocidade, nem da qualidade nem do ritmo do discurso.

A Sra. Olinda, no que diz respeito ao curso do pensamento apresenta-se com normalidade, quanto á forma apresenta um pensamento sem alteração, quanto á posse apresenta um sentido normal de posse e não revela delírios. Quanto á percepção não apresenta enganos sensoriais. A utente quanto á sua autoconsciência não apresenta alterações, e no que diz respeito á memória esta apresenta-se preservada na totalidade, com manifestações de normalidade.

Quanto às funções biológicas vitais, o instinto de conservação apresenta-se com ideias de morte, no que se refere á fome/sede apresenta-se sem alterações, com a libido não alterada e com insónias.

Plano de Cuidados

O plano de cuidados foi realizado utilizando linguagem CIPE, o sistema de informação utilizado foi o SAPE, porque é o que está instituído no Centro de Saúde de Fátima. Neste plano de cuidados foram identificados nove diagnósticos de enfermagem, e implementadas diferentes intervenções de enfermagem de cuidados gerais e da prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. (Competência F3.4.)

1º Diagnóstico: Processo de pensar comprometido de forma contínua.

O processo do pensamento da Sra. Olinda apresenta alterações ao normal. È importante avaliar as alterações ao processo de pensar para se ter uma noção clara da evolução da sintomatologia. O discurso da utente reflete o processo de pensamento, por esse motivo é importante estar atento a discurso aos temas abordados e a forma como os aborda. A verbalização de ideias de morte, perspetivas futuras e plano para a concretização do ato, são exemplos de sintomatologia que refletem uma grave alteração do pensamento. Para um bom relacionamento devemos estar atentos á forma como nos apresentamos, ao tom de voz, disponibilidade, utilizar um discurso pausado, frases curtas, temas significativos para o utente e estar atento a manifestações patológicas. (CIPE, 2001)

Intervenções de enfermagem:

- Gerir ambiente.
- Gerir comunicação.
- Estimular a presença de pessoa significativa.
- Facilitar a comunicação expressiva de emoções.
- Promover uma comunicação expressiva.
- Negociar com a pessoa um contrato de saúde.

2º Diagnóstico: Ansiedade: presente em grau moderado.

A ansiedade é um tipo de emoção caracterizada, entre outros por infelicidade sem causa conhecida quase sempre acompanhada por aumento da insegurança, aumento da tenção

muscular e muitas vezes descontrolo emocional. Nega emoções óbvias e recusa comportamentos de adesão terapêutica. (CIPE, 2001)

Intervenções de enfermagem

- Monitorizar pressão arterial.
- Monitorizar frequência cardíaca.
- Vigiar sinais de ansiedade.
- Identificar com a pessoa estratégias anteriores de adaptação eficaz.
- Gerir ambiente.
- Executar técnica de relaxamento
- Executar técnica de escuta ativa
- Promover expressão de sentimentos
- Facilitar o apoio de pessoa significativa
- Instruir técnicas de relaxamento
- Treinar técnicas de relaxamento

3º Diagnóstico: Insónia muito frequente crónica.

A insónia é descrita como a incapacidade de dormir, esta considera-se crónica se persistir continuamente mais de um mês. (CIPE, 2001)

Uma das complicações da ansiedade da Sr.. Olinda é a insónia inicial que se prolonga até meio da noite, nos dias em que vai trabalhar. É de especial importância a manutenção de um ambiente propício ao sono. Devemos ter uma especial atenção á frequência e hora de administração da medicação indutora do sono, esta deve ser administrada especificamente antes do período de sono.

Intervenções de Enfermagem:

- Gerir ambiente.
- Restringir o sono durante o dia.
- Providenciar medidas reguladoras do sono.
- Executar técnicas de relaxamento.
- Promover expressão de sentimentos.
- Instruir sobre técnicas de relaxamento.

- Treinar sobre técnicas de relaxamento.
- Gerir regime medicamentoso.
- Planear com a pessoa o plano de atividades
- Promover expressão de sentimentos
- Ensinar Hábitos de vida saudável

4º Diagnóstico: Tentativa de suicídio risco presente.

Tentativa de suicídio é considerada toda a autoagressão intencional, com o objetivo de por termo á vida ou ameaçar fazê-lo. Apesar de não existir um episódio descrito de tentativa de suicídio, a doente refere: “às vezes penso que se acabasse com a vida acabava com os problemas todos”. Atendendo a esta situação é preciso ter especial atenção aos comportamentos e discurso do utente, vigiar fatores passíveis de ser desencadeantes. A par de todas as situações já descritas é importante desenvolver estratégias de promoção da autoestima. (CIPE, 2001)

Quando aplicada a “Escala de Risco de Suicídio”, a D. Olinda apresenta risco elevado uma vez que já pensou que seria melhor estar morta, e já pensou em suicidar-se durante o ultimo mês. Estes pensamentos, de acordo com a escala referida, apresentam um risco elevado de suicídio. (Guterres, 1999)

Intervenções de Enfermagem:

- Identificar fatores desencadeantes.
- Identificar traços de personalidade.
- Vigiar sinais de ansiedade.
- Gerir regime medicamentoso.
- Providenciar apoio de família e pessoas significativas.
- Gerir ambiente.
- Promover expressão de sentimentos.
- Reforçar autoestima.
- Registrar as ameaças verbalizadas.
- Executar técnica de relaxamento.

5º Diagnóstico: Metabolismo comprometido

No que diz respeito ao metabolismo, refere-se ao somatório dos processos bioquímicos controladores de processos como o crescimento, o controlo de energias, regulação de funções corporais, a distribuição de nutrientes pelo sangue, controlo do metabolismo basal atividade hormonal ou temperatura corporal. A diabetes é uma doença metabólica que assenta o seu equilíbrio em hábitos de vida saudáveis, hábitos de saúde, consciencialização e despiste de fatores desencadeantes e complicações e um autocontrolo assente na vigilância das glicemias capilares. (CIPE, 2001)

Intervenções de Enfermagem

- Monitorizar HbA1c
- Monitorizar a altura corporal.
- Monitorizar peso corporal.
- Monitorizar perímetro abdominal.
- Monitorizar o Índice de massa corporal (IMC).
- Monitorizar frequência cardíaca.
- Monitorizar tensão arterial.
- Monitorizar glicemia capilar.
- Vigiar pés.
- Gerir regime medicamentoso
- Requerer apoio de Técnico.
- Ensinar sobre hábitos de vida saudável.
- Ensinar sobre Hábitos de saúde.
- Informar sobre guia do diabético.
- Ensinar sobre técnica de autoadministração de insulina.
- Instruir sobre a autoavaliação da glicemia capilar

6º Diagnóstico: Adesão ao regime terapêutico não demonstrado

Este diagnóstico refere-se á capacidade demonstrada pela utente para aderir a atividades propostas para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde. Numa primeira linha apresenta-se a terapêutica farmacológica como essencial, a adesão a

hábitos de vida saudáveis e a hábitos de saúde são essenciais para promover o autocontrole em saúde. (CIPE, 2001)

Intervenções de Enfermagem:

- Assistir a pessoa a identificar a razão de não aderir ao regime terapêutico.
- Incentivar adesão ao regime terapêutico.
- Gerir regime medicamentoso.
- Advogar os benefícios em relação aos comportamentos de adesão.
- Apoiar a tomada de decisão.
- Ensinar sobre regime terapêutico.

Intervenções de Enfermagem

Todas as intervenções programadas tiveram o seu desenvolvimento, e foram essas intervenções que proporcionaram ganhos em saúde mental para a Sra. Olinda. Esses ganhos foram manifestados numa segunda aplicação do MHI 38. (Competência B2.1.) Algumas intervenções são comuns a mais do que um diagnóstico por esse motivo faz sentido serem relatadas todas em conjunto e não separadamente.

- **Advogar os benefícios em relação aos comportamentos de adesão.** – Foram dados reforços positivos, no sentido de premiar a adoção de comportamentos de saúde e de vida saudáveis.
- **Apoiar a tomada de decisão.** – Foi dado apoio nas decisões de mudança, no sentido de promover um bom controlo da ansiedade e da diabetes.
- **Assistir a pessoa a identificar a razão de não aderir ao regime terapêutico.** – Utilizando a teoria Cognitivo / Comportamental, foi realizada uma exploração das ideias que justificam a não adesão ao regime terapêutico.
- **Ensinar sobre Hábitos de saúde.** – Realizados ensinamentos sobre o prejuízo causado pelas substâncias psicoativas, como o tabaco, as drogas, o café e o álcool. Foi ainda ressaltada a importância para a saúde da importância do uso correto de todas as terapêuticas com especial atenção para a medicamentosa.
- **Ensinar sobre Hábitos de vida saudável.** – Foram realizados ensinamentos sobre hábitos alimentares e de hidratação, de exercício físico, de sono e repouso, de atividades recreativas. Foi ressaltado a importância dos hábitos de vida

saudáveis, para o controlo não só da ansiedade, mas também da diabetes e dos dois em conjunto.

- **Ensinar sobre regime terapêutico.** – Desenvolvidas estratégias no sentido de encontrar um regime terapêutico adequado, exequível pela Sra. Olinda.
- **Ensinar sobre técnica de autoadministração de insulina.** – Foi reforçado o ensino sobre a importância de uma correta autoadministração da insulina para o controlo da diabetes.
- **Estimular a presença de pessoa significativa.** - Foi dada a oportunidade á Sra. Olinda para trazer a filha para participar numa sessão conjunta, esta iniciativa foi da própria.
- **Executar técnica de escuta ativa.** – Foi explorado o silêncio com acenos de cabeça para a Sra. Olinda perceber que está a ser escutada.
- **Executar técnicas de relaxamento.** Executadas duas técnicas de relaxamento: a da respiração profunda e a do relaxamento progressivo de Jacobson.
- **Executar técnicas não farmacológicas de controlo da ansiedade.** Recorrendo á terapia cognitiva, foi realizada tentativa para destruturar as ideias construídas sobre imagens erróneas, da realidade.
- **Facilitar a comunicação expressiva de emoções.** – Utilizada a escuta ativa como técnica promotora da expressão das emoções.
- **Facilitar o apoio de pessoa significativa.** Numa das sessões foi permitida a presença da filha.
- **Gerir ambiente.** – Foi proporcionado, em cada consulta, um ambiente longe de ruídos perturbadores e sem interrupções com o objetivo de promover um ambiente terapêutico.
- **Gerir comunicação.** – Foram explorados os sentimentos que motivaram as respostas ao MHI 38 na primeira avaliação.
- **Gerir regime medicamentoso.** – Do ensino da autoadministração da insulina deu para perceber que a Sra. Olinda deixou de fazer a *Levemir* por não ter médico para a prescrever.
- **Identificar com a pessoa estratégias anteriores de adaptação eficaz.** – Foi explorada a memória da Sra. Olinda, no sentido de perceber se ela, no passado, já utilizou estratégias de para vencer os momentos de maior ansiedade.

- **Identificar fatores desencadeantes.** – Na relação terapêutica instituída, foi possível perceber: que a relação com os colegas de trabalho, os problemas dos filhos e os ordenados em atraso do marido, estão entre os principais fatores desencadeantes de ansiedade.
- **Incentivar adesão ao regime terapêutico.** – Como incentivo foi explicado que a adesão ao regime terapêutico, teria ganhos em saúde para o próprio, não só o controlo da ansiedade, mas também na melhoria do equilíbrio dos diabetes.
- **Informar sobre guia do diabético.** – Realizado o ensino sobre a importância do guia do diabético, não só para os diferentes profissionais de saúde que atendem o utente mas também para a pessoa com diabetes, onde são registados os objetivos que o diabético se propõe atingir.
- **Instruir sobre a autoavaliação da glicemia capilar.** – Realizado ensino sobre a importância da autoavaliação da glicemia capilar no domicílio, e as horas do dia em que esta avaliação se torna mais útil.
- **Instruir sobre técnicas de relaxamento.** – Realizado ensino sobre a técnica do auto relaxamento progressivo de Jacobson e da técnica da respiração.
- **Monitorizar a altura corporal.** – De altura corporal apresentava no dia 04 de julho, 1,57 m.
- **Monitorizar frequência cardíaca.** – Foi avaliada a frequência cardíaca, apresentava 60 p/mn, no dia 04 de julho.
- **Monitorizar glicemia capilar.** – Foi avaliada a glicemia capilar que apresentava um valor de 192 mg/dl no dia 04 de julho.
- **Monitorizar HbA1c.** – Devido ao facto de a utente não ter feito análises, não foi possível fazer uma monitorização da HbA1c.
- **Monitorizar o Índice de massa corporal (IMC).** – Numa das consultas foi monitorizado o IMC, apresentou 34 de IMC, o que se refere a obesidade.
- **Monitorizar perímetro abdominal.** – Apresenta 114 cm, de perímetro na linha do umbigo.
- **Monitorizar peso corporal.** – Apresenta 84 Kg, de peso corporal.
- **Monitorizar pressão arterial.** – Foi avaliada a TA, apresentava 110/70 mm/Hg
- **Negociar com a pessoa um contrato de saúde.** – Foi explicado o modo de funcionamento das reuniões terapêuticas, os objetivos das mesmas e os papéis de cada interveniente.

- **Planear com a pessoa o plano de atividades.** – Na consulta ficou delineado que vai encontrar estratégias de *coping*, para promover o controlo emocional, e quando estas não funcionarem vai escrever porque não funcionaram.
- **Promover expressão de sentimentos.** – Foi dado espaço para promover os sentimentos, um dos sentimentos mais marcantes foi que as sessões de psicoterapia têm-lhe permitido refletir sobre o que pensa e que antes o não fazia.
- **Promover uma comunicação expressiva.** – Foi utilizada a escuta ativa e o “dar *feedback*” para promover uma comunicação expressiva.
- **Providenciar apoio de família e pessoas significativas.** – Incentivar a partilha com o marido e a filha, por ter um bom relacionamento com ambos.
- **Providenciar medidas reguladoras do sono.** – Foi incentivada a usar a técnica de relaxamento antes de ir para a cama, não beber bebidas estimulantes no segundo período do dia, beber um copo de leite morno antes de ir para a cama, não ver televisão na cama e se eventualmente a insónia persistir por mais de 15 mn, levantar da cama e ir fazer algo monótono, e quando ao sono surgir, regressar á cama.
- **Reforçar autoestima.** - Foram reforçados aspetos como a importância que tem para os filhos, o bom relacionamento que tem como marido, um patrão que paga a horas com o objetivo de fazer sobressair aspetos positivos da vida, deixando para segundo plano os aspetos negativos.
- **Requerer apoio de Técnico.** – Foi requerido o apoio do médico para em primeira instancia prescrever insulina *levemir* e análises, e em segunda instância para marcar uma consulta de diabetes para acerto da terapêutica farmacológica.
- **Restringir o sono durante o dia.** - Com o objetivo de combater a insónia inicial noturna, foi incentivada a não fazer sesta nem se deitar no sofá antes de ir para a cama.
- **Treinar técnicas de relaxamento.** – Foi dado espaço para a Sra. Olinda praticar as técnicas de relaxamento que poderá fazer no domicílio sempre que assim entender.
- **Vigiar pés.** – Realizada observação dos pés no sentido de pesquisar sinais de má perfusão venosa.

- **Vigiar sinais de ansiedade.** – Durante a consulta não foram detetados sinais de ansiedade, apenas se detetou alguma exaltação quando falava do trabalho e do seu relacionamento com as colegas, ou do atraso dos vencimentos do marido.

Ganhos em Saúde Mental / Conclusões

Muito se tem falado do suicídio, prevenção do suicídio, ideias de morte, para-suicídio, tentativas de suicídio e outras expressões que se referem ao ato de uma pessoa por termo á sua vida, tentar fazê-lo ou ter ideias de o fazer. Uma coisa é certa, quem tenta ou pensa ter uma atitude de autoagressão é uma pessoa que não dispõe de uma saúde mental equilibrada e que certamente precisa de ajuda.

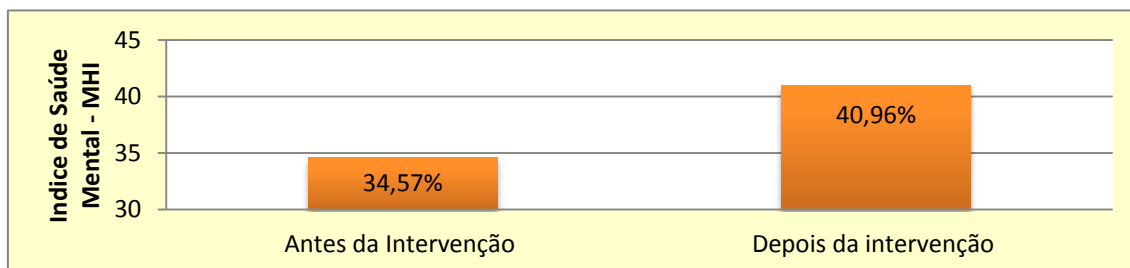
Neste estudo procurou-se intervir numa pessoa que apresentava ideias de morte, não estruturadas e com boas perspetivas futuras, provavelmente uma situação pouco definida numa fase inicial onde uma intervenção mais superficial pode atingir bons resultados terapêuticos.

Tabela 1- Índice de Saúde Mental segundo o MHI, antes e depois da intervenção

	Antes da Intervenção	Depois da intervenção
Índice de Saúde Mental - MHI	34,57	40,96

A Sra. Olinda apresentou no primeiro momento um índice de saúde mental de 34,57% enquanto no segundo momento após a intervenção apresenta um índice de saúde mental de 40,96%. (Gráfico 1) Apesar de se manter abaixo do ponto de corte, continua com um índice sugestivo de má saúde mental, não deixa de ser marcante que com apenas cinco sessões houve melhorias significativas na saúde mental. (Competência F3.2.)

Gráfico 1: Índice de Saúde Mental segundo o MHI, antes e depois da intervenção



Neste caso optou-se por uma intervenção psicoterapêutica individual baseada na técnica cognitiva. Esta ação foi planeada para seis sessões das quais apenas se conseguiram

realizar cinco. A ansiedade foi o principal alvo da intervenção. A impossível dissociação da patologia mental da patologia orgânica, implicou uma atuação primária sobre a diabetes procurando melhorar o controlo das glicemias, fator promotor da ansiedade. Em simultâneo desenvolver uma ação de base cognitiva promotora da saúde mental diminuindo a ansiedade e promovendo o controlo emocional.

Podemos concluir que existiu um grande impacto de uma intervenção psicoterapêutica na promoção da saúde mental numa pessoa com um baixo índice de saúde mental.

2.2.5. Semana anti estigma

A semana anti estigma, surgiu no Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, incorporada no plano de estágio de um colega de mestrado. O referido plano de estágio tinha previsto lançar um desafio aos restantes estudantes do mesmo curso, para participarem em palestras espontâneas nas salas de espera do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio.

Fundamentação

O estigma segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) “consiste no processo pelo qual se identifica e rotula uma pessoa ou grupo, em virtude de um atributo ou característica, não necessariamente visível. (...). O estigma relacionado com a com doença mental provém do medo do desconhecido, e um conjunto de falsas crenças que origina a falta de conhecimento e compreensão”.

O estigma acaba por trazer consequências ao utente e seus familiares ao nível do acesso á habitação, ao emprego, á procura de cuidados de saúde e ao isolamento social. O estigma é um fenómeno que também se encontra nas atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde, existindo inclusivamente diversos estudos em que não são encontradas grandes diferenças do nível de estigma dos profissionais de saúde comparativamente com a população em geral (Carvalho, 2012)

Para contrariar o estigma para com a doença mental, poderão ser tomadas iniciativas como: melhorar a psicoeducação dos utentes e das suas famílias, educar o público através de campanhas de sensibilização, preparar e formar os recursos humanos, envolver as comunidades, família e os utentes neste processo e na identificação de comportamentos discriminatórios, estabelecer parcerias com diversos setores,

monitorizar a saúde mental na comunidade, apoiar a investigação e incentivar estratégias de tratamento da doença mental. (Carvalho, 2012)

Reflexão – Semana antiestigma

Um dia diferente em saúde mental... resultado da resposta ao desafio lançado por um colega de mestrado.

Na semana dedicada á Saúde Mental no centro de saúde Dr. Arnaldo Sampaio, foi escolhido o tema “Estigma na Saúde Mental” para realizar uma sensibilização generalizada aos utentes utilizadores do centro de saúde nesses dias. Foi surpreendente a forma como os utentes acolheram esta iniciativa, aparecer do nada com um projetor e um computador, para desenvolver a palestra espontânea. A surpresa foi de tal ordem, que a atenção foi conquistada rapidamente e os utentes começaram a sentir que a espera (para uma consulta) que habitualmente é tempo perdido, estava a ser naquele momento tempo ganho.

Depois do primeiro impacto, com as apresentações do enfermeiro e do tema, foi preciso aproveitar a atenção maciça que nos era disponibilizada pela surpresa inicial. Nessa altura foi de especial importância procurar alguma interação, no sentido de perceber a sensibilidade para as temáticas abordadas. O medo do desconhecido causa grande insegurança, e esse era o sentimento mais marcante dos utentes do centro de saúde face ao doente mental. Quando a interação estava mantida e até um pouco consolidada, foi a oportunidade para desmistificar o doente mental, a surpresa foi o sentimento mais manifestado. Foi interessante perceber, que as pessoas que nunca fizeram uma reflexão sobre esta temática, foram as que se mantiveram mais caladas, e as suas poucas manifestações, vinham no sentido de um maior estigma perante o doente mental. Contrariamente, aqueles que passaram por um relacionamento com um doente mental, manifestam-se com mais à-vontade refletindo um menor estigma. A falta de conhecimentos sobre esta temática pode então ser uma das causas de estigma na população em geral.

Um desafio interessante, penso que inovador e que se poderá vir a manifestar como revitalizante para uma instituição. Este tipo de iniciativas, mostra aos seus clientes (utilizadores dos seus serviços) vitalidade de uma instituição com capacidade para

vencer desafios. Os utentes sentem assim maior capacidade da instituição para ir mais além que o previsto.

Este desafio desenvolveu algumas capacidades de improviso. Ficou a clara sensação, que o inesperado pode servir como uma técnica de educação para a saúde, com resultados muito superiores a outras técnicas já vistas e em muitos casos desgastadas pela continuidade sem inovação. A técnica da surpresa pode vir a ser utilizada no futuro, como promotora da saúde. Esta técnica poderá desencadear ganhos em saúde para as populações em geral e para muitos utentes em específico. (Competência F4.1., F4.2. e F4.3.)

2.3. WIP - OSLO

O *Works in Progress Intensive Programme* é um programa de Erasmo para estudantes de mestrado, que consiste no desenvolvimento de projetos de investigação em enfermagem. Este programa pretende contribuir para o desenvolvimento de novos conhecimentos na área de enfermagem na Europa e decorreu em Oslo na *Akershus University College of Applied Sciences* de 14 de maio a 25 de maio de 2012. (Anexo XXXIV)

Para a admissão a este programa de Erasmo foi preciso elaborar uma proposta preliminar de pesquisa (Anexo XXXV), que foi submetida a análise e posteriormente aceite.

Durante o programa foram realizadas duas apresentações do projeto de investigação em Inglês, para uma assistência constituída por professores e alunos. A primeira apresentação referiu-se á proposta inicial de pesquisa e teve uma duração de 10 minutos seguidos de discussão (Anexo XXXVI). A segunda apresentação teve a duração de 15 minutos seguidos e posterior discussão (Anexo XXXVII). Durante o desenrolar do programa, houve oportunidade para esclarecer conceitos e metodologias, que fossem mais adequadas para melhorar a proposta inicial, garantindo melhorias significativas no projeto de investigação, resultando num novo projeto de investigação. Houve oportunidade para assistir a palestras sobre metodologia de pesquisa, ética, comunicação e pesquisa, totalizando 15 horas, e participar em trabalhos de grupo. Todos os professores e orientadores que participaram neste programa tinham um grau de doutor.

Esta experiência foi marcante, única e desafiante. O primeiro desafio foi ter que falar inglês, este desafio foi superado não só do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista social. A partilha de opiniões com investigadores estrangeiros abriu os horizontes do ponto de vista técnico, a elaboração do projeto em inglês obrigou a desenvolver a capacidade linguística escrita e falada.

2.4. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Existe uma grande sensibilidade para a área da Saúde Ocupacional, comprovada pelo trabalho desenvolvido no âmbito da promoção da saúde mental em contexto de trabalho.

2.4.1. Fundamentação Teórica

A saúde ocupacional engloba as intervenções, que visam a proteção e a promoção da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho. Do ponto de vista económico estima-se que as situações de morbilidade relacionadas com o trabalho ultrapassem os 4% do Produto Interno Bruto (PIB), incluindo esse número os gastos com o tratamento, a reparação, a perda de tempo de trabalho e a interrupção da produção. (DGS, 2009)

De acordo com o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar celebrado pelo ministério da saúde (2008), a saúde mental e o bem-estar de uma força de trabalho são recursos fundamentais para a produtividade. O ritmo e a natureza do trabalho causam cada vez mais pressões na saúde mental das pessoas. As instituições devem promover uma boa organização do trabalho, da cultura organizacional e das práticas de liderança de forma a promover a saúde mental e o bem-estar no trabalho. Os empregadores devem desenvolver programas de saúde mental e bem-estar, assim como prevenção de situações potencialmente adversas para a saúde mental dos trabalhadores e ainda desenvolver programas de intervenção precoce em situações de doença mental ligeira.

Nem sempre é possível encontrar um ponto de equilíbrio entre as exigências do trabalho e as necessidades fisiológicas e psicológicas do trabalhador. Este desequilíbrio muitas vezes provoca sofrimento aos trabalhadores, e é a luta contra este sofrimento que separa o trabalhador do “bem-estar” da doença mental. Numa situação como a referida anteriormente o trabalhador elabora soluções que são favoráveis tanto ao trabalho como à sua saúde, conduzindo-se ao sofrimento criativo. Quando essas estratégias de defesa são desfavoráveis à organização e à saúde do sujeito, temos então o sofrimento

patogénico. No entanto, o grande enigma não é a doença mental, é sim a normalidade, isto é, o que importa realmente é compreender as estratégias defensivas (individuais e/ou coletivas) adotadas pelos trabalhadores com a finalidade de evitar a doença e preservar, ainda que precariamente, o seu equilíbrio psíquico. (Camargo, 2004)

A exposição a fatores adversos pode colocar em causa os mecanismos normais de funcionamento de resposta ao stress e dar origem a processos psicopatológicos, designadamente a dissociação péritraumática e perturbação pós stress traumático (PPST). A dissociação peritraumática acontece quando uma pessoa vê uma situação geradora de stresse e tem uma visão externa não se deixando influenciar por essa pressão, está provado que quantas mais acontecimentos adversos uma pessoa presenciar melhora esta dissociação. Em relação á PPST, só se considera patológico quando o agente do stresse termina e a ansiedade se mantém. (Carvalho e Maia, 2009)

De acordo com Camargo (2004), o ideal será o equilíbrio entre o trabalho, o lazer e a família. Num exemplo estudado o futebol, é um gosto apaixonado, significa distração que beneficia o corpo e a mente, pois favorece uma melhor condição física e o convívio com os amigos. Promove ainda a disposição extra para o trabalho porque o indivíduo corre, transpira, brinca e confraterniza com os colegas. O jogo, é revivido durante o trabalho profissional e mesmo na hora de dormir. As jogadas são mentalmente analisadas e a autocrítica denuncia as falhas ou o júbilo dos lances que ajudaram ou atrapalharam a equipe. A promoção da saúde mental dá ênfase à autoestima, ao bem-estar físico, ao convívio social com ética e disciplina. Podemos então acreditar que a promoção da saúde mental é um incentivo á produtividade.

A competência social adquirida ao longo da vida implica numa compreensão e integração no mundo onde o sujeito vive. Promover competências sociais e pessoais é estimular a observar, compreender as situações, trabalhar uma melhor realização de tarefas e ideias. Podemos reconstruir o quotidiano de alguém através de uma intervenção psicossocial, no lidar com o outro e com os objetos. (Silva, 2010)

Segundo Dunst e Trivette (1990), referido por Ribeiro (2011) distinguem-se duas fontes de suporte social: informal e formal. As primeiras incluem, simultaneamente, os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, padre, etc.) e os grupos sociais (Clubes, Igreja, etc.) que são passíveis de fornecer apoio nas atividades do dia-a-dia em resposta a

acontecimentos de vida normativos e não-normativos. As redes de suporte social formal abrangem tanto as organizações sociais formais (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) como os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos etc.)

2.4.2. Caracterização do estudo

A investigação pretende, no final do estudo ter atingido os seguintes objetivos:

- Avaliar o nível de saúde mental e o suporte social percebido dos cuidadores formais das pessoas com deficiência profunda.
- Avaliar o efeito do programa de intervenção na promoção da Saúde Mental dos Cuidadores Formais das Pessoas com Deficiência Profunda.

Tipo de estudo

Este estudo, é do tipo quase-experimental do tipo pré-teste / pós-teste, sem grupo de controlo. Pretende-se com este estudo estudar a influência de uma intervenção sobre uma variável. Pretende-se fazer um diagnóstico, atuar na população e reavaliar depois para conhecer o impacto das intervenções. (Ribeiro, 2007)

Variáveis

A primeira variável a ser estudada é a saúde mental dos cuidadores, expressa na avaliação da escala MHI, esta escala revela que uma pontuação inferior a 52% é representativa de má saúde mental entre 52% e 60% é representativo de ligeiros défices de saúde mental e superior a 60%, uma boa saúde mental. Esta variável pode ser subdividida em outras cinco variáveis, duas positivas (afeto positivo e laços emocionais) e três negativas (a ansiedade, a depressão e a perda de controlo emocional). (Ribeiro, 2011)

A segunda variável a ser estudada é a satisfação profissional. Com o objetivo de avaliar a satisfação profissional, é pedido a cada profissional para avaliarem a sua satisfação profissional numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a nada satisfeito e 10 totalmente satisfeito. A satisfação profissional pode ser o reflexo da satisfação com a profissão, com a entidade patronal e/ou com a unidade onde exerce a atividade profissional. Para cada uma destas situações foi elaborada uma questão: Se pudesse

mudaria de profissão? Se pudesse mudaria de entidade patronal? e Se pudesse mudaria de Módulo?

Existe ainda uma terceira variável a ser estudada, a satisfação com o suporte social. Para a avaliação desta variável, foi utilizada a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) que foi construída com o objetivo de avaliar a satisfação dos indivíduos com a sua vida social. Esta escala, não tem pontos de corte, as pessoas podem ter uma perceção de satisfação com o suporte social e se for baixa ou elevada isso não significa que seja necessariamente deficitário. (Ribeiro, 2011)

Desenho do estudo

O estudo pretende avaliar os sinais de perturbação da Saúde Mental nos cuidadores formais da pessoa com deficiência profunda no Centro João Paulo II em Fátima, bem como a satisfação profissional dos mesmos e ainda a satisfação dos profissionais com o seu suporte social. Esta avaliação far-se-á através da escala Mental Health Inventory (MHI) de 38 itens e através da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), ambas validadas para a população portuguesa por Pais Ribeiro.

Foi realizada uma intervenção psico-educativa de grupo no sentido de promover a saúde mental, a cuidadores disponíveis para participar de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. No final das intervenções foi aplicado o questionário para avaliar o impacto da intervenção na saúde mental dos cuidadores.

Questão de investigação / Hipótese

Para que os objetivos propostos sejam atingidos, foi apenas formulada uma questão de investigação, orientadora de todo o trabalho, a definir:

1 – Qual a eficácia de um programa de intervenção na melhoria da Saúde Mental dos Cuidadores Formais da Pessoa com Deficiência Profunda.

Foi definida a seguinte hipótese de investigação:

H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas no índice de Saúde Mental dos Cuidadores Formais da Pessoa com Deficiência Profunda antes e depois da intervenção?

População / Amostra

Para a realização do estudo de investigação, é preciso definir a população e a amostra. Para o presente estudo a população que se pretende estudar são todos os cuidadores formais da pessoa com deficiência profunda. Para a definição da amostra foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Trabalhar no Centro João Paulo II - Fátima.
- Estar disponível para participar no estudo.
- Estar ao serviço na segunda semana de estágio.
- Trabalhar diretamente na prestação de cuidados.

E os seguintes critérios de exclusão.

- Ter um diagnóstico ativo de doença mental.
- Estar ausente do serviço na primeira semana do estudo.

A amostra é uma amostra não probabilística por conveniência, uma vez que a amostra é escolhida da população não havendo a igual probabilidade dos elementos da população pertencerem á amostra e por conveniência por os critérios de inclusão e exclusão terem sido definidos pelo investigador.

Para o grupo de intervenção foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Ter participado na amostra inicial.
- Estar ao serviço durante o período em que irá decorrer a intervenção

E os seguintes critérios de exclusão:

- Ter férias ou qualquer outro período de ausência agendado para o período em que decorrem as intervenções.

Para a definição da amostra no segundo momento foi definido o seguinte critério:

- Ter sofrido as intervenções terapêuticas previstas.

Instrumentos a utilizar

O questionário a aplicar no primeiro e segundo momento será constituído pelo: caracterização profissional da amostra; O *Mental Health Inventory* de Pais Ribeiro, a Satisfação profissional e a Escala de Satisfação com o Suporte Social. O objeto do estudo é a Saúde Mental dos cuidadores, como tal o MHI é a escala em avaliação, todas as outras servem apenas para ajudar na caracterização do estudo. (Anexo XX)

O *Mental Health Inventory* (MHI) é uma escala validada para Portugal por José Luis Pais Ribeiro, é uma escala de 38 itens com uma resposta fechada com seis hipóteses de resposta para cada pergunta, concebida inicialmente para avaliar a saúde mental de adultos. Com esta escala pretendemos avaliar se os trabalhadores apresentam alterações na sua saúde mental. (Ribeiro, 2011) Trata-se de um questionário de autorresposta de 38 itens que permite medir o distresse psicológico e o bem-estar psicológico. Os 38 itens subdividem-se em cinco escalas, a da ansiedade com 10 itens, a da depressão com cinco itens, a da perda de controlo emocional/comportamental com nove itens, afetos positivos com onze itens e laços emocionais com três itens; as três primeiras escalas referem-se ao distress psicológico e as duas últimas ao bem-estar psicológico. A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de cinco ou seis posições. A pontuação total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada escala/dimensão referida acima. Parte dos itens são cotados de modo invertido. Os valores mais elevados manifestam a melhor Saúde Mental. A pontuação deverá ser sempre convertida de “0” a “100”. Para esta escala foi encontrado uma consistência interna (Alfa de *Cronbach*) de 0,96 para a escala total, o que a sobrepõe á escala original praticada nos EUA (Ribeiro, 2011)

Para caracterizar a satisfação profissional apenas foi pedido para classificarem de 0 a 10, a sua satisfação profissional.

A ESSS é uma escala de autopreenchimento. (Ribeiro, 2011) A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), é constituída por 15 itens que se distribuem por quatro dimensões, subescalas ou fatores: O primeiro, “satisfação com amigos” (SA), mede a satisfação com as amizades/amigos que tem, o segundo, refere-se á “intimidade” (IN), mede a perceção da existência de suporte social íntimo, o terceiro, avalia a “satisfação com a família”(SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente, o quarto,

refere-se às “atividades sociais” (AS), mede a satisfação com as atividades sociais que realiza. (Ribeiro, 2011) A ESSS fornece, então, cinco pontuações, uma por cada dimensão mais uma global resultante do agrupamento de todas as dimensões. Para esta escala foi encontrado uma consistência interna (Alfa de *Cronbach*) de 0,85 para a escala total (Ribeiro, 2011)

Procedimentos éticos

O autor dos instrumentos, Dr. Pais Ribeiro autorizou o uso das escalas solicitadas (MHI, ESSS).

A instituição onde o estudo se realize autorizou a sua aplicação. (Anexo XXXVIII)

Todos os cuidadores envolvidos, foram convidados a participar no estudo, foram informados sobre as condições em que o estudo acontecerá, e que apenas participa quem aceitar as condições. (Consentimento informado) (Anexo XXXIX)

Para garantir a confidencialidade e o anonimato, foram seguidas as orientações de Fortin (2000). Os instrumentos serão codificados de forma a permitir corresponder o primeiro momento com o segundo.

O grupo de intervenção foi constituído por todos os cuidadores disponíveis e que cumpram os critérios de inclusão já definidos e não se incluam nos de exclusão.

Programa de Psico-educação

Foram realizadas 8 sessões de psico-educação, para a programação destas sessões foram seguidos vários critérios entre eles, seguir o programa do projeto de investigação, seguir a sensibilidade do terapeuta de sessão para sessão e uma fundamentação cuidada. A ação de psico-educação foi realizada em 8 distintas sessões com uma frequência aproximada de duas por semana de 60 minutos cada. As sessões foram ministradas para grupos de dez a doze profissionais. Decorreram num espaço em que a disposição das cadeiras e/ou mesas estavam equidistantes de todas os participantes do grupo e de frente para todos. Foi disponibilizado um espaço em que a interação com o exterior era mínima. Em todas as sessões foi dado algum espaço para a exploração dos sentimentos referentes á sessão anterior. Na primeira sessão, foi trabalhada a construção do grupo enquanto grupo terapêutico, quebra-gelo (Anexo XXVI). Na segunda sessão foi

realizado uma sessão de relaxamento com o guião da ilha deserta. (Anexo XXX). Na terceira sessão visualizado o filme “comportamento gera comportamento” (Anexo XXVII). Na quarta sessão foi trabalhado o comportamento através do sociodrama com a técnica da inversão de papéis (Anexo XXVIII). Na quinta sessão foram explorados sentimentos e construção de estratégias promotoras de uma melhor comunicação no trabalho (Anexo XXIX). Na sexta sessão foi realizada uma sessão de relaxamento recorrendo á técnica da respiração profunda (Anexo XXXI). Na sétima sessão foi realizada uma sessão de relaxamento utilizando a técnica do relaxamento progressivo de Jacobson (Anexo XXXII). Na oitava e última foi realizada uma avaliação qualitativa da totalidade do programa através da exploração dos sentimentos do grupo construídos ao longo das sessões terapêuticas, foi ainda realizada uma avaliação quantitativa com a aplicação do questionário utilizado no primeiro momento. (Anexo XL)

2.4.3. Apresentação dos resultados

O trabalho foi desenvolvido em dois momentos distintos, um primeiro momento que se referiu a todos os cuidadores do centro e um segundo momento a apenas aos cuidadores que participaram na intervenção psicoeducativa.

1º momento

Dos 67 questionários aplicados foram eliminados os que continham erros e que poderiam adulterar os resultados do estudo, neste contexto foram encontrados 64 questionários válidos.

Na primeira avaliação foram analisados os 64 questionários, de todos apenas 6, revelaram má saúde mental, o que não correspondeu ao que era inicialmente espectável. Pode-se então fazer a questão “trabalhar com a deficiência profunda será promotor da saúde mental?”. (Tabela 2)

Tabela 2- Índice de Saúde Mental no momento 1

	n	%
Sintomas graves (<= 52)	6	9,0
Sintomas Moderados (>52 e <60)	6	9,0
Saude Mental (>= 60)	55	82,1

Para avaliar a consistência interna da escala de MHI foi avaliado o alfa de *Cronbach*, que apresentou um valor de 0,96 para a escala total, sobreponível á escala validada para a população portuguesa. (Ribeiro, 2011) No que se refere á ESSS, foi encontrado um alfa de *Cronbach* de 0,75 inferior à consistência interna de 0,85 encontrado na escala validada para a população portuguesa. (Ribeiro, 2011)

Tabela 3- Estatística descritiva referente á idade da amostra.

		Idade
N	Validos	64
	Nulos	0
Media		43,45
Mediana		43,00
Moda		43 ^a
Desvio Padrão		10,433
Mínimo		21
Máximo		63

a. Múltiplas modas existentes.

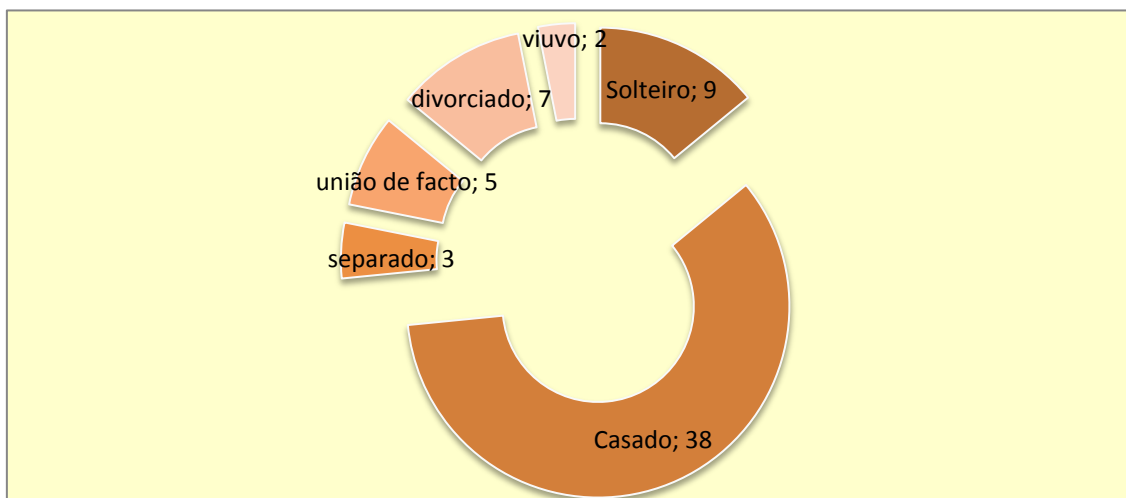
De acordo com a tabela 3, a população avaliada tem uma média de idade de 43,5 anos, sendo a idade mais predominante de 43 anos, o cuidador mais novo tem 21 anos e o mais velho tem 63 anos. Todo o universo da amostra é do género feminino, não fazendo por isso sentido estabelecer qualquer correlação entre o género e outra dimensão avaliada durante o estudo.

Tabela 4 - Estado Civil da amostra

Estado Civil	n	%
Solteiro	9	14,1
Casado	38	59,4
separado	3	4,7
união de facto	5	7,8
divorciado	7	10,9
viuvo	2	3,1
Total	64	100,0

Podemos ainda afirmar no que diz respeito ao estado civil, que a amostra utilizada no primeiro momento é uma amostra constituída por na sua maioria pessoas casadas, 38 casos (59%), sendo os restantes cuidadores formais uma minoria entre 4 separados (5%), 5 em união de facto (8%), 7 divorciados (11%), 2 viúvas (3%), e 9 solteiros (14%), de acordo com o gráfico 4.

Gráfico 2: Distribuição da amostra quanto ao Estado Civil

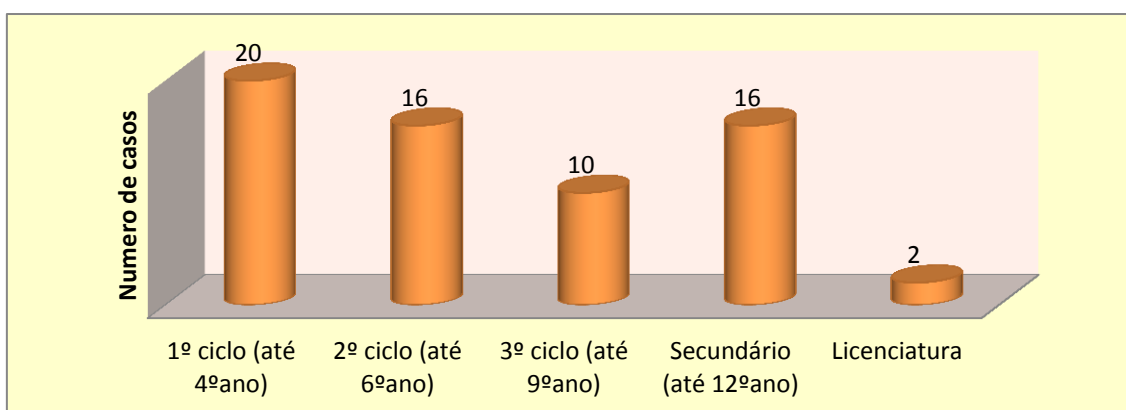


A mesma população foi referenciada quanto á escolaridade como um população pouco uniforme sendo 20 (31%) dos casos com o 1º Ciclo, 16 (25%) com o 2º Ciclo, 10 (16%) com o 3º Ciclo, 16 (25%) com o secundário e apenas 2 os casos de Licenciatura. (Gráfico 3 e Tabela 5)

Tabela 5 - Distribuição da amostra quanto á escolaridade

Escolaridade	n	%
1º ciclo (até 4ºano)	20	31,3
2º ciclo (até 6ºano)	16	25,0
3º ciclo (até 9ºano)	10	15,6
Secundário (até 12ºano)	16	25,0
Licenciatura	2	3,1
Total	64	100,0

Gráfico 3: Distribuição da amostra, quanto á escolaridade.



Foi ainda avaliado tempo de serviço, e constatou-se que a grande maioria dos cuidadores formais trabalham no centro há mais de 10 anos, dos 64 contabilizados 30

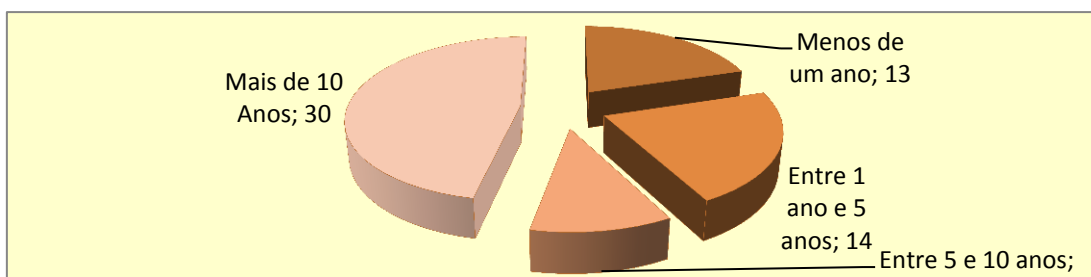
(46,9%) exercem funções no CJPII há mais de 10 anos, 7 (10,9%) entre 5 e 10 anos, 14 (21,9%) entre 1 e 5 anos e 13 (20,3%) há menos de 1 ano.

Tabela 6 - Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço.

Tempo de serviço	n	%
Menos de um ano	13	20,3
Entre 1 ano e 5 anos	14	21,9
Entre 5 e 10 anos	7	10,9
Mais de 10 Anos	30	46,9
Total	64	100,0

Foi aplicado o teste de correlação de *spearman*, para avaliar a existência de uma relação entre o índice de saúde mental e a idade dos cuidadores. Foi aplicado ainda o mesmo teste para perceber se existiria uma relação entre o índice de satisfação com o suporte social e a idade. (Tabela 7)

Gráfico 4: Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço.



De acordo com a tabela 7, não existe nenhuma relação estatisticamente significativa entre a idade e o índice de Saúde Mental ($p = 0,55$) nem entre a idade e o índice de Satisfação com o Suporte social ($p = 0,49$), para os cuidadores formais do Centro de Deficientes João Paulo II.

Tabela 7 - Aplicação do teste de *Spearman* sobre a relação existente entre a idade e a Satisfação com o Suporte Social e a Idade e a Saúde Mental

			Índice de Satisfação com o Suporte Social	Índice de Saúde Mental
Teste de correlação de <i>Spearman</i>	Idade	r	0,088	-0,077
		p	0,490	0,546
		n	64	64

Considera-se correlação significativa se $p < 0,05$.

Podemos perceber que existe uma relação entre o tempo de serviço e o índice de saúde mental. Neste contexto, e utilizando a correlação de *spearman*, podemos afirmar que

existe um relação estatisticamente significativa entre o tempo de serviço e o índice de saúde mental, o mesmo não podemos dizer no que se refere á relação entre os anos de serviço e escala de satisfação com o suporte social. Como o coeficiente de relação é negativo podemos afirmar que quanto maior é o tempo de trabalho com a pessoa com deficiência profunda, menor é o índice de saúde mental. (Tabela 8)

Tabela 8 - Aplicação do teste de Spearman sobre a relação existente entre os anos de serviço e o Índice de Satisfação com o Suporte Social e os anos de serviço e Índice de Saúde Mental.

			Índice de Saúde Mental	Índice de Satisfação com o Suporte Social
Teste de correlação de <i>Spearman</i>	Anos de serviço	r	-0,316	-0,109
		p	0,011	0,391
		n	64	64

2º momento

Todos os trabalhadores disponíveis, e de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, foram convocados para a intervenção totalizando num total de quinze, destes quinze na primeira sessão apenas compareceram treze, na segunda sessão compareceram onze (os restantes elementos não se sentiram capazes de participar num grupo de psico-educação) na terceira sessão apareceram nove (os dois que faltaram foram despedidos da instituição), os mesmos nove foram os que completaram a intervenção até á ultima sessão. Foi a estes nove a quem foi reaplicado o questionário com o objetivo de perceber se após as 8 sessões houve melhorias na saúde mental destes cuidadores.

Tabela 9 – Teste de Wilcoxon para as variáveis Satisfação Profissional e MHI antes e depois da intervenção.

		Teste de correlação de <i>Wilcoxon</i>
Satisfação Profissional antes / depois	p	0,016
	n	9
MHI antes/depois	p	0,953
	n	9

Após uma análise cuidada das variáveis podemos concluir que, a intervenção psicoterapêutica não obteve ganhos significativos em saúde mental, uma vez que o teste de *Wilcoxon* apresenta um valor de 0,95 o que significa não haver alterações entre o primeiro momento e o segundo. (Tabela 9) No entanto, quando aplicado o mesmo teste

á satisfação profissional, este revela um p de 0,016 o que nos leva a afirmar que os cuidadores formais obtiveram melhorias na satisfação profissional. (Tabela 9)

Ainda na sequência do avaliado no primeiro momento, podemos afirmar que a intervenção teve melhorias nos cuidadores com menos tempo de serviço. Podemos então dizer que trabalhar com a deficiência profunda desgasta a saúde mental ao logo do tempo e esse desgaste também prejudica o impacto de estratégias psicoeducacionais em grupo promotoras da saúde mental. É oportuno então confirmar a ideia sugerida pelo Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar (2008), sugerindo que os empregadores devem desenvolver programas de promoção da saúde mental e bem-estar o mais precoce possível, e ainda desenvolver programas de intervenção precoce em situações de doença mental ligeira.

2.4.4. Conclusões

A intervenção foi curta. Esta dever-se-ia ter estendido ao longo de mais tempo com um maior número de sessões. Outra das fragilidades identificadas foi a duração das sessões como defende *Yalon* (2008), que se deveriam estender por mais tempo deveriam ser de 90 minutos como planeado mas que não foi possível por contingências de organização do serviço, os 60 minutos pouco mais permite que o aquecimento. Podemos também dizer que uma intervenção mais prolongada no tempo, que dure por mais semanas poderia garantir melhorias efetivas na saúde mental dos cuidadores. O estudo permite ainda concordar com Lima (2010), que para os trabalhadores da área da saúde, e porque lidam com pessoas em sofrimento, devem ser acautelados programas de prevenção do stress. Interessante seria perceber se uma intervenção prolongada ao longo do tempo, traria os mesmos resultados ou se consolidaria uma melhora efetiva a todos os profissionais na sua Saúde mental.

Um estudo que se poderia fazer no futuro, seria um estudo exploratório qualitativo desta população (Ajudantes de lar cuidadoras da pessoa com deficiência profunda), no sentido de perceber que fatores podem contribuir para a proteção da saúde mental destas pessoas. Este estudo, poderia ser alargado a outra instituição com características iguais para perceber se será o fator “população cuidada” ou instituição que contribui para a alteração ou manutenção da saúde mental dos cuidadores.

2.5. DESEMPENHO PROFISSIONAL ENQUANTO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.

Na prática clínica muito se alterou desde que a Ordem dos Enfermeiros habilitou para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, na área da saúde mental e psiquiatria. Desde 07 de fevereiro de 2013 que exerce funções de Vogal de Enfermagem no Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Litoral. (Anexo III)

2.5.1. Conselho Clínico e de Saúde

O Conselho Clínico e de Saúde (CCS) do ACeS, tem a missão de promover a governação clínica e de saúde do ACeS, de forma concertada, articulada e participada por todas as unidades funcionais. (Decreto-Lei 137/2013 de 7 de outubro)

Sendo um Enfermeiro Especialista, um enfermeiro com “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem”, a atuação inclui competências em áreas como a liderança e a responsabilidade de descodificar, de forma a permitir o avanço e a melhoria da prática de enfermagem. (OE, 2010)

Estratégias desenvolvidas com o objetivo de aproximação dos profissionais ao líder, baseado num relacionamento de respeito e confiança, assim como a envolvimento na conceção de programas de boas práticas nos cuidados de saúde primários e o estabelecimento dos seus objetivos, são estratégias que se têm aplicado. (Lida, 2005) Nesta sequência foi criado um grupo coordenador local para a área da saúde infantil e pretende-se criar grupo coordenador local para as áreas da saúde da mulher e para a área da diabetes. Com a criação do conselho de especialistas, conseguiu-se a maior proximidade entre os enfermeiros. Esta proximidade garante uma maior e mais coerente capacidade de divulgação das políticas de enfermagem, e simultaneamente uma maior proximidade á prestação de cuidados, garantindo a melhor sensibilidade para as dificuldades sentidas.

Desde a tomada de posse, que o Vogal de Enfermagem do CCS do ACeS Pinhal Litoral se tem empenhado no contributo para o desenvolvimento das políticas de saúde do ACeS, garantindo que as mesmas respeitem os valores e as competências dos enfermeiros. Tem desenvolvido políticas na área da gestão do risco, qualidade e controlo da infeção com a criação e implementação de manuais de boas práticas e a

criação de termos de responsabilidade de preenchimento obrigatório em situações específicas. (Competência A2.2. e B3.2.)

2.5.2. Direção de Enfermagem

Cabe a cada enfermeiro o dever de cumprir a legislação referente ao exercício da profissão, colaborar com as iniciativas que sejam prestigiantes para a enfermagem e exercer os cargos para os quais for eleito ou nomeado. (Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, 2009)

È responsabilidade do enfermeiro promover e participar nos estudos necessários á reestruturação, atualização e valorização da profissão de enfermagem. (REPE, 1996) Com a reestruturação dos cuidados de saúde primários, as relações hierárquicas nos organismos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) no que se refere á enfermagem ficaram descaracterizados. Com a criação da direção de enfermagem estas relações ficaram regulamentadas. No ACeS PL foi desenvolvido todo o processo de construção da Direção de Enfermagem no estrito cumprimento da legislação em vigor, este processo foi liderado pelo Vogal de Enfermagem do CCS. (Portaria nº 245/2013 de 5 de agosto)

Na procura contínua de uma prática profissional assente numa responsabilidade profissional ética e legal, garantindo a tomada de decisão baseada em práticas responsáveis, a Direção de Enfermagem foi concebida, optando pelas soluções mais adequadas dentro das possíveis. Neste contexto, foi assumido perante os colegas a construção de uma política de decisão fundamentada nos valores legais e éticos, procurando construir de forma sustentada um órgão que no futuro será o principal regulador da prática de enfermagem dentro do ACeS. (Regulamento da Competências comuns do Enfermeiro Especialista, 2010) (Anexo XLI)

A Direção de Enfermagem é presidida pelo enfermeiro vogal do CCS e tem funções de apoio á definição de políticas de organização e prestação dos serviços de enfermagem. (Portaria nº 245/2013 de 5 de agosto)

No ACeS Pinhal Litoral, a direção de enfermagem tem reunido ordinariamente, e já está a trabalhar para garantir o enquadramento da prestação de cuidados de enfermagem nas políticas definidas pela organização, tem elaborado estudos de custo / benefício na

prestação dos cuidados de enfermagem, orienta os cuidados de enfermagem de acordo com os padrões de qualidade da OE (Competência C1.2.), está a fazer um levantamento das necessidades formativas dos profissionais de enfermagem, já indicou ao órgão de gestão os enfermeiros para funções de chefia no ACeS (Competência C2.1.) e promove a avaliação de desempenho de acordo com os desenvolvimentos legais em vigência. (Portaria nº 245/2013 de 5 de agosto)

2.5.3. Conselho de especialistas

A promoção da saúde mental dá ênfase à autoestima, ao bem-estar físico, ao convívio social com ética e disciplina. Podemos então acreditar que a promoção da saúde mental é um incentivo á produtividade. (Camargo, 2004)

Neste contexto, percebe-se que os trabalhadores da saúde não se cuidam adequadamente, pelo excesso de carga de trabalho e tipo de trabalho que envolve o cuidado de pessoas em sofrimento; sendo importante rever as atitudes necessárias para melhorar a qualidade de vida no trabalho. Sugere-se a partir dos resultados da pesquisa a implantação de programas de prevenção do stress a fim de propiciar melhoria na qualidade de vida aos trabalhadores de saúde. (Lima, 2010)

Este encontro pretende criar um espaço de discussão sobre os problemas e as dificuldades relacionados com a enfermagem no ACES Pinhal Litoral, Têm direito a participar no conselho de especialistas todos os enfermeiros que exerçam funções no ACeS e que sejam simultaneamente detentores do título de especialista. O Conselho de Especialistas é um grupo aberto, onde podem ser convidados a participar pessoas externas ao grupo sempre que isso seja pertinente. No primeiro conselho de especialistas o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria e Vogal do CCS fez a sua autoanálise numa postura de franqueza garantindo um bom autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. (Competência F1.1.)

A partilha de experiencias se por um lado pode aumentar a produtividade por outro aumenta a motivação. De acordo com as teorias da motivação de *Maslow* a necessidade de aceitação pelos colegas de trabalho e ser apreciado pelos outros são níveis de motivação essenciais para aceder á quinta necessidade, a de autorrealização. (Lida, 2005) O conselho de especialistas permite isso, um espaço de conhecimento – todos os

enfermeiros especialistas do ACeS se conhecem, têm a oportunidade de partilhar aquilo que fazem de bom garantindo a necessidade de ego. (Competência C2.2.)

Esta estratégia de liderança em busca de motivação dos profissionais, otimiza os cuidados e os enfermeiros na sua autonomia, uma vez que os profissionais motivados precisam de menos supervisão, têm mais capacidade para vencer as dificuldades do dia a dia. (Competência C2.2.) Por outro lado, e não menos motivador, a proximidade ao poder de decisão baseada numa postura de franqueza, respeito e confiança, assente na discussão dos problemas, dá a sensação de participação nas decisões e garante maior motivação. (Lida, 2005)

2.5.4. UCF Saúde Materna e Neonatal / Saúde da Criança e do Adolescente.

È responsabilidade do enfermeiro vogal do CCS do ACeS, integrar a UCF de Saúde Materna e Neonatal e Saúde da Criança e do Adolescente. (Anexo XLII) As UCF são constituídas com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde na sua área de influência, garantindo as melhores vias de referenciação entre as diferentes instituições de cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados. (Despacho nº 9872/2010 de 11 de junho)(Competência C1.1.)

UCF Saúde da Criança e do Adolescente

Para o exercício coerente de membro da UCF da Criança e do Adolescente uma vez que o Vogal do CCS é Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, foi criado o Grupo Coordenador Local de Saúde Infantil com o objetivo de dinamizar esta área específica de cuidados. Este grupo pretende funcionar como consultor para a SI, e é constituído por Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil. Apresenta já um manual de boas práticas em Saúde Infantil e está a elaborar um guia orientador para a alimentação no primeiro ano de vida. (Competência C2.2.)

UCF Saúde Materna e Neonatal

Para o exercício coerente de membro da UCF da Criança e do Adolescente uma vez que o Vogal do CCS é Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, existe a intenção de criar, á semelhança do que foi criado para a Saúde Infantil, um grupo coordenador local de Saúde da Mulher no sentido de dinamizar esta área com a criação de elos dinamizadores em cada unidade funcional.

2.5.5. Unidade Coordenadora Funcional de Diabetes

A diabetes atinge cerca de um milhão de portugueses, dos quais quase metade o desconhece. É uma doença incapacitante e o principal fator de risco para as principais causas de morte em Portugal. O diagnóstico precoce e a intervenção atempada diminuem substancialmente o risco de complicações na diabetes. (Despacho n.º 3052/2013 de 26 de fevereiro)

Foi no seguimento desta fundamentação que foi criada a Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes (UCFD) que pretende estimular a realização de reuniões de trabalho e de formação, a nível dos cuidados de saúde primários e do hospital, com participação dos profissionais e serviços envolvidos; Dinamizar ações de promoção da saúde e prevenção da doença, através do combate aos fatores de risco da diabetes numa perspetiva multidisciplinar. (Despacho n.º 3052/2013 de 26 de fevereiro)

A UCFD tomou posse a 14 de novembro de 2013 e o Vogal do Conselho Clínico e de Saúde integra a mesma, nomeadamente na programação (com a criação de um programa de ação), preparação (na preparação de formações para os profissionais enfermeiros), execução (no desenvolvimento de ações de formação com o objetivo de melhorar os cuidados de enfermagem na área da diabetes) e avaliação das atividades (monitorizando os indicadores disponíveis na área da diabetes para avaliar o impacto das intervenções). Existe ainda a intenção de criar, um grupo coordenador local para a área da diabetes no sentido de dinamizar esta área com a criação de elos dinamizadores em cada unidade funcional. (Competência B1.2., B2.1., B2.2., B2.3.)

3. CONCLUSÃO

Numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade este trabalho não é conclusivo, apresenta ideias marcantes e satisfatórias para o melhor desempenho na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Muitos foram os desafios que se deparam na nossa vida profissional, durante o período aqui relatado estes foram alguns dos desafios vencidos. Para isso muito contribuiu o empenho de todos, não só do autor mas também dos outros profissionais que o acompanharam, enfermeiros e doutras classes profissionais.

A reunião comunitária foi talvez a atividade desenvolvida na área da psiquiatria de maior impacto. Este tipo de terapia foi considerado essencial por vários autores, para a reabilitação social dos doentes internados em psiquiatria. Nem todos estão preparados para participarem, mas para aqueles que dispõem de alguma crítica para o internamento funciona como alavanca para o desenvolvimento de competências sociais. Para os profissionais é um espaço privilegiado para a construção de uma relação terapêutica com o grupo, pode funcionar uma estratégia de acolhimento para os recém-chegados. No fundo é o criar de uma sociedade dentro do serviço, onde se informa sobre a orgânica do serviço e as normas de funcionamento; onde, profissionais e utentes, podem expressar opinião nomeadamente de melhoria da qualidade garantindo assim um ambiente terapêutico eficiente para a recuperação da saúde mental.

Trabalhar com a deficiência profunda pode vir a ser prejudicial para a saúde mental, de facto no estudo realizado foi claro que os trabalhadores com mais tempo de serviço são os que têm menor saúde mental. Esta situação pode-nos sugerir que um acompanhamento promotor da saúde mental dos cuidadores da pessoa com deficiência profunda pode ajudar a prevenir essa situação. Esse acompanhamento deve ser longo uma vez que um acompanhamento de 9 sessões de psicoeducação não conseguiu melhoras, garantindo no entanto melhoria da satisfação profissional. Assim seria interessante realizar um estudo qualitativo para perceber porque é prejudicada a saúde mental destes cuidadores, por outro lado também poderíamos prolongar a intervenção psicoeducativa de grupo ao longo do tempo para perceber se de facto tem um impacto significativo.

Outras intervenções tiveram o seu impacto positivo na saúde mental. Podemos dizer por exemplo, que a ideação suicida de um doente pode ser desmontada com psicoterapia ou que uma terapia com relaxamento pode ser essencial para o controlo da ansiedade.

Podemos ainda garantir, que numa época de “crise”, motivar profissionais que veem todos os dias os seus direitos serem reduzidos, pode parecer uma tarefa impossível, no entanto com a aproximação dos trabalhadores às políticas orientadoras e organizativas essa motivação pode ser conseguida.

Numa época de crise económica em que a crise social já se manifesta não podemos deixar chegar a crise de saúde mental. Uma boa sanidade mental é importante para vencer as crise importa por isso apostar em estratégias promotoras da saúde mental para garantir populações mentalmente saudáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, J. P. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano* (3ª edição). Lisboa: Climepsi editores.

Agostinho, M. (2007); *Ecomapa*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, Dossier família
Acedido em 26 de abril de 2012 em
http://www.fcm.unl.pt/departamentos/cligerall/docs/5ano/RPCG_Ecomapa.pdf

Amaral, António Carlos (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Loures: Lusociência.

Cabral, M. V. & Silva, P. A. (2010); *A adesão terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamento da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, acedido em 20 de abril de 2012, em
<http://www.apifarma.pt/estudos/siteestudos/Documents/Conclus.pdf>

Camargo, R., & Bueno, S. (2004), *Lazer, Trabalho e Promoção da Saúde Mental para os Trabalhadores de Hospital*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem Vol , nº 1 2004, Rio de Janeiro.

Carneiro, F. D. M. (2000); *Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação*. Virtual books acedido em 10 de março de 2012 em
<http://pt.scribd.com/doc7026124/18/a>

Carvalho, C. & Maia, A. (2009), *Perturbação Pós-Stress Traumático e indicadores de (in)adaptação em Bmbeiros Portugueses*. Universidade do Minho. Desafios da Saúde e Comportamentos: atores, contextos e problemáticas. Atas do 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos países de Língua Portuguesa. Braga: CIPSI edições.

Carvalho, D. (2012); *Portfólio de Daniel Carvalho*; Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto politécnico de Leiria; Leiria;

Centro Hospitalar do Médio Tejo (2012); *Direitos e Deveres* acedido em 27 de março de 2012 em http://www.chmt.min-saude.pt/InfoUtente/DireitosDeveres/?sm=2_1

Centro Hospitalar do Médio Tejo (2012); *Manual da Qualidade, Capítulo 7– Realização do Serviço*; Tomar

Centro Hospitalar do Médio Tejo (2013); *Regulamento Interno – Serviço de Psiquiatria*; Tomar

Centro Hospitalar do Médio Tejo (2012); *Política da Qualidade*; Tomar

Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE (sd); *Centro Hospitalar*; acessido a 23 de abril de 2012 em ww.chmt.pt

CIPE Versão beta 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2001). (Castro, H. – Trad.) Lisboa: Lusodidacta. (Trabalho original em Inglês publicado em 2000)

Cordeiro, J. C. D. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica* (4ª Edição) Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação e Bolças. Lisboa

Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo estatuto. Diário da República Série I-A Nº 93 (98-04-21), 1739-1757.

Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República Série I Nº 38 (08-02-22), 1182 a 1189.

Decreto-Lei nº 137/2013 de 7 de outubro (2013). Procede à quinta alteração ao [Decreto-Lei n.º 28/2008](#), de 22 de fevereiro, que estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, e à primeira alteração ao [Decreto-Lei n.º 81/2009](#), de 2 de abril, que estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sedeados a nível nacional, regional e local. Diário da República Série I Nº 193 (13-10-07), 6050 a 6061.

Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto (2007). Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). Diário da República Série I Nº 161 (07-08-22), 5587 a 5596.

Decreto Lei nº 81/2009 de 2 de abril (2009). Estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sedeados a nível nacional, regional e local. Diário da República Série I Nº 65 (09-04-02), 2058 a 2062.

CHMT, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Serviço de Internamento (2010); *Visitas e Informações* – Panfleto concebido para informar os utentes e as visitas sobre as normas de funcionamento do serviço.

Despacho Conjunto nº 861/99 de 08 de Outubro (1999). Define as características de deficientes profundo e doentes crónicos, com vista à obtenção do subsídio por assistência. Diário da República Série II Nº 235 (08-10-1999), 15015.

Despacho n.º 3052/2013 de 26 de fevereiro (2013). Criação de Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes. Diário da República Série II Nº 40 (13-02-26), 7527 a 7529.

Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril (2009). Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário de República, Série II Nº 74 (09-04-16), 15438 a 15440.

Despacho nº 9872/2010 de 11 de junho (2010). Criação das Unidades Coordenadoras Funcionais de saúde materna e neonata, e de saúde da criança e do adolescente. Diário de República, Série II Nº 112 (10-06-11), 32123 a 32125.

Dias, M. A.; Cunha, M.; Santos, A.; Neves, A.; Pinto, A.; Silva, A.; Castro, S. (2011); *Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura*. Acedido a 20 de abril de 2012 em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium40/14.pdf>

Filho, P. G. S. (2009). *Introdução aos métodos de relaxamento* - Encontro paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais. Anais, Curitiba. Acedido a 25 de março de 2012, em <http://www.centroreichiano.com.br/artigos>

Fortin, M. F. (2000). *O Processo de investigação: da conceção à realização*. (5ª edição) (Salgueiro, N. Trad.). Loures: Lusociência. (trabalho original em Inglês publicado em 1996).

Giacon, B. C. C. & Galera, S. A. F. (2006); *Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem*. Revista da Escola de Enfermagem USP. Acedido em 16 de abril de 2012 em www.ee.usp.br/reeusp/

Gomes, J; & Henriques, C (2012). *Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria 3ª Edição (2011-2012) – Planeamento Descritivo do 2º Semestre* Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, Leiria.

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005); *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. 1ª edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Guterres, T., Levy, P. & Amorim, P. (1999); *Mini international neuropsychiatric interview*, versão portuguesa. Loures: Levy & Amorim.

Hospitalar Médio Tejo EPE (2011). *Catalogo CHMT: Fenómenos de Enfermagem; Status dos diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes* (Versão 01)

Junqueira, M. F. R. (2006). *A viagem do relaxamento: Técnicas de relaxamento e dinâmicas* (1ª Edição). Goiânia: Ed da UCG

Lei nº 36/1998 de 24 de julho (1998), Aprova a Lei de Saúde Mental, Diário da Republica Iª Série nº 169 (1998-07-24).

Lei nº 7/2009 de 12 de fevereiro (2009), Aprova o Código do Trabalho. Diário da Republica Iª Série. Nº 30 (2009-02-12)

Leite, S. N. & Vasconcellos, M. P. C. (2003); *Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura*; Ciência & Saúde Coletiva acedido a 20 de abril de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v8n3/17457.pdf>

Lida, I. (2005). *Ergonomia, Projeto e Produção*. (2ª Edição). São Paulo: Editora Edgard Blucher Ltda.

Lima, J. C. (2010); *Stress Ocupacional dos trabalhadores da Saúde*; Criciúma, Brasil; acedido a 19 de dezembro de 2013 em: <http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/00004E/00004EF2.pdf>

Lima, R. F. (2005). *Suportes Básicos e Neurofisiologia das Práticas Meditativas*.
acedido a 25 de março de 2012 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0266.pdf>

Manes, S. (2011); *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. (10ª Edição)
Paulus Editora - Lisboa.

Martins, L. (2003); *Saúde Mental dos Profissionais de Saúde*. Revista Brasileira de
Medicina no Trabalho, vol. 1, nº 1 Jul-Set 2003. Belo Horizonte; Acedido em 27 de
Maio de 2012 em:

http://www.bvsde.opsms.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/rbmt08.pdf

McGrady, Angele & Horner, James (2004). *Depression, anxiety and stress can hinder
diabetic's ability to control blood sugar*. Center for the advancement of health - Science
Blog, Acedido a 31 de janeiro de 2012 em <http://www.scienceblog.com/community>

Mello, M. L. M., Barrias, J., Breda, J. J. (2009). Alcoolismo in: *Manual de Psiquiatria
Clínica* (4ª Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ministério da Saúde (2007); *A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a
saúde e o bem-estar* acedido a 9 de abril de 2012 em <http://www.dgs.pt/>

Ministério da Saúde (2008); *Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar*,
Bruxelas 12 e 13 de junho de 2008. Acedido em 29 de janeiro de 2012 em
<http://www.labrp.com>

Neto, A. M. S. (1993); *Socioterapia*. Acedido em 15 de abril de 2012 em
<http://www.armazemdelivros.com/socioterapia.htm>

Neto, M. R. L. (2000); *Manejo clínico do primeiro episódio psicótico*. Revista
Brasileira de Psiquiatria. Acedido em 16 de abril de 2012 em
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/18.pdf>

Nielsen, L. (1999) *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula: Um Guia para
Professores*. Porto Editora: Porto.

Novakovic, A. (2011); *Community Meetings on Acute Psychiatric Wards, Rationale for
Group Specialist Input for Staff Teams in the Acute Care Services*. Group Analysis.
Acedido em 25 de março de 2012 em <http://gaq.sagepub.com/content/44/1/52.short>

Oliveira, M., Queirós, C., & Guerra, M., (2007) *O Conceito de Cuidador Analisado numa Perspetiva Autopoiética: Do Caos á Autopoiese*. Psicologia Saúde e Doenças: Porto.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. - Diário da República 2ª Série Nº 35 (11-02-18), 8648-8653.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental* – Diário da Republica, 2ª Série – nº 35 de 18 de fevereiro de 2011.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Proposta para o percurso formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Cadernos OE / Séria I / Numero 4. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.

Organização Mundial de Saúde (2000) *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais de saúde em atenção primária*. Genebra

Pereira, B. O. & Carvalho, G. S. (2006); *Atividade Física, Saúde e Lazer : A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*. Lisboa : Lidel Edições Técnicas Lda.

Pereira, M. E. R., Bueno, S. M. V. (1997) *Lazer – Um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma conceção da equipe de enfermagem*. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto.

Phipps, W. J., Long, B. C., Woods, N, F, & Cassmeyer, V. L., (1995). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e prática clínica* (2ª edição) (Azevedo, H.S. Trad.) Lisboa: Lusodidacta. (trabalho original em Inglês publicado em 1991).

ACeS Pinhal Litoral (2012). *Plano de desempenho do ACeS PL – 2013*. Leiria

DGS (2009). *Plano Nacional de Saúde Ocupacional*, Lisboa.

Portaria 394-A/2012 de 29 de novembro (2012). Reorganiza os Agrupamentos de Centros de Saúde integrados na Administração Regional de Saúde do Centro, I. P., e revoga a [Portaria n.º 274/2009](#), de 18 de março. Diário da República Série II, 1º Suplemento Nº 118 (12-11-29), 6832-2 – 6832-5.

Portaria nº 245/2013 de 5 de agosto (2013). Regulamenta a composição, competências e a forma de funcionamento da direção de enfermagem nos serviços e estabelecimentos de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde. Diário da República 1ª Série Nº 149 (13-08-05), 4617-4619.

Rebello, L. (2007). *Genograma familiar. O bisturi do médico de família*. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 23, 309-317.

ACeS Pinhal Litoral (2013). *Regulamento Interno Conselho Clínico e de Saúde, do ACeS Pinhal Litoral*. Leiria

ARS Centro (2014). *Relatório de atividades ARSC, 2012*. Coimbra

Ribeiro, J. L. P. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (1ª Edição) Lisboa: Placebo

Ribeiro, J. L. P. (2011). *Inventário de Saúde Mental* (1ª Edição) Lisboa: Placebo

Ribeiro, J. L. P. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos publicados em Português* 1ª Edição; Quarteto, Coimbra.

Sampaio, D., (2009). Suicídio e Para-suicídio in: *Manual de Psiquiatria Clínica* (4ª Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Santos, R. & Sousa, M. & Dourado, M. (2010). *Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática*. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro, Brasil; Acedido a 17 de maio de 2012 em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=597112&indexSearch=ID>

Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2011). *Anatomia & Fisiologia*. (8ª edição) (M. T. Leal, M.C. Durão, L. Abecasis, Trad.) Loures: Lusociência. (trabalho original em Inglês publicado em 2008).

Serra, A. V. (2009); A intervenção clínica segundo o modelo da terapêutica do comportamento in: *Manual de Psiquiatria Clínica* (4ª Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Silva, L. & Firmino, R. (2010); *Oficinas terapêuticas no processo de reabilitação psicossocial*. Acedido em 07 de abril de 2012 em <http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Oficinasterapeuticasnoprocessodereabilitacao-psicossocial.pdf>

Stuart, Gail W & Laraia, Michele T (2001); *Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Prática*; (6ª Edição) Porto Alegre: Artmed editora.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição). (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).

União das Misericórdias Portuguesas (2012); *Regulamento Interno do Centro de Apoio a Deficientes João Paulo II*. Fátima

União das Misericórdias Portuguesas ,s.d. *Instituições Anexas* acedido a 25 de março de 2014 em <http://www.ump.pt/instituicoes-anexas.html>

Yalom, I. D. (2008); *Psicoterapia de Grupo: Teoria e prática* (5ª Edição); Traduzido por Costa, R. C; Porto Alegre: Artmed

ANEXOS

ANEXO I – Artigo para publicação

Promoção da Saúde Mental

Em cuidadores formais da pessoa com deficiência profunda

Marco Alexandre Santos das Neves

Licenciado em Enfermagem.

Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

ACeS Pinhal Litoral, Vogal do Conselho Clínico e de Saúde.

Docente ISLA Leiria, na área da Saúde Ocupacional.

Contactos: marcodasneves74@gmail.com / Telefone 919022970

O presente estudo foi desenvolvido no âmbito da tese de mestrado na área de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, que decorreu na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria.

Título: Promoção da Saúde Mental em cuidadores formais de pessoas com deficiência profunda;

Resumo: No CJPII em Fátima foi realizada uma avaliação da Saúde Mental dos profissionais cuidadores dos utentes com deficiência profunda. Nesta avaliação pretende-se perceber se a saúde mental dos cuidadores formais se mantém ao longo do tempo, pretende-se ainda comprovar que uma terapia psicoeducativa é promotora da saúde mental dos cuidadores formais da pessoa com deficiência profunda. Este é um estudo quase experimental do tipo pré-teste / pos-teste, sem grupo de controlo. A amostra é uma amostra não probabilística por conveniência. Neste estudo pode-se concluir que quanto maior for o tempo de serviço menor é a saúde mental dos cuidadores formais. No seguimento desta avaliação foi aplicada uma intervenção psicoeducativa de grupo com o objetivo de promover a saúde mental aos profissionais que cuidam da pessoa com deficiência profunda. A intervenção foi curta e não garantiu ganhos em saúde mental no entanto melhorou a satisfação profissional. Foi ainda avaliada a satisfação com o suporte social dos mesmos cuidadores, e não se provou qualquer relação com a saúde mental ou com a satisfação profissional.

Palavras-Chave; Enfermagem; Saúde Mental; Promoção da Saúde Mental; Cuidadores Formais;

***Título:** Promoción de la Salud Mental en los cuidadores formales de las personas con profundas discapacidades mentales;*

***Resumen:** En el Centro João Paulo II (CJPII), se evaluó la salud mental de los cuidadores de las personas con profundas discapacidades mentales. En esta revisión se pretende percibir si la salud mental de los cuidadores formales a mantener en el tiempo. Tenemos la intención de confirmar también que una terapia psicoeducativa está promoviendo la salud mental de los cuidadores formales de las personas con profundas discapacidades mentales.*

Se trata de un estudio cuasi experimental, un tipo de pretest / posttest, sin grupo control. Se realizará en una muestra de conveniencia no probabilística de los cuidadores formales que trabajan en CJPII. En esta evaluación se puede concluir: que el tiempo de trabajo más grande, más baja es la salud mental de los cuidadores. Después de esta evaluación, fue aplicar un programa de grupo de psicoeducación, para promover la salud mental de los cuidadores de las personas con discapacidades

profundas. La intervención fue breve y no garantizó mejor índice en salud mental, pero la mejorado la satisfacción laboral. También se evaluó la satisfacción con el apoyo social de las mismas personas, y no se demostró ninguna relación con la salud mental o la satisfacción profesional.

Descriptores; *Enfermería; Salud Mental; Promoción de la Salud Mental; Cuidadores formales*

Title: *Mental health promotion in formal caregivers of people with profound disabilities*

Abstract: *At the CJPII in Fátima, was evaluated the Mental Health of caregivers of people with profound disabilities. In this review we intend to perceive if the mental health of formal caregivers keep over time. We intend to further, demonstrate that a psychoeducational therapy is promoting the mental health of formal caregivers of people with profound disabilities. This is a quasi experimental study, a type of pretest/posttest, no control group, will be realized in a non-probability convenience sample of formal caregivers that work in John Paul II Center. In this evaluation we can conclude: that the bigger working time, lower is the mental health of caregivers. After this evaluation, was apply a program of psychoeducation group, to promote the Mental Health of the caregivers of people with profound disabilities. The intervention was short and did not ensure gains in mental health, but improved professional satisfaction. Was also evaluated satisfaction with social support of the same people, and not proved no relationship with mental health or professional satisfaction.*

Keywords: *Nursing; Mental Health; Mental Health Promotion; Formal Caregivers;*

1. INTRODUÇÃO

Uma grande instituição de solidariedade social, consegue empregar tantos trabalhadores como utentes, a grande dependência do deficiente profundo é exigente do ponto de vista físico, e do ponto de vista psíquico?

Os profissionais que trabalham na área da prestação de cuidados têm que lidar muitas vezes com a incerteza, a pressão temporal, a morte e com o sofrimento. Esta envolvimento associada muitas vezes à falta de feedback positivo, á dificuldade em lidar com as emoções e á falta de oportunidade para expressar sentimentos e angústias pode provocar prejuízos na saúde mental dos trabalhadores. (Paulos, 2009)

Importa compreender as estratégias defensivas (individuais e/ou coletivas) adotadas pelos trabalhadores com a finalidade de evitar a doença e preservar, ainda que precariamente, o seu equilíbrio psíquico. (Camargo, 2004)

Em Portugal define-se deficiência profunda, "... com a perda ou alteração prolongada de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica, com grave compromisso de autonomia e difícil resposta a tratamento, correção ou compensação." (Despacho Conjunto n.º 861/99 de 10 de setembro).

A saúde ocupacional engloba a totalidade das intervenções, que visam a proteção e a promoção da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho. É uma área de intervenção, que procura assegurar a saúde dos trabalhadores, e também contribuir para a sua motivação e realização profissional. A saúde dos trabalhadores e os locais de trabalho saudáveis são, valores sociais e economicamente relevantes para o desenvolvimento sustentado das comunidades, dos países e do mundo. Do ponto de vista económico estima-se que as situações de morbilidade relacionadas com o trabalho ultrapasse os 4% do Produto Interno Bruto (PIB), incluindo esse número os gastos com o tratamento, a reparação, a perda de tempo de trabalho e a interrupção da produção. (Plano Nacional de Saúde Ocupacional, 2009)

O trabalhador tem direito a prestar trabalho em condições de segurança e saúde. (Código do Trabalho, 2009)

A proteção da saúde mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para

promover a sua integração crítica no meio social em que vive. (Lei de Saúde Mental, 1998)

De acordo com o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar (2008), a saúde mental e o bem-estar de uma força de trabalho são recursos fundamentais para a produtividade. O ritmo e a natureza do trabalho causam cada vez mais pressões na saúde mental e no bem-estar das pessoas. As instituições devem promover uma boa organização do trabalho, da cultura organizacional e das práticas de liderança de forma a promover a saúde mental e o bem-estar no trabalho. Os empregadores devem desenvolver programas de saúde mental e bem-estar, assim como prevenção de situações potencialmente adversas para a saúde mental dos trabalhadores e ainda desenvolver programas de intervenção precoce em situações de doença mental ligeira.

Nem sempre é possível encontrar um ponto de equilíbrio entre as exigências do trabalho e as necessidades fisiológicas e psicológicas do trabalhador. Este desequilíbrio muitas vezes provoca sofrimento aos trabalhadores, e é a luta contra este sofrimento que separa o trabalhador do “bem-estar” da doença mental. Numa situação como a referida anteriormente o trabalhador elabora soluções que são favoráveis tanto ao trabalho como à sua saúde, conduzindo-se ao sofrimento criativo. Quando essas estratégias de defesa são desfavoráveis à organização e à saúde do sujeito, temos então o sofrimento patogénico. No entanto, o grande enigma não é a doença mental, é sim a normalidade, isto é, o que importa realmente é compreender as estratégias defensivas (individuais e/ou coletivas) adotadas pelos trabalhadores com a finalidade de evitar a doença e preservar, ainda que precariamente, o seu equilíbrio psíquico. (Camargo, 2004)

Entende-se por psicoeducação, uma intervenção de base científica que pretende oferecer informação sobre a doença e o seu cuidar, técnicas de conforto e apoio emocional. Abarca um componente educacional sobre diagnóstico, sintomas neuro-psiquiátricos, comunicação com os pacientes, cuidados gerais, busca de recursos comunitários e questões legais. A psicoeducação prevê também o apoio mútuo entre os cuidadores e pretende organizar de espaço onde possam lidar com questões emocionais e com a sobrecarga do cuidar. (Santos, Sousa, & Dourado, 2010)

A psicoeducação é uma forma de educação e é utilizada na área da saúde mental como uma maneira de desenvolver a compreensão e aprender estratégias para lidar

com a doença mental e os seus efeitos. A psicoeducação não é um tratamento, mas sim parte de um plano global de tratamento. (OE, 2011)

O ideal será o equilíbrio entre o trabalho, o lazer e a família. A promoção da saúde mental dá ênfase à autoestima, ao bem-estar físico, ao convívio social com ética e disciplina. Podemos então acreditar que a promoção da saúde mental é um incentivo á produtividade. (Camargo, 2004)

O terapeuta promotor de psicoeducação em grupo deve obter um local adequado para a reunião do grupo com privacidade e isento de distrações. A disposição do espaço deve ser em circulo em que todos possam ver todos, com o numero exato de lugares adequado á quantidade de intervenientes. Os grupos podem ser abertos ou fechados e isto deve ficar bem definido na primeira sessão. A duração das sessões devem oscilar entre 60 mn e 90 mn sabendo que menos que isso o grupo não chega a ultrapassar o intervalo de aquecimento, e mais de 90 mn o grupo fica cansado, repetitivo e ineficiente. A frequência das sessões pode ser muito variável e cabe ao terapeuta defini-las no entanto, se houver possibilidade de realizar duas sessões por semana, o grupo tera mais intensidade, os elementos continuam a trabalhar as questões levantadas na sessão anterior dando a sensação de uma reunião contínua. (Yalom, 2008)

Ainda de acordo com o mesmo autor, um grupo terapêutico não deve exceder os 10 elementos, no entanto um grupo fechado pode ter inicio com 12 a 16 elementos, prevenindo assim eventuais desistências.

São vários os fatores que influenciam a saúde mental dos trabalhadores, segundo Muller (2010) existe uma associação entre os níveis de *stress*, qualidade de vida e o genero. Segundo o mesmo autor diz haver uma grande compatibilidade entre a autopercepção do *stress* e seu diagnóstico clínico.

Os mesmos autores sugerem a existência de cinco componentes de suporte social interligados: componente constitucional (inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente), componente relacional (estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais) componente funcional (suporte disponível, tipo de suporte tais como emocional, informacional, instrumental, material, qualidade de suporte tal como o desejo de apoiar, e a quantidade de suporte), componente estrutural (proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência), e componente satisfação (utilidade e ajuda fornecida).

Neste contexto, percebe-se que os trabalhadores da saúde não se cuidam adequadamente, pelo excesso de carga de trabalho e tipo de trabalho que envolve o cuidado de pessoas em sofrimento; sendo importante rever as atitudes necessárias para melhorar a qualidade de vida no trabalho. Sugere-se a partir dos resultados da pesquisa a implantação de programas de prevenção do *stress* a fim de propiciar melhoria na qualidade de vida aos trabalhadores de saúde. (Lima, 2010)

A competência social adquirida ao longo da vida implica numa compreensão e integração no mundo onde o sujeito vive. Promover competências sociais e pessoais é estimular a observar, compreender as situações, trabalhar uma melhor realização de tarefas e ideias. Podemos reconstruir o quotidiano de alguém através de uma intervenção psicossocial, no lidar com o outro e com os objetos. (Silva, 2010)

2. METODOLOGIA

Este estudo, é do tipo quase-experimental do tipo pré-teste / pós-teste, sem grupo de controlo. Pretende-se com este estudo estudar a influência de uma intervenção sobre uma variável. Pretende-se fazer um diagnóstico, atuar na população e reavaliar depois para conhecer o impacto das intervenções. (Ribeiro, 2007)

Foram realizadas 8 sessões de psicoeducação, para a programação destas sessões foram seguidos vários critérios entre eles, seguir o programa do projeto de investigação, seguir a sensibilidade do terapeuta de sessão para sessão e uma fundamentação cuidada. A ação de psicoeducação foi realizada em 8 distintas sessões com uma frequência aproximada de duas por semana de 60 minutos cada. As sessões foram ministradas para grupos de dez a doze profissionais. Decorreram num espaço em que a disposição das cadeiras e/ou mesas estavam equidistantes de todas os participantes do grupo e de frente para todos. Foi disponibilizado um espaço em que a interação com o exterior era mínima. Em todas as sessões foi dado algum espaço para a exploração dos sentimentos referentes á sessão anterior.

2.1. Participantes (população e amostra)

Para a realização do estudo de investigação, é preciso definir a população e a amostra. Para o presente estudo a população que se pretende estudar são todos os cuidadores formais da pessoa com deficiência profunda. Para a definição da amostra foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Trabalhar no Centro João Paulo II - Fátima.
- Estar disponível para participar no estudo.
- Estar ao serviço na segunda semana de estágio.
- Trabalhar diretamente na prestação de cuidados.

E os seguintes critérios de exclusão.

- Ter um diagnóstico ativo de doença mental.
- Estar ausente do serviço na primeira semana de estágio.

A amostra é uma amostra não probabilística por conveniência, uma vez que a amostra é escolhida da população não havendo a igual probabilidade dos elementos da população pertencerem á amostra e por conveniência por os critérios de inclusão e exclusão terem sido definidos pelo investigador.

Para o grupo de intervenção foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Ter participado na amostra inicial.
- Estar ao serviço durante o período em que irá decorrer a intervenção

E os seguintes critérios de exclusão:

- Ter férias ou qualquer outro período de ausência agendado para o período em que decorrem as intervenções.

Para a definição da amostra no segundo momento foi definido o seguinte critério:

- Ter sofrido as intervenções terapêuticas previstas.

2.2. Instrumentos

O questionário a aplicar no primeiro e segundo momento será constituído pelo: caracterização profissional da amostra; A Mental Health Inventory de Pais Ribeiro, a Satisfação profissional e a Escala de Satisfação com o Suporte Social. O objeto do estudo é a Saúde Mental dos cuidadores, como tal o MHI é a escala em avaliação, todas as outras servem apenas para ajudar na caracterização do estudo.

A Mental Health Inventory (MHI)é uma escala validada para Portugal por José Luis Pais Ribeiro, é uma escala de 38 itens com uma resposta fechada com seis hipóteses de resposta para cada pergunta, concebida inicialmente para avaliar a saúde mental de adultos, em cinco diferentes dimensões duas positivas (afeto positivo e laços

emocionais) e três negativas (a ansiedade, a depressão e a perda de controlo emocional). Com esta escala pretendemos avaliar se os trabalhadores apresentam alterações na sua saúde mental. (Ribeiro, 2011) Trata-se de um questionário de autorresposta de 38 itens que permite medir o distress psicológico e o bem-estar psicológico. Os 38 itens subdividem-se em cinco escalas, a da ansiedade com 10 itens, a da depressão com cinco itens, a da perda de controlo emocional/comportamental com nove itens, afetos positivos com onze itens e laços emocionais com três itens; as três primeiras escalas referem-se ao distress psicológico e as duas últimas ao bem-estar psicológico. A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de cinco ou seis posições. A pontuação total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada escala/dimensão referida acima. Parte dos itens são cotados de modo invertido. Os valores mais elevados manifestam a melhor Saúde Mental. A pontuação deverá ser sempre convertida de “0” a “100”. Para esta escala foi encontrado uma consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,96 para a escala total, o que a sobrepõe á escala original praticada nos EUA (Ribeiro, 2011)

Para caracterizar a satisfação profissional apenas foi pedido para classificarem de 0 a 10, a sua satisfação profissional.

A ESSS é uma escala de autopreenchimento. (Ribeiro, 2011) A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), é constituída por 15 itens que se distribuem por quatro dimensões, subescalas ou fatores: O primeiro, “satisfação com amigos” (SA), mede a satisfação com as amizades/amigos que tem, o segundo, refere-se á “intimidade” (IN), mede a perceção da existência de suporte social íntimo, o terceiro, avalia a “satisfação com a família”(SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente, o quarto, refere-se ás “atividades sociais” (AS), mede a satisfação com as atividades sociais que realiza. (Ribeiro, 2011) A ESSS fornece, então, cinco pontuações, uma por cada dimensão mais uma global resultante do agrupamento de todas as dimensões. Para esta escala foi encontrado uma consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,85 para a escala total (Ribeiro, 2011)

2.3. Procedimentos

O autor dos instrumentos, Dr. Pais Ribeiro autorizou o uso das escalas solicitadas (MHI, ESSS).

A instituição onde o estudo se realize autorizou a sua aplicação.

Todos os cuidadores envolvidos, foram convidados a participar no estudo, foram informados sobre as condições em que o estudo acontecerá, e que apenas participa quem aceitar as condições. (Consentimento informado) Para garantir a confidencialidade e o anonimato, pretende-se seguir as orientações de Fortin (2000). Os instrumentos serão codificados de forma a permitir corresponder sem identificar o cuidador.

O grupo de intervenção foi constituído por todos os cuidadores disponíveis e que cumpram os critérios de inclusão já definidos e não se incluam nos de exclusão.

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

O trabalho foi desenvolvido em dois momentos distintos, um primeiro momento que se referiu a todos os cuidadores do centro e um segundo momento a apenas aos cuidadores que participaram na intervenção psicoeducativa.

1º momento

Dos 67 questionários aplicados foram eliminados os que continham erros e que poderiam adulterar os resultados do estudo, neste contexto foram encontrados 64 questionários válidos. Na primeira avaliação foram analisados os 64 questionários, de todos apenas 6, revelaram má saúde mental, o que não correspondeu ao que era inicialmente espectável. Pode-se então fazer a questão “trabalhar com a deficiência profunda será promotor da saúde mental?”.

Para avaliar a consistência interna da escala de MHI foi avaliado o alfa de Cronbach, que garantiu uma consistência de 0,96 para a escala total, sobreponível á escala validada para a população portuguesa. (Ribeiro, 2011) No que se refere á ESSS, foi encontrado um alfa de Cronbach de 0,752 o que se afasta um pouco da consistência interna de 0,85 encontrado na escala validada para a população portuguesa. (Ribeiro, 2011)

A população avaliada tem uma média de idade de 43,5 anos, sendo a idade mais predominante de 43 anos, o cuidador mais novo tem 21 anos e o mais velho tem 63 anos. Todo o universo da amostra é do género feminino, não fazendo por isso sentido estabelecer qualquer coorelação entre o género e outra dimensão avaliada durante o estudo. Podemos ainda afirmar no que diz respeito ao estado civil, que a amostra utilizada no primeiro momento é uma amostra constituída por na sua maioria pessoas casadas, 38 casos (59%), sendo os restantes cuidadores formais uma minoria entre 4

separados (5%), 5 em união de facto (8%), 7 divorciados (11%), 2 viúvas (3%), e 9 solteiros (14%). A mesma população foi referenciada quanto á escolaridade como um população pouco uniforme sendo 20 (31%) dos casos com o 1º Ciclo, 16 (25%) com o 2º Ciclo, 10 (16%) com o 3º Ciclo, 16 (25%) com o secundário e apenas 2 os casos de Licenciatura. Foi ainda avaliado tempo de serviço, e constatou-se que a grande maioria dos cuidadores formais trabalham no centro há mais de 10 anos, dos 64 contabilizados 30 (46,9%) exercem funções no CJPII há mais de 10 anos, 7 (10,9%) entre 5 e 10 anos, 14 (21,9%) entre 1 e 5 anos e 13 (20,3%) há menos de 1 ano.

Foi aplicado o teste de correlação de spearman, para avaliar a existência de uma relação entre o índice de saúde mental e a idade dos cuidadores. Foi aplicado ainda o mesmo teste para perceber se existiria uma relação entre o índice de satisfação com o suporte social e a idade. De facto, não existe nenhuma relação estatisticamente significativa entre a idade e o índice de Saúde Mental ($p = 0,55$) nem entre a idade e o índice de Satisfação com o Suporte social ($p = 0,49$), para os cuidadores formais do Centro de Deficientes João Paulo II Podemos perceber que existe uma relação entre o tempo de serviço e o índice de saúde mental. Neste contexto, e utilizando a correlação de spearman, podemos afirmar que existe um relação estatisticamente significativa entre o tempo de serviço e o índice de saúde mental, o mesmo não podemos dizer no que se refere á relação entre os anos de serviço e escala de satisfação com o suporte social. Como o coeficiente de relação é negativo podemos afirmar que quanto maior é o tempo de trabalho com a pessoa com deficiência profunda, menor é o índice de saúde mental.

2º Momento

Todos os trabalhadores disponíveis, e de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, foram convocados para a intervenção totalizando num total de quinze, destes quinze na primeira sessão apenas compareceram treze, na segunda sessão compareceram onze (os restantes elementos não se sentiram capazes de participar num grupo de psicoeducação) na terceira sessão apareceram nove (os dois que faltaram foram despedidos da instituição), os mesmos nove foram os que completaram a intervenção até á ultima sessão. Foi a estes nove a quem foi reaplicado o questionário MHI 38 com o objetivo de perceber se após as 8 sessões houve melhorias na saúde mental destes cuidadores.

Após uma análise cuidada das variáveis podemos concluir que, a intervenção psicoterapêutica não obteve ganhos significativos em saúde mental, uma vez que a

correlação de Wilcoxon apresenta um valor de 0,95 o que significa não haver alterações entre o primeiro momento e o segundo. No entanto, quando aplicado o mesmo teste á satisfação profissional, este revela um valor de 0,016 o que nos leva a afirmar que as auxiliares obtivera melhorias na satisfação profissional.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No primeiro momento, como defende Paulos (2009), trabalhar com a incerteza, a pressão temporal e com o sofrimento, associado à falta de feedback positivo, á dificuldade em lidar com as emoções e á falta de oportunidade para expressar sentimentos pode provocar prejuízos na saúde mental dos cuidadores formais da pessoa com deficiência profunda.

Por outro lado não foi possível identificar estratégias defensivas (individuais e/ou coletivas) adotadas pelos trabalhadores com a finalidade preservar o seu equilíbrio psíquico como defende Camargo (2004).

Garantindo maior satisfação profissional vimos de encontro ao que defende Camargo (2004) em que a promoção da saúde mental é um incentivo á produtividade

Na sequência do avaliado no primeiro momento, podemos afirmar que a intervenção teve melhorias nos cuidadores com menos tempo de serviço. Podemos então dizer que trabalhar com a deficiência profunda desgasta a saúde mental ao logo do tempo e esse desgaste também prejudica o impacto de estratégias psicoeducacionais em grupo promotoras da saúde mental. É oportuno então confirmar a ideia sugerida pelo Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar (2008), sugerindo que os empregadores devem desenvolver programas de promoção da saúde mental e bem-estar o mais precoce possível, e ainda desenvolver programas de intervenção precoce em situações de doença mental ligeira.

É oportuno sugerir, concordando com Lima (2010) que as estruturas de saúde devem implementar programas de prevenção ao stress para que a sua saúde mental não se degrade ao longo dos tempos.

5. CONCLUSÕES

Podemos também dizer que a intervenção foi curta, esta dever-se-ia ter estendido ao longo de mais tempo com um maior número de sessões. Outra das fragilidades foi a duração das sessões como defende Yalon, que se deveriam estender por mais tempo deveriam ser de 90 minutos como planeado mas que não foi possível por contingências de organização do serviço, os 60 minutos pouco mais permite que o aquecimento. Podemos também dizer que uma intervenção mais prolongada no tempo, que dure por mais semanas poderá garantir melhorias efetivas na saúde mental dos cuidadores. O estudo permite ainda concordar com Lima, que para os trabalhadores da área da saúde, e porque lidam com pessoas em sofrimento, devem ser acautelados programas de prevenção do stress. Podemos também afirmar com segurança que melhorando a satisfação profissional dos trabalhadores, melhoramos também a sua saúde mental, podemos então concluir que se conseguiram melhoras na saúde mental destes profissionais. Interessante seria perceber se uma intervenção prolongada ao longo do tempo, traria os mesmos resultados ou se consolidaria uma melhora efetiva a todos os profissionais na sua saúde mental.

Um estudo que se poderia fazer no futuro, seria um estudo exploratório qualitativo desta população (Ajudantes de lar cuidadoras da pessoa com deficiência profunda), no sentido de perceber que fatores podem contribuir para a proteção da saúde mental destas pessoas. Este estudo, poderia ser alargado a outra instituição com características iguais para perceber se será o fator “população cuidada” ou instituição que contribui para a alteração ou manutenção da saúde mental dos cuidadores.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Camargo, R., & Bueno, S. (2004), *Lazer, Trabalho e Promoção da Saúde Mental para os Trabalhadores de Hospital*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem Vol , nº 1 2004, Rio de Janeiro.

Lima, J. C. (2010); *Stress Ocupacional dos trabalhadores da Saúde*; Criciúma, Brasil; acessido a 19 de dezembro de 2013 em: <http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/00004E/00004EF2.pdf>

Martins, L. (2003); *Saúde Mental dos Profissionais de Saúde*. Revista Brasileira de Medicina no Trabalho, vol. 1, nº 1 Jul-Set 2003. Belo Horizonte; Acedido em 27 de Maiode2012em: http://www.bvsde.opsms.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/rbmt08.pdf

Muller, D. (2010); A síndrome de burnout no trabalho de assistência à saúde: Estudo junto aos profissionais da equipa de enfermagem do hospital da Santa Casa da Misericórdia de Porto Alegre. Porto Alegre; Acedido a 17 maio 2012 em: http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/publicacoes/daniela_v_k_muller.pdf

Paulos, C. I. F., (2009), *Riscos Psicossociais no Trabalho*, Lisboa: Verlag Dashofer

Ribeiro, J. L. P. (2011). *Inventário de Saúde Mental* (1ª Edição) Lisboa: Placebo

Santos, R. & Sousa, M. & Dourado, M. (2010). *Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática*. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro, Brasil; Acedido a 17 de maio de 2012 em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=597112&indexSearch=ID>

Silva, L. & Firmino, R. (2010); *Oficinas terapêuticas no processo de reabilitação psicossocial*. Acedido em 07 de abril de 2012 em <http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Oficinasterapeuticasnoprocessodereabilitacaopsicossocial.pdf>

Yalom, I. D. (2008); *Psicoterapia de Grupo: Teoria e prática* (5ª Edição); Traduzido por Costa, R. C; Porto Alegre: Artmed

ANEXO II – Autoanálise I



**INSTITUTO POLITECNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE LEIRIA
Pós-Licenciatura Especialização em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica**

Autoanálise

Marco Alexandre Santos das Neves

Leiria, outubro de 2011



INSTITUTO POLITECNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE LEIRIA
Pós-Licenciatura Especialização em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

Autoanálise

Trabalho de autoanálise reflexiva

Marco Alexandre Santos das Neves

Aluno nº: 5110358

Unidade Curricular: Enfermagem em Saúde Mental I
Professor Orientador: Prof. José Carlos Gomes

Leiria, outubro de 2011

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRONIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamentos dos Centros de Saúde

ACES PL II – ACES Pinhal Litoral II

APA – *American Psychological Association*

CCI – Comissão de Controlo da Infecção

CEF – Centro de Estudos de Fátima

CPLEESMP – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP I – Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica I

ESSL – Escola Superior de Saúde de Leiria

HST – Higiene e Segurança no Trabalho

ISLA – Instituto Superior de Línguas

IPL – Instituto Politécnico de Leiria

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 4

1. AUTOANÁLISE 5

1.1. AUTO-CONSCIÊNCIA 5

1.2. VALORES 7

1.3. SENTIMENTOS 7

1.4. SERVIR COMO EXEMPLO 8

1.5. ÉTICA E RESPONSABILIDADE 8

2. CONCLUSÃO 10

INTRODUÇÃO

No âmbito da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica I (ESMP I), do 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (CPLEESMP), foi sugerido efetuar uma Autoanálise.

A Autoanálise que se pretende apresentar neste documento pretende ser uma reflexão sobre mim mesmo no sentido de responder a questões como: quem sou? ...o que quero? ...como me sinto? ...serei uma referência para os outros na forma como me comporto? ...reconheço os princípios éticos e morais da minha profissão?

Esta reflexão pretende satisfazer os seguintes objetivos:

- Dar início a uma consciência reflexiva sobre mim mesmo para o exercício da profissão de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.
- Tomar conhecimento das dificuldades possíveis em nos expormos aos outros.
- Criar um instrumento de avaliação para a disciplina de ESMP I.

Para a realização deste pequeno trabalho foi utilizado um pequeno momento de reflexão sobre mim mesmo, apenas com uma pesquisa cuidada ao íntimo de mim mesmo. Apenas com algumas notas fiz a apresentação da minha autoanálise aos colegas da turma, essas pequenas notas serviram de base para a realização do presente trabalho.

O presente trabalho será apresentado com um pequeno desenvolvimento, respondendo a cinco aspetos distintos, a autoconsciência, os meus valores, os meus sentimentos, a capacidade de servir como exemplo e o meu sentido de ética e responsabilidade.

No final será construída uma conclusão que servirá para refletir o que aprendi com este pequeno trabalho.

Este trabalho foi elaborado de acordo com as normas APA.

1. AUTOANÁLISE

1.1. AUTO-CONSCIÊNCIA

Chamo-me Marco Alexandre Santos das Neves, nasci a 29/03/1974 em Tomar no entanto sou natural de Fátima (foi como tal que fui registado), cresci em Fátima onde atualmente habito.

Todo o meu percurso escolar foi feito em Fátima sempre em instituições religiosas, a escola primária foi no Externato de S. Domingos onde aprendi a respeitar os outros entre outras coisas, do 5º ao 9º ano frequentei o Colégio do Sagrado Coração de Maria onde sei que aprendi muitas coisas entre as quais a saber fazer, do 10 ao 12º Ano frequentei o Centro de Estudos de Fátima (CEF) onde essencialmente aprendi a ser responsável e senti o peso dessa responsabilidade.

Aos 14 Anos aprendi a minha primeira profissão “Montador de estores”, algo que nunca desaprendi e ainda hoje pontualmente ocupo essa atividade para ajudar um amigo ou um familiar.

Aos 17 Anos respondi ao desafio de alguns amigos e fundei os “MXN”, uma banda de garagem constituída por 5 amigos muito unidos que venceram muitas dificuldades juntas e que ainda hoje se ajudam quando é preciso. Nessa altura vivi momentos únicos que hoje recordo com prazer por ter passado por eles.

Em 1993 comecei a minha vida como enfermeiro com a entrada na Escola Superior de Enfermagem Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, respondendo a um desejo que se começou a formar quando andava no 5º ano. Mudei a minha residência para Castelo Branco durante 3 anos onde tirei o Curso Superior de Bacharelato em Enfermagem, terminando o curso a 29/03/1996. Em outubro de 2006 iniciei o Curso de Complemento em Enfermagem que terminei em 2007 ficando nessa altura Licenciado em Enfermagem. Atualmente estou a frequentar o 3º CPLEESMP, que espero terminar com aproveitamento e posteriormente terminar o mestrado nesta escola.

Comecei a minha vida profissional no Hospital Egas Moniz, no serviço de Medicina A, onde trabalhei até outubro de 1997 altura em que passei a prestar serviço no Hospital Distrital de Leiria, depois Hospital Santo André e agora Centro Hospitalar Leiria Pombal ainda assim será sempre conhecido como o hospital de Leiria. Em 2004 ingressei nos cuidados de Saúde primários no Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques na Extensão de Saúde de Santa Catarina da Serra. Paralelamente quando residi em Lisboa trabalhei no Centro de Enfermagem de Alvalade. Em dezembro de 1999 fui convidado para fundar a equipa de enfermagem da CliniFátima em simultâneo com o meu exercício profissional hospitalar, atualmente coordeno a equipa de enfermagem da CliniFátima e assumo a responsabilidade pela aquisição de todo o material de consumo clínico.

Em 2002 / 2003 frequentei e concluí o Curso de Pós graduação em Higiene e Segurança no Trabalho (ISLA - Leiria), este curso permitiu-me assumir a responsabilidade de coordenar a execução dos exames de Medicina no Trabalho na CliniFátima.

Em 2005 fui convidado a participar na primeira direção da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Fátima-Ourém como vogal para a saúde este mandato teve a duração de 3 anos, no mandato seguinte ocupei o lugar de Secretário da direção onde partilhei a experiência com a gestão de uma instituição.

Em 2009 fui nomeado pelo Coordenador Executivo do ACES Pinhal Litoral II (ACES PL II) como membro dinamizador da Comissão de Controlo da Infecção (CCI) do ACES PL II, para o Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques.

Desde 2004 que tenho ocupado algum tempo a dar formação na área de Agentes Biológicos em contexto de trabalho, na área da geriatria e na área dos primeiros socorros.

Em 2011 fui convidado para ser professor no ISLA – Leiria para lecionar a disciplina de Saúde Ocupacional, como a experiência não correu muito mal fui convidado no atual ano letivo para lecionar as disciplinas de anatomia e saúde ocupacional no curso de Engenharia da Segurança no trabalho.

Atualmente a frequentar o “Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica”

1.2. VALORES

Nasci e cresci numa família com valores católicos fortemente marcados, frequentei a catequese e fiz todos os sacramentos previstos. Atualmente não cumpro todos os rituais previstos na religião católica no entanto os valores próprios da educação cristã, ainda são os que me orientam espiritualmente no meu dia a dia e não sinto grande necessidade de os mudar embora eles se moldem todos os dias.

Considero-me uma pessoa humilde que sabe viver com o que tem no entanto com ambições, identifico as dificuldades como o preço do progresso e luto dia a dia para atingir os objetivos a que me proponho, o meu pai diz que sou muito determinado, quando quero uma coisa luto por ela com todas as armas que disponho.

Tento sempre ter um papel ativo na sociedade, com a família e com os amigos tento estar presente o mais possível e ajudar sempre que é oportuno ou me é solicitado, no entanto tento ter sempre o cuidado de não ultrapassar a fronteira do que é invadir a privacidade do outro, não “meter o nariz onde não sou chamado” respeitando os valores dos outros.

Tento pautar a minha vida com as atitudes que eu esperaria receber se estivesse do outro papel. A religião cristã diz-me: “Não faças aos outros o que não gostas que te façam a ti”, e a psicologia que: “comportamento gera comportamento” é estes valores que tento pautar as minhas atitudes na vida

1.3. SENTIMENTOS

Sinto-me completamente frustrado quando uma atitude minha deixa alguém no mínimo triste. Em caso algum tenho intenção de prejudicar alguém, no entanto e inadvertidamente, isso pode acontecer como consequência indireta, essa situação leva-me sempre a pensar bem no que vou dizer ou fazer para minimizar que essas situações aconteçam.

Tenho alguma dificuldade para perceber a atitude de alguém quando essa atitude prejudica outro alguém intencionalmente principalmente quando é para benefícios próprios. Não consigo justificar na minha cabeça que um ser humano possa intencionalmente prejudicar outro em benefício próprio.

Tenho a dificuldade em reagir com coerência quando me deparo com falta de civismo, especialmente quando alguém pensa que furando as normas da sociedade e de respeito pelos outros é mais esperto que os outros, aquilo a que Jorge Sampaio chamou de “Chico espertismo”

1.4. SERVIR COMO EXEMPLO

Tenho algum receio que alguém me veja como uma referência, isto porque não sinto que o seja e não tenho a mínima intenção de o ser.

Muitas vezes fui visto como um líder no entanto não me identifico como tal, sinto-me mais como um nº 2 ou como um braço direito de alguém (sinto-me bem nesse papel)

A indecisão é um dos meus pontos fracos, quando fico indeciso geralmente perco a oportunidade... por outro lado quando estou decidido reúno uma força inabalável para atingir os objetivos.

Recordo uma mensagem que uma colega me escreveu no caderno da escola que penso ser a verbalização sobre a minha capacidade de ser vir como exemplo: “...não caminhes á minha frente, posso não saber seguir-te; não caminhes atrás de mim posso não saber guiar-te; caminha ao meu lado para ter o prazer de te acompanhar.

1.5. ÉTICA E RESPONSABILIDADE

Profissionalmente vejo a profissão de enfermeiro como uma vocação, com o objetivo máximo de cuidar do outro prevenindo ou minimizando o seu sofrimento. A margem onde começa o enfermeiro e onde acaba o cidadão não é concomitante com o ato de vestir ou despir a bata.

Ser enfermeiro está diretamente relacionado com o facto de respeitar o outro utilizando as técnicas e os conhecimentos adquiridos para prevenir ou minimizar o sofrimento do outro. Neste contexto privilegio sempre a responsabilidade do profissional de enfermagem para o cumprimento da sua missão.

2. CONCLUSÃO

A realização da minha autoanálise foi o meu primeiro passo para ser enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. O exercício de autoconhecimento foi extremamente proveitoso para ter consciência dos meus pontos fracos e dos meus pontos fortes. A autoconsciência permitira num futuro próximo um melhor desempenho enquanto enfermeiro especialista em saúde mental e Psiquiátrica.

Um bom conhecimento sobre mim mesmo, permite que consiga encontrar os instrumentos adequados para um bom desempenho numa relação de ajuda com o outro. O sucesso de uma relação terapêutica incide essencialmente numa relação de confiança que só conseguirei com um conhecimento tão profundo quanto possível de mim mesmo.

O exercício de reflexão sobre mim mesmo não foi de todo difícil, mas a hora de exposição das conclusões aos outros, não foi fácil. Esta dificuldade permitiu-me perceber que a exposição ao outro não é fácil, no exercício futuro de especialista, quando tiver que pedir a alguém a sua autoanálise tenho que ter em conta a dificuldade que qualquer pessoa pode sentir em se expor. Uma boa relação terapêutica pode servir para vencer esta dificuldade para conhecer os sucessos terapêuticos da minha intervenção.

ANEXO III – Constituição do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Pinhal Litoral

NOTA INFORMATIVA



ORDEM DE SERVIÇO



Nº 1 /DE

DATA 2013-02-21

PARA: SERVIÇOS INTEGRADOS NO ACES PINHAL LITORAL

ASSUNTO: COMPOSIÇÃO DO CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE
UNIDADE DE APOIO À GESTÃO

1. Nos termos do artigo 25º, do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22-02, republicado pelo Decreto-Lei nº 253/2012, de 27-11, e de acordo com as Deliberações do Conselho Diretivo da ARS do Centro, I.P., respetivamente de 17-01-2013 e 07-02-2013, a seguir se indica, a composição do Conselho Clínico e de Saúde do ACES do Pinhal Litoral:

- PRESIDENTE

- Carlos Alberto Faria Ferreira
- Consultor da Carreira Médica de Medicina Geral e Familiar

- VOGAL

- Rui Manuel Passadouro da Fonseca
- Assistente Graduado de Saúde Pública

- VOGAL

- Marco Alexandre Santos Neves
- Enfermeiro

- VOGAL

- Mara Cristina Murta Cardoso
- Técnica Superior de Serviço Social

2. De acordo com o nº 3, do artigo 36º, do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22-02, republicado pelo Decreto-Lei nº 253/2012, de 27-11, designei, como responsável pela coordenação da Unidade de Apoio à Gestão do ACES Pinhal Litoral, o Técnico Superior Rui Alberto Nunes Antunes Gomes.

A DIRETORA EXECUTIVA



(MARIA ISABEL POÇAS)

ANEXO IV – Autoanálise II



**INSTITUTO POLITECNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE LEIRIA
2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Autoanálise

Marco Alexandre Santos das Neves

Leiria, maio de 2014



**INSTITUTO POLITECNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE LEIRIA
2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Autoanálise

Trabalho de autoanálise reflexiva

Marco Alexandre Santos das Neves

Aluno nº: 5120330

Unidade Curricular: Relatório de Estágio
Professor Orientador: Doutor José Carlos Gomes

Leiria, maio de 2014

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 3

3. AUTOANÁLISE 4

3.1. AUTO-CONSCIÊNCIA 4

3.2. VALORES 5

3.3. SENTIMENTOS 5

3.4. SERVIR COMO EXEMPLO 6

3.5. ÉTICA E RESPONSABILIDADE 6

4. CONCLUSÃO 6

INTRODUÇÃO

No âmbito da disciplina de Relatório de Estágio, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, decidi que para completar o relatório deveria ser incluído um autoanálise o mais recente possível.

A Autoanálise que se pretende apresentar neste documento pretende ser uma reflexão sobre mim mesmo no sentido de responder a questões como: quem sou? ...o que quero? ...como me sinto? ...serei uma referência para os outros na forma como me comporto? ...reconheço os princípios éticos e morais da minha profissão? Mas acima de tudo comprovar um crescimento que foi real durante este período académico que está prestes a chegar ao fim.

Para a realização deste pequeno trabalho foi utilizado um pequeno momento de reflexão sobre mim mesmo, apenas com uma pesquisa cuidada ao íntimo de mim mesmo. O presente trabalho será apresentado com um pequeno desenvolvimento, respondendo a cinco aspetos distintos, a autoconsciência, os meus valores, os meus sentimentos, a capacidade de servir como exemplo e o meu sentido de ética e responsabilidade.

Esta autoanálise refere-se a mim mesmo como enfermeiro atendendo aos meus valores e crenças.

No final será construída uma conclusão que servirá para refletir o que aprendi com este pequeno trabalho.

2. AUTOANÁLISE

2.1. AUTO-CONSCIÊNCIA

Nasci para a enfermagem a 29 de março de 1996, depois de 3 anos de aprendizagem na Escola Superior de Enfermagem Dr. Lopes Dias.

Nesta altura a realidade era diferente, quando se termina o curso, entramos no mercado de trabalho que absorve a totalidade dos enfermeiros. Comecei a trabalhar no Hospital Egas Moniz onde conheci uma chefe, que era um verdadeiro líder na equipa. Os seus conhecimentos técnicos associados aos valores da enfermagem eram garantia de sucesso para uma equipa jovem, quase todos de primeiro emprego mas cheios de vontade de garantir para a enfermagem um futuro digno e reconhecido.

Passados ano e meio vim trabalhar para o Hospital de Leiria, e essa experiência também deixou as suas marcas. Uma equipa forte e com personalidade foi onde comecei por trabalhar. Os valores da enfermagem estavam nesta altura bem marcados e definidos, todos sabíamos o caminho que queríamos percorrer e para onde ir. Foi boa altura para desenvolver projetos e cimentar os valores da enfermagem.

Em junho de 2004 iniciei as minhas funções no Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques na extensão de Saúde de Santa Catarina da Serra. A grande diferença que senti foi a responsabilidade. Enquanto em contexto de internamento os valores que sobressaem são os valores da equipa enquanto nos cuidados de saúde primários o destaque vai para o enfermeiro enquanto cuidador de uma comunidade: “Agora sou enfermeiro de família”. Mais exigente do ponto de vista de conhecimentos técnico-científicos e mais exigente no aspeto da confiança, ficou a sensação que: “Aqui trabalha-se sem rede”.

Mais tarde começou a reforma dos cuidados de saúde primários, tudo deu a sensação que ia mudar era para melhor, uma aproximação dos ideais que nos regem. Previsivelmente estaria para surgir o enfermeiro de família, que iria garantir nos cuidados de saúde primários os cuidados de enfermagem ao indivíduo e á família e simultaneamente aproximar os cuidados ás pessoas nomeadamente aos grupos mais vulneráveis.

Depois do início da reforma, quando tudo parecia vantajoso para quem queria trabalhar bem e com qualidade, surgiu a “crise” sobejamente utilizada para justificar insucessos de unidades e políticas.

Quem teve hipóteses de arrancar em tempo útil, teve oportunidade de se aproximar do perfeito, os que ficaram, esses, passaram a garantir o que a reforma dos cuidados de saúde primários não levou. Uns acompanharam a reforma e outros ficaram com a reforma. Os que foram com a reforma escolheram com quem queriam trabalhar, os utentes a atender, os programas a implementar e as vantagens financeiras a disutir, os que ficaram com a reforma foram os profissionais, que pelos mais diversos motivos não tiveram a opção de escolha nem de colegas, utentes ou programas e patrocinados pela troika. Na prática, os que ficaram com a reforma, trabalham hoje com os utentes rejeitados e os programas que ninguém quis, independentemente dos números e meios disponíveis. Tenho tido a oportunidade de sentir essa reforma do lado daqueles que ficaram, com o que os outros não quiseram.

Hoje sou enfermeiro de cuidados de saúde primários, tenho uma população á espera dos meus cuidados de cerca de 3000 utentes, desenvolvo a minha atividade profissional em duas extensões de saúde para os utentes referidos, no seio da equipa contribuo para que á consulta de intersubstituição não falte enfermeiro, assumo a responsabilidade de coordenar a equipa de enfermagem da minha UCSP e simultaneamente assumo as responsabilidades que me foram confiadas enquanto enfermeiro especialista, como presidente da direção de enfermagem e vogal de enfermagem do conselho clínico e de saúde do ACeS Pinhal Litoral.

2.2. VALORES

Os meus valores não estão alterados, uso a minha competência técnica para garantir o normal funcionamento das instituições tanto na prestação de cuidados como na orientação e organização dos serviços.

Entendo o paradigma da informática, como o maior desafio da enfermagem moderna, pois temos de comprovar informaticamente que os bons cuidados de enfermagem prestados, garantem ganhos em saúde. Continuo a centrar a minha atividade na pessoa sem esquecer o quanto é importante para a enfermagem o documentar os cuidados prestados.

2.3. SENTIMENTOS

Neste momento tenho uma sensação de frustração, quase revolta. O caminho por onde a reforma dos cuidados de saúde primários nos está a levar associada a uma troika que se instalou no nosso país deixa-me mais longe dos ideais que criei á 18 anos atrás quando terminei o meu curso. A impotência que sinto quando quero desenvolver cuidados de excelência e aproximação aos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros ou o reforço das equipas de enfermagem no sentido de aproximar das dotações seguras previstas. São sentimentos que me fazem refletir sobre o caminho que percorremos nos últimos anos.

2.4. SERVIR COMO EXEMPLO

Não me sinto uma referência, no entanto procuro não exigir aos outros o que não exijo a mim. Procuro sempre dar o meu melhor e contribuir, no que depender de mim para que todos os enfermeiros do meu ACeS possam ter as melhores condições para prestar cuidados de enfermagem de excelência. Tenho a sensação que não estou a ter muito sucesso.

2.5. ÉTICA E RESPONSABILIDADE

Profissionalmente continuo a ver a enfermagem como uma vocação. Hoje é bem mais difícil ser enfermeiro do que no passado. Ser enfermeiro está diretamente relacionado com o facto de respeitar o outro utilizando as técnicas e os conhecimentos adquiridos para prevenir ou minimizar o sofrimento do outro. Neste contexto privilegio sempre a responsabilidade do profissional da enfermagem para o cumprimento da sua missão. Em tempos difíceis procuro que o meu desempenho profissional seja responsável e eticamente correto seguindo claramente as competências gerais do enfermeiro e específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

A Estratégia do “não há dinheiro”, está neste momento a violar o principio da igualdade, nomeadamente um enfermeiro com 1800 utentes tem que ser desigual na prestação de cuidados de enfermagem, comparando com um enfermeiro com 3000 utentes. Numa altura em que tanto se fala do tribunal constitucional como regulador das políticas de governação, não será também inconstitucional esta desigualdade de oportunidade de acesso aos cuidados de enfermagem?

3. CONCLUSÃO

Esta autoanálise funcionou mais como um desabafo. De facto a realidade profissional que hoje vivo é difícil, desprestigiante e desmotivadora, e torna-se cada dia que passa mais difícil liderar uma equipa desmotivada e muitas vezes revoltada. Espero que num futuro próximo os decisores percebam a importância dos cuidados de enfermagem nas populações, e os prejuízos que lhes causam a falta deles.

ANEXO V – Relatório: “Primeira Abordagem de desabituação alcoólica”

INTERVENÇÃO:

“DESABITUAÇÃO ALCOÓLICA” INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA – PRIMEIRA ABORDAGEM

DATA: 11 / 03 / 2012

HORA: 18:00

Utente: Jorge Silva

Duração: 1 hora

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria

Enfermeiro Terapeuta:

- Enf. Marco das Neves

Fundamentação:

A abordagem comportamental é útil quando estamos a abordar um comportamento mal adaptativo ou seja quando não está ajustado à idade, quando não está de acordo com o estímulo ou quando é inadequado culturalmente. Neste contexto podemos partir para uma terapia comportamental, partindo do princípio que estes comportamentos têm por base uma aprendizagem inadequada, acreditando assim que uma aprendizagem correta pode corrigir os comportamentos inadequados (Townsend, 2011)

A construção de uma relação terapêutica prevê a promoção da aprendizagem e do crescimento num esforço contínuo de fazer uma alteração na vida do cliente. A construção desta relação pressupõe que o enfermeiro terapeuta tenha uma boa autoconsciência e autoconhecimento. Este conhecimento de si mesmo aumenta a capacidade de se relacionar com os outros de uma forma satisfatória. Para a construção de uma boa relação terapêutica o enfermeiro tem que aceitar as diferenças de valores e a individualidade de cada um, esta regra é importante na enfermagem e essencial na enfermagem psiquiátrica. (Townsend, 2011)

Não há nenhum quadro clínico psiquiátrico onde não se tente uma abordagem comportamental, esta tem um duplo objetivo se por um lado pretende compreender as manifestações comportamentais da situação clínica por outro pretende estabelecer um mecanismo de intervenção. Cada doente é individual e a terapia comportamental deverá ser adequada para as características individuais de cada doente a trabalhar. (Serra, 2009)

Uma intervenção terapêutica comportamental, terá o seu sucesso assente em três premissas: a técnica em si, a motivação do doente para se tratar e o terapeuta. (Serra, 2009)

Entende-se por alcoolismo algo mais que o consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas que acaba por determinar um estado de dependência do álcool, responsável por doença física, psíquica e social do indivíduo. (Mello, 2009)

O tratamento de alcoolismo crónico inicia-se geralmente em contexto de internamento, uma vez que as circunstâncias e o ambiente sociocultural em Portugal, são não são favorecedores da recuperação da pessoa alcoólica. Este internamento deve ser iniciado com o primeiro contacto, o reconhecimento e avaliação da situação. (Mello, 2009)

O primeiro contacto, quando bem feito, funciona como uma alavanca para o tratamento e para a relação terapêutica. Neste momento pretende-se que o doente aceite o terapeuta, numa relação desprovida de qualquer atitude punitiva, de julgamento ou crítica. Esta envolvimento vai proporcionar ao doente condições para ela baixar as suas defesas construídas sobre sentimentos de ansiedade e de culpabilização. (Mello, 2009)

Objetivos Gerais:

Corrigir aprendizagens inadequadas promovendo aprendizagens adequadas.

Objetivos Específicos:

Estabelecer uma relação terapêutica entre enfermeiro e doente.
Provocar um sentimento de aceitação do doente para com o enfermeiro.
Aliviar a ansiedade do doente e os sentimentos de culpabilização.
Fazer a interligação dos aspetos físicos com os aspetos mentais característicos da doença.

Recursos:

- Espaço confortável isento de perturbações (ruídos ou presença de pessoas estranhas á relação)
- Panfletos alusivos ao tema.
- Cadeiras proporcionadoras de conforto.

Relatório:

A intervenção teve início com a apresentação do terapeuta e do serviço. Foram explicados os direitos e deveres dos utentes internados no serviço de Psiquiatria e as normas de funcionamento do serviço. O doente apresentou-se e fez uma pequena resenha da sua vida pessoal e familiar. Foi explicado ao doente o que é o alcoolismo crónico como se manifesta e a implicação que tem a nível pessoal, familiar e social. Foi apresentado um conjunto de sintomas característico do doente alcoólico, nomeadamente as manifestações orgânicas. Foi explicado que o alcoolismo é uma doença como tantas outras com características comuns a outras doenças e características específicas, que implicam alguns cuidados imprescindíveis desde o momento do tratamento. Pretendeu-se diminuir a ansiedade do doente para que ele possa sentir um ambiente isento de qualquer atitude punitiva. O doente teve então a oportunidade de exprimir alguns sentimentos, esclarecer algumas dúvidas e manifestar os seus desejos: “Quero deixar de beber bebidas alcoólicas”, “Já tive outros vícios, como as drogas e fui capaz de nunca mais lhe tocar, agora também hei de ser capaz de fazer o mesmo com o álcool”, “Quero reconquistar a minha mulher e preciso de fazer isso” e “O comportamento agressivo em que destruí o interior da minha casa deixa-me envergonhado, não quero voltar a passar pelo mesmo.”. Foi-lhe explicado que de início para esta recuperação ser possível implicaria a toma de alguns fármacos, alguns deles injetáveis. O doente manifestou o desejo de cumprir o contrato terapêutico para reabilitar da sua doença.

Bibliografia:

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem psiquiátrica. Conceitos de cuidados* (6ª edição) (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).

Cordeiro, J. C. D. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica* (4ª Edição) Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação e Bolças. Lisboa

Observações:

A sessão decorreu como prevista.
O doente reconheceu as vantagens para a sua saúde do proposto.
E aceitou o tratamento proposto.

ANEXO VI – Relatório: “Primeira abordagem a um surto psicótico”

Serviço de Internamento de Psiquiatria

INTERVENÇÃO:

“SURTO PSICÓTICO”

INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA – PRIMEIRA ABORDAGEM

DATA: 12 / 03 / 2012

HORA: 17:00

Utente: Miguel Dias

Duração: 1 hora

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria

Enfermeiro Terapeuta:

- Enf. Marco das Neves

Fundamentação:

A abordagem comportamental é útil quando estamos a abordar um comportamento mal adaptativo ou seja quando não está ajustado à idade, quando não está de acordo com o estímulo ou quando é inadequado culturalmente. Neste contexto podemos partir para uma terapia comportamental, partindo do princípio que estes comportamentos têm por base uma aprendizagem inadequada, acreditando assim que uma aprendizagem correta pode corrigir os comportamentos inadequados (Townsend, 2011)

A construção de uma relação terapêutica prevê a promoção da aprendizagem e do crescimento num esforço contínuo de fazer uma alteração na vida do cliente. A construção desta relação pressupõe que o enfermeiro terapeuta tenha uma boa autoconsciência e autoconhecimento. Este conhecimento de si mesmo aumenta a capacidade de se relacionar com os outros de uma forma satisfatória. Para a construção de uma boa relação terapêutica o enfermeiro tem que aceitar as diferenças de valores e a individualidade de cada um, esta regra é importante na enfermagem e essencial na enfermagem psiquiátrica. (Townsend, 2011)

Não há nenhum quadro clínico psiquiátrico onde não se tente uma abordagem comportamental, esta tem um duplo objetivo se por um lado pretende compreender as manifestações comportamentais da situação clínica por outro pretende estabelecer um mecanismo de intervenção. Cada doente é individual e a terapia comportamental deverá ser adequada para as características individuais de cada doente a trabalhar. (Serra, 2009)

Uma intervenção terapêutica comportamental, terá o seu sucesso assente em três premissas: a técnica em si, a motivação do doente para se tratar e o terapeuta. (Serra, 2009)

A esquizofrenia é um dos principais problemas de saúde da atualidade, exigindo considerável investimento do sistema de saúde. A intervenção no primeiro episódio do transtorno oferece uma oportunidade única no tratamento da esquizofrenia. (Giacon, 2006)

A intervenção adequada envolve para além do tratamento farmacológico, um acompanhamento psicológico numa intervenção individual entre outras. (Giacon, 2006)

Atendendo aos preconceitos ligados às doenças mentais, o diagnóstico muitas vezes é recebido com alguma recusa e até raiva. Estabelecer uma aliança terapêutica é condição básica para o sucesso das intervenções psicoterapêuticas e psicossociais. (Neto, 2000)

Objetivos Gerais:

Preparar a alta para o domicílio.

Objetivos Específicos:

Estabelecer uma relação terapêutica entre enfermeiro e doente.
Provocar um sentimento de aceitação do doente para com o enfermeiro.
Provocar um sentimento sem estigma para si mesmo.
Promover o auto conhecimento do doente.
Desenvolver estratégias juntamente com o doente de esperança para o futuro.
Fazer uma avaliação da auto consciência do utente.

Recursos:

- Espaço confortável isento de perturbações (ruídos ou presença de pessoas estranhas á relação)

Relatório:

A intervenção teve início com a apresentação do enfermeiro.
A doente revelou alguns desejos de falar sobre o que tinha acontecido, que motivou o internamento compulsivo, tinha a auto percepção alterada, segundo a mãe “encontrei-o no telhado a abanar os braços a dizer que era um pombo”.
Na sua postura sedutora, quando confrontado com o episódio descrito pela mãe, afirmou que “estava a brincar com ela. Eu sou electricista e fui ao telhado orientar a antena por causa da TDT, quando ela me lá viu, perguntou-me o que estava a fazer no telhado, eu respondi-lhe, a brincar, que era um pombo.”
Durante a entrevista não teve qualquer manifestação de alteração da sua autoconsciência. Apresentou permanentemente um discurso coerente sincronizado com as perguntas que lhe foram feitas e consistente com as suas versões dos acontecimentos.
Foi-lhe explicado que a sua alta dependia da sua autoconsciência dos acontecimentos. Mas mesmo assim o seu discurso não se alterou.

Bibliografia:

Cordeiro, J. C. D. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica* (4ª Edição) Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação e Bolças. Lisboa

Giacon, B. C. C. & Galera, S. A. F. (2006); *Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem*. Revista da Escola de Enfermagem USP. Acedido em 16 de abril de 2012 em www.ee.usp.br/reeusp/

Neto, M. R. L. (2000); *Manejo clínico do primeiro episódio psicótico*. Revista Brasileira de Psiquiatria. Acedido em 16 de abril de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/18.pdf>

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem psiquiátrica. Conceitos de cuidados* (6ª edição) (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).

Observações:

A principal e única conclusão da sessão foi: Ou o utente assume uma posição simuladora e sedutora de manipulação dos acontecimentos com o objetivo de descaracterizar o motivo de internamento, ou foi vítima de um engano, engano esse que motivou o seu internamento com base numa alteração da autoconsciência, que de facto não passou de um engano da mãe, desencadeado por uma brincadeira do próprio doente.

ANEXO VII – Relatório: “Primeira abordagem a tentativa de suicídio”

INTERVENÇÃO:

“TENTATIVA DE SUICÍDIO”

INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA – PRIMEIRA ABORDAGEM

DATA: 27 / 03 / 2012

HORA: 17:00

Utente: Maria Alves

Duração: 1 hora

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria

Enfermeiro Terapeuta:

- Enf. Marco das Neves

Fundamentação:

A abordagem comportamental é útil quando estamos a abordar um comportamento mal adaptativo ou seja quando não está ajustado á idade, quando não está de acordo com o estímulo ou quando é inadequado culturalmente. Neste contexto podemos partir para uma terapia comportamental, partindo do princípio que estes comportamentos têm por base uma aprendizagem inadequada, acreditando assim que uma aprendizagem correta pode corrigir os comportamentos inadequados (Townsend, 2011)

A construção de uma relação terapêutica prevê a promoção da aprendizagem e do crescimento num esforço contínuo de fazer uma alteração na vida do cliente. A construção desta relação pressupõe que o enfermeiro terapeuta tenha uma boa autoconsciência e autoconhecimento. Este conhecimento de si mesmo aumenta a capacidade de se relacionar com os outros de uma forma satisfatória. Para a construção de uma boa relação terapêutica o enfermeiro tem que aceitar as diferenças de valores e a individualidade de cada um, esta regra é importante na enfermagem e essencial na enfermagem psiquiátrica. (Townsend, 2011)

Não há nenhum quadro clínico psiquiátrico onde não se tente uma abordagem comportamental, esta tem um duplo objetivo se por um lado pretende compreender as manifestações comportamentais da situação clínica por outro pretende estabelecer um mecanismo de intervenção. Cada doente é individual e a terapia comportamental deverá ser adequada para as características individuais de cada doente a trabalhar. (Serra, 2009)

Uma intervenção terapêutica comportamental, terá o seu sucesso assente em três premissas: a técnica em si, a motivação do doente para se tratar e o terapeuta. (Serra, 2009)

Entende-se por suicídio como o ato executado pelo próprio, com intenção deliberada de pôr termo á vida. Na prática clínica a intenção de morte, a motivação de conduta lesiva e o seu significado são na sua maioria situações difíceis de interpretar. (Sampaio, 2009)

Em Portugal, um grande número de pessoas que tentaram o suicídio numa ocasião, virão máis tarde a morrer por suicídio. Assim sendo uma tentativa de suicídio aponta para uma crise suicidária mais grave que pode conduzir a lesões orgânicas mais graves ou até mesmo á morte efetiva. (Sampaio, 2009)

Para se abordar um doente com comportamento suicidário, deve-se encontrar um lugar adequado onde uma conversa possa fluir sem interferências. As pessoas com ideação suicida geralmente necessitam de mais tempo para vencerem os sentimentos de culpabilização, é necessário tempo e disponibilidade mental para acompanhar uma pessoa com estes sentimentos. O mais importante numa relação terapêutica com este tipo de doentes é ouvir. O principal objetivo da intervenção é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, desespero e perda de esperança e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor. Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não julgamento é fundamental para facilitar a comunicação. (OMS, 2000)

Objetivos Gerais:

Evitar nova tentativa de suicídio.

Objetivos Específicos:

Estabelecer uma relação terapêutica entre enfermeiro e doente.
Provocar um sentimento de aceitação do doente para com o enfermeiro.
Aliviar a ansiedade do doente e os sentimentos de culpabilização.
Desenvolver estratégias juntamente com o doente de esperança para o futuro.

Recursos:

- Espaço confortável isento de perturbações (ruídos ou presença de pessoas estranhas á relação)
- Cadeiras / Cama proporcionadoras de conforto.

Relatório:

A intervenção teve início com a apresentação do enfermeiro.
A doente revelou alguns desejos de falar sobre o que tinha acontecido na véspera (tentativa de suicídio). Neste contexto foi-lhe dado espaço para falar referindo os seus medos. Falou da falta de perspectivas futuras e das condicionantes da sua vida pessoal, laboral e familiar, “já entreguei a minha filha á minha irmã que a cuida muito bem até talvez melhor que eu.” (sic) “Os processos que eu tinha pendentes no trabalho já os entreguei a colegas.” (sic)
A intervenção do enfermeiro centrou-se na estimulação da esperança “Já tenho saudades da minha filha.” (sic) “A minha casa está paga, não devo nada a ninguém”. (sic)
Pretendeu-se diminuir a ansiedade do doente para que ele possa sentir um ambiente isento de qualquer atitude punitiva, mantendo uma escuta ativa e reforços positivos nos momentos em que verbalizou sentimentos de esperança.

Bibliografia:

Cordeiro, J. C. D. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica* (4ª Edição) Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação e Bolças. Lisboa

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem psiquiátrica. Conceitos de cuidados* (6ª edição) (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).

Organização Mundial de Saúde (2000) *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais de saúde em atenção primária*. Genebra

Observações:

A sessão decorreu como prevista.
A doente apresentou poucas perspectivas futuras, mantém um pensamento de morte estruturado no entanto, já reconheceu a importância da filha para a sua vida e que tem significado para a vidas dos outros.

ANEXO VIII – Proposta de Intervenção: “Reunião Comunitária”



**INSTITUTO POLITECNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE LEIRIA
Pós-Licenciatura Especialização em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Proposta de intervenção
socioterapêutica e
terapia psicossocial**

Marco Alexandre Santos das Neves

Leiria, março de 2012



**INSTITUTO POLITECNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DE LEIRIA
Pós-Licenciatura Especialização em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Proposta de intervenção
socioterapêutica e
terapia psicossocial**

Marco Alexandre Santos das Neves, nº 5110358

Unidade Curricular: Ensino Clínico II – Enfermagem Psiquiátrica
Professor: Enf. José Carlos Gomes
Tutor: Enf. Cláudia Basílio

Leiria, março de 2012

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRONIMOS E SIGLAS

CHMT – Centro Hospitalar do Médio Tejo

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPLEESMP – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

HNSG – Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar

RC – Reunião Comunitária

SAPE – Sistema de Apoio á Prática de Enfermagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1 – FUNDAMENTAÇÃO 5

2 – APLICABILIDADE 6

4 - CONCLUSÃO 14

BIBLIOGRAFIA - 15

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi concebido no âmbito do 3º Curso Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, para cumprir o plano de estágio previsto para a unidade curricular Ensino Clínico II (Enfermagem Psiquiátrica) – Prática clínica em unidades de cuidados diferenciados.

Este trabalho pretende servir de fundamentação para a aplicação prática da reunião comunitária, enquanto aluno da especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria, no serviço de internamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Médio Tejo, Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar, no período de 05 de março de 2012 a 27 de abril de 2012. O estágio contará com a participação do Enfermeiro José Carlos Gomes enquanto professor responsável e da Enfermeira Cláudia Basílio enquanto tutora do ensino clínico.

A realização deste projeto de estágio pretende satisfazer os seguintes objetivos:

- Cumprir o planeamento descritivo do 2º semestre do 3º CPLEESMP
- Criar um guia orientador para orientar a reunião comunitária.
- Criar um instrumento que permita no futuro a continuidade das reuniões comunitárias.
- Criar um instrumento que permite uma avaliação no final do ensino clínico.

Este trabalho apresenta no primeiro capítulo, a fundamentação teórica que valida a reunião terapêutica, enquanto intervenção socioterapêutica e como terapia psicossocial, no âmbito das competências do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria. No segundo capítulo serão organizadas as estratégias que tornam possível a intervenção reunião terapêutica.

Este trabalho foi desenvolvido com base numa pesquisa bibliográfica cuidada.

1 – FUNDAMENTAÇÃO

1.1 Socioterapia / Terapia Psicossocial

Socioterapia

A Socioterapia utiliza métodos e técnicas terapêuticos objetivando, principalmente, a reinserção e a readaptação sociais de indivíduos desajustados e/ou marginalizados. A Socioterapia é de grande eficácia, sendo largamente usada em muitos países. A Socioterapia tem como objetivo otimizar as relações sociais e a comunicação entre os indivíduos no meio em que vivem. O caráter terapêutico da socioterapia é muito útil na resolução e prevenção de conflitos por meio de diversas atividades onde se incluem as dinâmicas de grupo. A Socioterapia tem grande utilidade e validade no desenvolvimento de uma sociedade mais justa, menos discriminadora e preconceituosa, quer seja na Saúde Mental, na Educação Especial ou na ressocialização de indivíduos. (Neto, 1993)

A Socioterapia é uma técnica que utiliza métodos terapêuticos com o objetivo de reinserir e readaptar o indivíduo a um contexto sociocultural no qual está inserido. Esta técnica terapêutica pretende proporcionar ao indivíduo a melhor adaptação do indivíduo ao meio onde está inserido. (Rocha, 2010)

Terapia psicossocial

A terapia psicossocial é de todas as terapias, a mais útil na reintegração social dos pacientes com doença mental, e consiste na utilização de atividades de trabalho ou de recreação tanto a nível individual ou em grupo. (Silva, 2010)

A competência social adquirida ao longo da vida implica numa compreensão e integração no mundo onde o sujeito vive. Promover competências sociais e pessoais é estimular a observar, compreender as situações, trabalhar uma melhor realização de tarefas e ideias.

Podemos reconstruir o cotidiano de alguém através de uma intervenção psicossocial, no lidar com o outro e com os objetos. (Silva, 2010)

1.2 Terapia de Grupo

A entrevista de grupo é uma estratégia de comunicação profissional, que reúne pessoas que partilham valores e experiências comuns, desenvolvida por enfermeiros com objetivos terapêuticos. O enfermeiro terapeuta procura descobrir um processo consensual a todos os elementos do grupo, ou guiar as ideias do grupo até conseguir encontrar sugestões de mudança de comportamento que possam ajudar os elementos do grupo a ter atitudes que possam adquirir de forma a melhorarem o seu processo de recuperação. Um grupo pode ainda ser útil para o desenvolvimento de habilidades sociais. (Yalom, 2008)

A caracterização de grupo terapêutico está diretamente relacionada com a fundamentação que a define. Pela ótica da Sociologia são as influências sociais nos grupos e dos grupos nas mesmas forças sociais. Já a psicologia utiliza com fins terapêuticos os pensamentos, as emoções e os comportamentos dos indivíduos quando integram determinado grupo. (Guerra, 2005)

Podemos classificar um grupo terapêutico, como um grupo onde se pressupõe uma intervenção psicológica, com a participação de um profissional de saúde mental como líder, que orienta o grupo no sentido de obter ganhos em saúde mental. Este profissional de saúde mental deve ter competências de domínio dos problemas de saúde mental e reconhecidas capacidades fundamentados no domínio teórico. (Guerra, 2005)

Os grupos terapêuticos baseiam-se menos na teoria e centram-se mais nos processos de grupo, nas relações de grupo, na interação dos membros do grupo e centrando a sua atenção num problema a debater. (Townsend, 2011)

1.3 - Reunião Comunitária

A comunidade terapêutica e as suas reuniões comunitárias nas quais todos os pacientes e membros do quadro de pessoal de uma unidade de saúde mental se reúnem, é o mais complexo dos grupos terapêuticos. (Carneiro, 2000)

A primeira experiência de comunidade terapêutica aconteceu no Northfield Military Hospital, na Inglaterra durante a segunda guerra mundial. Aconteceram nesse período mudanças radicais na organização social, havendo transformações quanto aos cuidados médicos e ao papel dos pacientes no seu processo terapêutico – com os pacientes procurando-se superar as atitudes de passividade e de retração, estimulando a participação ativa numa comunidade de estrutura grupal. Nas décadas que se seguiram a essa primeira experiência em Northfield a onda de comunidades terapêuticas expandiu-se pelas instituições psiquiátricas do mundo ocidental e com ela a sua marca distintiva: a reunião comunitária. (Carneiro, 2000)

As reuniões comunitárias são uma excelente oportunidade para profissionais e pacientes trabalharem conjuntamente em várias tarefas. A reunião comunitária permite ao terapeuta observar o comportamento de cada um durante a mesma reunião, essa observação permite apurar um melhor conhecimento dos utentes. Esse conhecimento mais aprofundado permite sugerir a cada paciente diferentes formas de terapias mais indicadas a cada utente observado. Assim como sugerir a integração noutros grupos terapêuticos perspetivando a alta. (Novakovic, 2011)

Do ponto de vista terapêutico, a reunião comunitária apresenta vantagens mas também apresenta algumas fragilidades. A reunião comunitária pode alcançar todos os utentes e informá-los a sobre os acontecimentos que afetam a unidade como um todo. Nem todos os participantes se envolvem da mesma forma e isso pode tornar-se uma fragilidade. Permite que o terapeuta possa interrogar-se sobre os motivos dos ausentes. É ainda muito útil para apresentar os novos pacientes, outros, os que estão de saída, podem fazer uma avaliação da sua permanência no serviço. A reunião comunitária é o lugar indicado para discutir comportamentos aberrantes ou rompimento de normas. Ao lado do seu puro valor informativo, a reunião também fornece oportunidades para avaliar a importância dinâmica dos eventos comunitários e corrigir percepções distorcidas. (Carneiro, 2000)

1.4 - O enfermeiro terapeuta

Numa reunião comunitária o terapeuta, neste caso o enfermeiro, deve ser alguém que tenta estabelecer, acima de tudo um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais. (Guerra, 2005)

O enfermeiro enquanto terapeuta de grupo deve ter conhecimentos sobre o processo de grupo, isto é, a forma como os elementos do grupo interagem uns com os outros. Os silêncios, as interrupções, os juízos, os olhares fixos são exemplos de processos de grupo. (Townsend, 2011)

O conteúdo do grupo, ou seja o tema a tratar, deve ser do conhecimento do terapeuta do e este deve ser detentor de um domínio abrangente sobre o tópico a ser tratado no grupo. O enfermeiro terapeuta deve ser detentor de uma capacidade de reproduzir o tema numa linguagem acessível a todos os elementos do grupo. (Townsend, 2011)

2 - APLICABILIDADE

A reunião comunitária é essencial para proporcionar o melhor ambiente terapêutico num serviço de internamento em psiquiatria. Pretende-se que seja realizada uma reunião terapêutica por semana, com preferência para a terça-feira durante o turno da tarde. Esta reunião deverá ser liderada por dois enfermeiros (terapeuta e coterapeuta) sendo preferencialmente pelo menos um, especialista em saúde mental e psiquiatria.

A reunião deverá iniciar á hora programada, sem interferir com outras dinâmicas do serviço e de preferência sem atrasos. Inicialmente a reunião deverá começar com a apresentação dos enfermeiros terapeutas. Esta apresentação deve ser sumária e apenas referir-se á função dentro do serviço.

Antes da apresentação dos utentes devem ser explicados os objetivos da reunião comunitária e concretamente da atual RC. Deve ser referido que a partilha de opiniões é livre mas que não se pretende a partilha dos motivos de internamento individuais nem qualquer outra exposição pessoal dos utentes, a reunião comunitária pretende ser a partilha de preocupações dos utentes sobre o internamento.

A apresentação dos utentes apenas se deve resumir ao primeiro nome e ao tempo de internamento, e não deve ser permitido mais do que isso.

Depois das apresentações será dado espaço aos utentes para apresentarem aspetos positivos ou negativos sobre o funcionamento do serviço, os terapeutas devem aproveitar para apresentar as normas de funcionamento do serviço e a importância do cumprimento das mesmas. Se houver tema específico previsto para a RC é a altura indicada para dar introdução ao tema. Convém ter sempre presente que quem lidera a reunião são os terapeutas, mas os conteúdos são as expectativas dos utentes e tudo deve girar sobre as intervenções dos utentes.

Deve-se explorar possíveis assuntos para abordar na próxima RC, de acordo com o que os terapeutas entenderem pertinente e as expectativas dos utentes.

Antes de dar por encerrada a RC deve ser feito por parte dos terapeutas um resumo do que foi abordado na reunião.

Como ultimo momento deve ser feita uma avaliação da reunião. Propor uma avaliação da reunião por parte dos utentes numa escala de 0 a 4 em que 0 é nada satisfeito, 1 pouco satisfeito, 2 satisfeito, 3 muito satisfeito e 4 totalmente satisfeito.

A RC deverá terminar com um agradecimento a todos os participantes.

No final os terapeutas devem reunir e discutir os conteúdos abordados e elaborar um relatório da RC.

Para que não falhe nada, o terapeuta deve possuir um guião, pelo qual se deve orientar na condução da reunião comunitária, onde pode e dever fazer as anotações convenientes, para que no final possa elaborar um relatório o mais completo possível. (Anexo I).

O relatório deve referir-se ao que se passou na reunião, deve fazer referência á data, local e hora da reunião, deve fazer alusão ao principal tema que se pretende ver abordado na reunião. No relatório devem vir de forma explícita os objetivos gerais e específicos de cada reunião comunitária, devem ser relatados as opiniões dos utentes, e as expectativas para as próximas reuniões. Devem ser descritos os resultados da avaliação efetuada pelos utentes e no final deve ser feita uma referência á bibliografia consultada para a preparação da reunião. (Anexo II)

O terapeuta deve utilizar o SAPE (Sistema de Apoio á Prática de Enfermagem), utilizando linguagem CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem), para fazer o registo sobre as intervenções e comportamentos dos utentes na RC.

4 – CONCLUSÃO

A reunião comunitária poderá ser entendida como uma intervenção socioterapêutica ou uma terapia psicossocial, dependendo do ênfase que o enfermeiro terapeuta às temáticas abordadas, podendo mesmo ser considerada uma intervenção socioterapêutica para uns e simultaneamente uma terapia psicossocial para outros. Se entendermos que um utente participa na reunião comunitária, onde tem um papel ativo no seu ambiente social podemos considerar uma terapia psicossocial. Se por outro lado entendermos que na reunião comunitária estamos a trabalhar o ambiente social e nas relações sociais então estaremos a realizar uma intervenção socioterapêutica.

Esta reunião permite que os utentes, de uma forma geral, percebam o normal funcionamento do serviço, ajuda-os a construir o seu ambiente terapêutico e a resolver conflitos resultantes de perceções distorcidas. A reunião comunitária é um espaço em que os utentes sentem o serviço como seu, onde têm a oportunidade de emitir uma opinião válida sobre o serviço e onde podem construir ou melhorar características do serviço.

A reunião comunitária, permite aos profissionais observar o comportamento dos utentes. Essa observação ajuda na avaliação mental dos utentes e na avaliação da evolução dos comportamentos durante o internamento. Esta observação torna-se assim de primordial importância para concretizar uma avaliação semiológica das manifestações comportamentais dos utentes durante o internamento.

BIBLIOGRAFIA

Carneiro, F. D. M. (2000); *Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação*. Virtual books acedido em 10 de março de 2012 em <http://pt.scribd.com/doc7026124/18/a>

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005); *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. 1ª edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Neto, A. M. S. (1993); *Socioterapia*. Acedido em 15 de abril de 2012 em <http://www.armazemdelivros.com/socioterapia.htm>

Novakovic, A. (2011); *Community Meetings on Acute Psychiatric Wards, Rationale for Group Specialist Input for Staff Teams in the Acute Care Services*. Group Analysis. Acedido em 25 de março de 2012 em <http://gaq.sagepub.com/content/44/1/52.short>

Rocha, W. (2010); *Socioterapia*. Wilba interativo.com br, acedido em 15 de abril de 2012 em <http://arwj6897wilbadee.blogspot.pt/2010/02/link-socioterapia-uma-atividade.html>

Silva, L. & Firmino, R. (2010); *Oficinas terapêuticas no processo de reabilitação psicossocial*. Acedido em 07 de abril de 2012 em <http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Oficinasterapeuticasnoprocessodereabilitacao-psicossocial.pdf>

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan.

Yalom, I. D. (2008); *Psicoterapia de Grupo: Teoria e prática* (5ª Edição); Traduzido por Costa, R. C; Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO I – Guião orientador da reunião comunitária.

REUNIÃO COMUNITÁRIA

A reunião comunitária deve seguir os seguintes passos:

1. **Explicação dos objetivos;**
2. **Apresentar aspetos positivos e negativos surgidos nas atividades e/ou Tema;**
3. **Partilha de opiniões, sentimentos,...;**
4. **Discussão dos assuntos a falar na próxima reunião.**
5. **Resumo por parte do Técnico, que fica encarregue de orientar a sessão, do que foi abordado durante a mesma;**
6. **Avaliação do grau de satisfação pela participação na reunião, utilizando escala (0 - Nada satisfeito; 1 - Pouco satisfeito; 2 - Satisfeito; 3 - Muito satisfeito e 4 – Totalmente Satisfeito);**
7. **Agradecimento pela participação e despedida;**

Reunião dos Técnicos para reflexão do que emergiu durante a sessão

----- / -----

1. Apresentação individual dos terapeutas (3mn).
2. Apresentação da “Reunião Comunitária” (5mn) – Deve ser explicado os objetivos da reunião comunitária, sensibilizar para o facto de ser um espaço de partilha de opiniões, onde não se deve falar de diagnósticos individuais, nem da vida particular fora do serviço, apenas devem ser abordados assuntos relacionados com o serviço atitudes e comportamentos adotados dentro do serviço. Explicar que é um espaço onde todos devem ter participação para exporem os aspetos positivos do serviço, aspetos negativos, manifestar opiniões, partilhar sentimentos e onde há espaço para a resolução de conflitos.
3. Permitir a apresentação de todos os participantes (Apenas interessa o primeiro nome e o tempo de internamento)

ANEXO II – Minuta para elaborar o relatório da Reunião Comunitária

REUNIÃO COMUNITÁRIA

DATA: //2012

População Alvo: Utentes Internados no Serviço

**Enfermeiros
Dinamizadores:**

- Enf. Especialista
- Enf.

Objetivos Gerais:

Objetivos Específicos:

Número de participantes:

Resumo da Reunião:

Avaliação da Reunião:

Foi proposto fazer uma avaliação da reunião por parte dos utentes numa escala de 0 a 4 em que 0 é nada satisfeito, 1 pouco satisfeito, 2 satisfeito, 3 muito satisfeito e 4 totalmente satisfeito.

**Assuntos a Abordar numa
Próxima Reunião:**

Os utentes referiram ainda que gostariam de saber mais sobre:

-

Conclusões Técnicas:

No final da reunião comunitária a equipa técnica presente concluiu o seguinte:

-

O enfermeiro terapeuta e
coterapeuta:

--

ANEXO IX – Relatório RC: “Normas e funcionamento do serviço”

REUNIÃO COMUNITÁRIA

DATA: 20/03/2012

População Alvo: Utentes Internados no Serviço

Duração: 1 hora

Enfermeiros Dinamizadores:

- Enf. Marco das Neves (Aluno da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.)
- Enf. Esp. Cláudia Basílio
- Enf. Esp. Nuno Machado
- Enf. Esp. Elisabete Ventura

Objetivos Gerais:

Apresentar as normas de funcionamento do serviço

Objetivos Específicos:

Apresentar os profissionais.
Explicar os objetivos da reunião.
Apresentar dos utentes individualmente.
Abordar as expectativas dos utentes sobre o serviço.
Avaliar as expectativas dos utentes para o serviço.

Fundamentação:

As reuniões comunitárias nas quais todos os pacientes de uma unidade de saúde mental se reúnem, é o mais complexo dos grupos terapêuticos. (Carneiro, 2000)

Pretende-se que os pacientes superem as atitudes de passividade e de retração, estimulando a participação ativa numa comunidade de estrutura grupal. (Carneiro, 2000)

As reuniões comunitárias são uma excelente oportunidade para profissionais e pacientes trabalharem conjuntamente em várias tarefas. A reunião comunitária permite ao terapeuta observar o comportamento de cada um durante a mesma reunião, essa observação permite apurar um melhor conhecimento dos utentes. Esse conhecimento mais aprofundado permite sugerir a cada paciente diferentes formas de terapias mais indicadas a cada utente observado. Assim como sugerir a integração noutros grupos terapêuticos perspetivando a alta. (Novakovic, 2011)

A reunião comunitária pode alcançar todos os utentes e pode ser utilizada para os informar sobre os acontecimentos que afetam a unidade como um todo. É ainda muito útil para apresentar os novos pacientes, e os que estão de saída, podem fazer uma avaliação da sua permanência no serviço. Na reunião comunitária pode-se discutir comportamentos aberrantes ou rompimento de normas. Para além do valor informativo, a reunião também fornece oportunidades para avaliar a importância dos eventos comunitários e corrigir perceções distorcidas. (Carneiro, 2000)

O enfermeiro deve estabelecer um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais. (Guerra, 2005)

O tema a tratar, deve ser do conhecimento do terapeuta e este deve ser detentor de um domínio de conhecimentos. O enfermeiro terapeuta deve ser detentor de uma capacidade de reproduzir o tema numa linguagem acessível a todos os elementos do grupo. (Townsend, 2011)

O serviço de psiquiatria encontra-se no 6º piso do Hospital de Tomar. Este serviço é detentor de normas específicas para segurança dos utentes, profissionais e familiares de acordo com as especificidades dos utentes que acolhe. (Psiquiatria, 2010)

Número de participantes:

8

Resumo da Reunião:

Foi explicado que os utentes não estão autorizados a: ter em sua posse objetos cortantes ou perfurantes, tabaco, isqueiros ou fósforos. Não estão autorizados a perturbar o descanso dos outros utentes, ter alimentos no quarto, ausentar-se sem autorização dos Enfermeiros, dar informações de outros utentes, circular no serviço no período da noite nem usar telemóvel; esta norma pretende salvaguardar a segurança de todos os utentes internados no serviço.

No serviço toda a medicação do utente deve ser autorizada pelo médico e administrada na sua totalidade pelos enfermeiros, para garantir que todos os utentes fazem medicação de acordo com a prescrição.

No serviço de internamento de psiquiatria do hospital de tomar não é permitido o uso do telemóvel pessoal. Para os familiares contactarem os utentes devem utilizar o número de telefone 249320100, extensão 606120. Poderá receber chamadas de familiares, desde que não haja contraindicação para tal. Esta norma pretende evitar a utilização abusiva e pouco saudável do telemóvel evitando que este seja perturbador do descanso de cada um individualmente e de todos os utentes no seu conjunto.

As saídas do serviço terão lugar mediante indicação médica e autorização do enfermeiro do serviço. Os doentes com internamento compulsivo não estão autorizados a sair. Esta norma zela pela segurança de todos dentro e fora do serviço de internamento.

Os utentes presentes na reunião manifestaram que os quartos deviam ser mais arejados, mantendo a preocupação da segurança dos utentes, até sugeriram que as janelas deveriam ser abertas mantendo as portas dos quartos fechadas com os utentes fora dos quartos. Sobre este assunto foi-lhes referido que essa proposta iria ser apresentada ao enfermeiro chefe do serviço.

Alguns utentes referiram que existem atividades desenvolvidas ocasionalmente e que são muito bem vindas uma vez que são muito positivas para os utentes, pecam por apenas acontecer ocasionalmente e não continuamente. Os enfermeiros presentes comprometeram-se a partilhar essa preocupação com o enfermeiro chefe.

Os utentes referem ainda que sentem maior atenção da equipa médica na consulta externa do que acontece enquanto doentes internados.

Os utentes sentem que, durante as passagens de turno dos enfermeiros, estão abandonados no serviço, têm a sensação que se precisarem de alguém, esse alguém não existe. Foi-lhes explicado que os auxiliares estariam mais atentos nesse período para responder a qualquer eventualidade. Os utentes referiram que não sentem essa atenção.

Foi ainda manifestada a preocupação pelos utentes, sobre como é transmitida a informação sobre eles próprios aos médicos. Foi-lhes explicado que os enfermeiros em presença permanente no serviço, escrevem em registos próprios aos quais os médicos têm acesso, para além disso há sempre a informação transmitida verbalmente.

Foi informado pelos utentes, com a concordância de todos, que ao pequeno-almoço o leite e o café chega frio. Os enfermeiros comprometeram-se a encontrar uma estratégia para solucionar este problema.

Foi também identificado pelos utentes que as atividades desenvolvidas no serviço, apelam pouco à atividade física dos utentes e que isso não é muito positivo. Os enfermeiros também mostraram alguma preocupação com esse facto e comprometeram-se a partilhar esse sentimento com a direção do serviço.

Foi também referido pelos utentes, que para além do referido o serviço funciona bem.

Avaliação da Reunião:

Foi proposto fazer uma avaliação da reunião por parte dos utentes numa escala de 0 a 4 em que 0 é nada satisfeito, 1 pouco satisfeito, 2 satisfeito, 3 muito satisfeito e 4 totalmente satisfeito.

Apenas um utente se manifestou satisfeito e apenas um totalmente satisfeito os restantes, que correspondem à maioria manifestaram-se muito satisfeitos.

Assuntos a Abordar numa Próxima Reunião:

Os utentes referiram ainda que gostariam de saber mais sobre:

- Direitos dos utentes
- Deveres dos utentes

Conclusões Técnicas:

No final da reunião comunitária a equipa técnica presente concluiu o seguinte:

- Que o problema da temperatura do pequeno almoço tem que ser resolvido, que devem ser criadas estratégias para o solucionar.
- Que a proposta de arejamento dos quartos é pertinente, e deve ser seguida a sugestão dos utentes.
- Que se deve desenvolver estratégias para que os utentes não sintam que o serviço está desprotegido, durante as passagens de turno dos enfermeiros.
- Que a falta de atividade física dos utentes é de facto um problema que em nada promove a saúde mental, esta preocupação deverá ser transmitida ao enfermeiro chefe.

Bibliografia:

Carneiro, F. D. M. (2000); *Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação*. Virtual books acedido em 10 de março de 2012 em <http://pt.scribd.com/doc7026124/18/a>

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005); *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. 1ª edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Neto, A. M. S. (1993); *Socioterapia*. Acedido em 15 de abril de 2012 em <http://www.armazemdelivros.com/socioterapia.htm>

Novakovic, A. (2011); *Community Meetings on Acute Psychiatric Wards, Rationale for Group Specialist Input for Staff Teams in the Acute Care Services*. Group Analysis. Acedido em 25 de março de 2012 em <http://gaq.sagepub.com/content/44/1/52.short>

Rocha, W. (2010); Socioterapia. Wilba interativo.com br, acedido em 15 de abril de 2012 em <http://arwj6897wilbadee.blogspot.pt/2010/02/link-socioterapia-uma-atividade.html>

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Serviço de Internamento (2010); *Visitas e Informações – Panfleto concebido para informar os utentes e as visitas sobre as normas de funcionamento do serviço*.

Silva, L. & Firmino, R. (2010); Oficinas terapêuticas no processo de reabilitação psicossocial. Acedido em 07 de abril de 2012 em <http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Oficinasterapeuticasnoprocessodereabilitacaopsicossocial.pdf>

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan.

Yalom, I. D. (2008); *Psicoterapia de Grupo: Teoria e prática* (5ª Edição); Traduzido por Costa, R. C; Porto Alegre: Artmed.

O enfermeiro terapeuta e coterapeuta:

ANEXO X – Relatório RC: “Direitos e deveres dos utentes”

REUNIÃO COMUNITÁRIA

DATA: 27/03/2012

População Alvo: Utentes Internados no Serviço
Duração: 1 hora

Enfermeiros Dinamizadores:

- Enf. Marco das Neves (Aluno da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.)
- Enf. Especialista Cláudia Basílio

Objetivos Gerais:

Apresentar dos direitos e deveres dos utentes.

Objetivos Específicos:

Explicar os objetivos da reunião.
Apresentar os utentes individualmente.
Abordar as perspetivas dos utentes sobre os direitos e deveres dos mesmos.

Fundamentação:

As reuniões comunitárias nas quais todos os pacientes de uma unidade de saúde mental se reúnem, é o mais complexo dos grupos terapêuticos. (Carneiro, 2000)

Pretende-se que os pacientes superem as atitudes de passividade e de retração, estimulando a participação ativa numa comunidade de estrutura grupal. (Carneiro, 2000)

As reuniões comunitárias são uma excelente oportunidade para profissionais e pacientes trabalharem conjuntamente em várias tarefas. A reunião comunitária permite ao terapeuta observar o comportamento de cada um durante a mesma reunião, essa observação permite apurar um melhor conhecimento dos utentes. Esse conhecimento mais aprofundado permite sugerir a cada paciente diferentes formas de terapias mais indicadas a cada utente observado. Assim como sugerir a integração noutros grupos terapêuticos perspetivando a alta. (Novakovic, 2011)

A reunião comunitária pode alcançar todos os utentes e pode ser utilizada para os informar sobre os acontecimentos que afetam a unidade como um todo. É ainda muito útil para apresentar os novos pacientes, e os que estão de saída, podem fazer uma avaliação da sua permanência no serviço. Na reunião comunitária pode-se discutir comportamentos aberrantes ou rompimento de normas. Para além do valor informativo, a reunião também fornece oportunidades para avaliar a importância dos eventos comunitários e corrigir perceções distorcidas. (Carneiro, 2000)

O enfermeiro deve estabelecer um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais. (Guerra, 2005)

O tema a tratar, deve ser do conhecimento do terapeuta e este deve ser detentor de um domínio de conhecimentos. O enfermeiro terapeuta deve ser detentor de uma capacidade de reproduzir o tema numa linguagem acessível a todos os elementos do grupo. (Townsend, 2011)

O direito à proteção da saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa e tem por base um conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. (CHMT, 2012)

O conhecimento dos direitos e deveres dos doentes, potencia a sua capacidade de intervenção ativa na melhoria progressiva dos cuidados e serviços. A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes representa, mais um passo no caminho da dignificação dos doentes, do pleno respeito pela sua particular condição e da humanização dos cuidados de saúde. (CHMT, 2012)

Número de participantes:

11

Resumo da Reunião:

Foi apresentado a carta dos direitos e deveres dos utentes, de acordo com a publicação no site do Centro Hospitalar do Médio Tejo.

A maioria dos utentes do serviço, sentem garantidos os seus direitos quando internados no serviço. Alguns referem que vêm os seus direitos condicionados quando estão internados contra a sua vontade. Foi-lhes explicado que em determinadas situações, nomeadamente em internamento compulsivo esses direitos podem ser alterados por ordem judicial, nestes casos os utentes ficam privados da sua liberdade e que assim que melhorarem, readquirem-na.

Alguns utentes verbalizaram que algumas refeições vêm com poucos alimentos, foi-lhes explicado que a quantidade de alimentos é decidida por uma dietista e que estes são previsivelmente adequados à situação individual de cada um.

Os utentes referiram que a roupa de vestir disponibilizada pelo serviço, nem sempre tem a apresentação desejada o que prejudica a sua autoestima, foi-lhes explicado que a gestão da roupa é feita da forma possível uma vez que o tratamento desta não é feito no serviço, mas sim na lavandaria.

Avaliação da Reunião:

Foi proposto fazer uma avaliação da reunião por parte dos utentes numa escala de 0 a 4 em que 0 é nada satisfeito, 1 pouco satisfeito, 2 satisfeito, 3 muito satisfeito e 4 totalmente satisfeito.

Apenas 1 utente se mostrou nada satisfeito, 1 pouco satisfeito, 4 satisfeitos, 1 muito satisfeito e 3 totalmente satisfeitos.

Assuntos a Abordar numa Próxima Reunião:

Os utentes referiram ainda que gostariam de saber mais sobre:

- A importância da adesão terapêutica.

Conclusões Técnicas:

No final da reunião comunitária a equipa técnica presente concluiu o seguinte:

- Que os direitos dos utentes estão garantidos no serviço.
- Que os utentes apenas referem não ver os seus direitos mantidos em situações de internamento compulsivo.

Bibliografia:

Carneiro, F. D. M. (2000); *Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação*. Virtual books acedido em 10 de março de 2012 em <http://pt.scribd.com/doc7026124/18/a>

Centro Hospitalar do Médio Tejo (2012); *Direitos e Deveres* acedido em 27 de março de 2012 em http://www.chmt.min-saude.pt/InfoUtente/DireitosDeveres/?sm=2_1

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005); *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. 1ª edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Neto, A. M. S. (1993); *Socioterapia*. Acedido em 15 de abril de 2012 em <http://www.armazemdelivros.com/socioterapia.htm>

Novakovic, A. (2011); *Community Meetings on Acute Psychiatric Wards, Rationale for Group Specialist Input for Staff Teams in the Acute Care Services*. Group Analysis. Acedido em 25 de março de 2012 em <http://gaq.sagepub.com/content/44/1/52.short>

Rocha, W. (2010); *Socioterapia*. Wilba interativo.com br, acedido em 15 de abril de 2012 em <http://arwj6897wilbadee.blogspot.pt/2010/02/link-socioterapia-uma-atividade.html>

Silva, L. & Firmino, R. (2010); *Oficinas terapêuticas no processo de reabilitação psicossocial*. Acedido em 07 de abril de 2012 em <http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Oficinasterapeuticasnoprocessodereabilitacaopsicossocial.pdf>

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan.

Yalom, I. D. (2008); *Psicoterapia de Grupo: Teoria e prática* (5ª Edição); Traduzido por Costa, R. C; Porto Alegre: Artmed.

O enfermeiro terapeuta e coterapeuta:

ANEXO XI – Relatório RC: “Importância da adesão terapêutica em psiquiatria”

REUNIÃO COMUNITÁRIA

DATA: 10/04/2012

População Alvo: Utentes Internados no Serviço

Duração: 1 hora

Enfermeiros Dinamizadores:

- Enf. Marco das Neves (Aluno da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.)
- Enf. Natalie Correia (Aluno da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.)
- Enf. Especialista Ana Filipa Costa

Objetivos Gerais:

Sensibilizar para a importância da adesão terapêutica em psiquiatria.

Objetivos Específicos:

Explicar os objetivos da reunião.
Apresentar os utentes individualmente.
Explorar a sensibilidade dos utentes para a adesão terapêutica.
Perceber a influência do ambiente do internamento na qualidade de vida dos utentes internados.

Fundamentação:

As reuniões comunitárias nas quais todos os pacientes de uma unidade de saúde mental se reúnem, é o mais complexo dos grupos terapêuticos. (Carneiro, 2000)

Pretende-se que os pacientes superem as atitudes de passividade e de retração, estimulando a participação ativa numa comunidade de estrutura grupal. (Carneiro, 2000)

As reuniões comunitárias são uma excelente oportunidade para profissionais e pacientes trabalharem conjuntamente em várias tarefas. A reunião comunitária permite ao terapeuta observar o comportamento de cada um durante a mesma reunião, essa observação permite apurar um melhor conhecimento dos utentes. Esse conhecimento mais aprofundado permite sugerir a cada paciente diferentes formas de terapias mais indicadas a cada utente observado. Assim como sugerir a integração noutros grupos terapêuticos perspetivando a alta. (Novakovic, 2011)

A reunião comunitária pode alcançar todos os utentes e pode ser utilizada para os informar sobre os acontecimentos que afetam a unidade como um todo. É ainda muito útil para apresentar os novos pacientes, e os que estão de saída, podem fazer uma avaliação da sua permanência no serviço. Na reunião comunitária pode-se discutir comportamentos aberrantes ou rompimento de normas. Para além do valor informativo, a reunião também fornece oportunidades para avaliar a importância dos eventos comunitários e corrigir percepções distorcidas. (Carneiro, 2000)

O enfermeiro deve estabelecer um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais. (Guerra, 2005)

O tema a tratar, deve ser do conhecimento do terapeuta e este deve ser detentor de um domínio de conhecimentos. O enfermeiro terapeuta deve ser detentor de uma capacidade de reproduzir o tema numa linguagem acessível a todos os elementos do grupo. (Townsend, 2011)

Os fármacos são utilizados com três objetivos terapêuticos distintos, a cura de uma doença, a prevenção de uma doença ou para o controlo e alívio de patologias e sintomas. (Leite, 2003)

São os doentes crónicos que têm mais dificuldade em aderir à terapêutica. Cerca de metade das pessoas portadoras de doença crónica não aderem à medicação, como seria esperado, condicionando a economia, o bem-estar e a qualidade de vida da sociedade. (Dias, 2011)

Muito se fala do elevado consumo de medicação pela população mundial, no entanto nos últimos tempos a atenção também se tem centrado na problemática da não adesão à terapêutica e isto preocupa os profissionais de saúde. (Leite, 2003)

Não existe uma receita mágica que motive os utentes a aderirem à terapêutica, mas existem estratégias que podem e devem ser adotadas, de acordo com as circunstâncias individuais de cada situação. Os indivíduos e suas características individuais e também, as características do profissional de saúde. (Dias, 2011)

Podemos afirmar que a adesão terapêutica em Portugal poderá ser melhorada se a sociedade civil assumir essa responsabilidade, no sentido de apoiar as pessoas mais vulneráveis do ponto de vista social e do estado de saúde. Urge então criar não só associações formais, mas também redes informais, de doentes crónicos, dos seus familiares e amigos, bem como do crescente número de voluntários ativos no campo dos cuidados de saúde. O estado deverá fornecer a essas associações, redes e voluntários o apoio técnico específico de profissionais de saúde, segundo a natureza das doenças, com vista a garantir a indispensável mediação permanente entre, por um lado, o doente e a sua doença, e por outro lado, o médico e os seus doentes. (Cabral, 2010)

Número de participantes:

9

Resumo da Reunião:

Foi abordado o tema da adesão terapêutica por parte dos enfermeiros dinamizadores. Sensibilizando os utentes para a importância que a adesão terapêutica pode trazer para a qualidade de vida de cada um deles. Foi-lhes explicado que a terapêutica medicamentosa serve para curar uma doença, para prevenir uma doença e para controlar uma doença crónica.

Foi explicada a importância da frequência, a dose, o medicamento e a continuidade da medicação em psiquiatria para prevenir novos surtos e novos internamentos.

Os utentes acrescentaram a grande importância de não associar bebidas alcoólicas quando se está a tomar medicação.

Foi feita uma sensibilização para que as doses terapêuticas sejam sempre acertadas pelo médico e que os doentes não o devem fazer por sua autoiniciativa porque não detêm conhecimentos adequados para o fazer.

Os utentes sugeriram que o serviço deveria ter mais atividades com maior componente física.

Avaliação da Reunião:

Foi proposto fazer uma avaliação da reunião por parte dos utentes numa escala de 0 a 4 em que 0 é nada satisfeito, 1 pouco satisfeito, 2 satisfeito, 3 muito satisfeito e 4 totalmente satisfeito.

4 Utesntes manifestaram-se como totalmente satisfeitos, 2 como muito satisfeitos e 3 como satisfeitos.

Assuntos a Abordar numa Próxima Reunião:

Os utentes referiram ainda que gostariam de saber mais sobre:

- Hábitos de vida saudáveis.

Conclusões Técnicas:

No final da reunião comunitária a equipa técnica presente concluiu o seguinte:

- Os utentes manifestaram alguma crítica para a não adesão terapêutica e alguns até revelaram preocupação com a sua situação em particular
- De uma forma geral estiveram todos adequados e com crítica para a situação.

Bibliografia:

Cabral, M. V. & Silva, P. A. (2010); A adesão terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamento da população portuguesa perante as prescrições médicas. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, acedido em 20 de abril de 2012, em <http://www.apifarma.pt/estudos/siteestudos/Documents/Conclus.pdf>

Carneiro, F. D. M. (2000); Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação. Virtual books acedido em 10 de março de 2012 em <http://pt.scribd.com/doc7026124/18/a>

Dias, M. A.; Cunha, M.; Santos, A.; Neves, A.; Pinto, A.; Silva, A; Castro, S. (2011); Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. Acedido em 20 de abril de 2012 em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium40/14.pdf>

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005); Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde. 1ª edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Leite, S. N. & Vasconcelos, M. P. C. (2003); Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura; Ciência & Saúde Coletiva acedido em 20 de abril de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v8n3/17457.pdf>

Neto, A. M. S. (1993); Socioterapia. Acedido em 15 de abril de 2012 em <http://www.armazemdelivros.com/socioterapia.htm>

Novakovic, A. (2011); Community Meetings on Acute Psychiatric Wards, Rationale for Group Specialist Input for Staff Teams in the Acute Care Services. Group Analysis. Acedido em 25 de março de 2012 em <http://gaq.sagepub.com/content/44/1/52.short>

Rocha, W. (2010); Socioterapia. Wilba interativo.com br, acessado em 15 de abril de 2012 em <http://arwj6897wilbadee.blogspot.pt/2010/02/link-socioterapia-uma-atividade.html>

Silva, L. & Firmino, R. (2010); Oficinas terapêuticas no processo de reabilitação psicossocial. Acessado em 07 de abril de 2012 em <http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Oficinasterapeuticasnoprocessodereabilitacaopsicossocial.pdf>

Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência (6ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan.

Yalom, I. D. (2008); Psicoterapia de Grupo: Teoria e prática (5ª Edição); Traduzido por Costa, R. C; Porto Alegre: Artmed.

O enfermeiro terapeuta e coterapeuta:

ANEXO XII – Relatório RC: “Hábitos vida saudáveis vs qualidade da saúde mental”

REUNIÃO COMUNITÁRIA

DATA: 17/04/2012

População Alvo: Utentes Internados no Serviço
Duração: 1 hora

Enfermeiros Dinamizadores:

- Enf. Marco das Neves (Aluno da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.)
- Enf. Natalie Correia (Aluno da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.)
- Enf. Especialista Cláudia Basílio
- Enf. Especialista Nuno Machado

Objetivos Gerais:

Sensibilizar para a importância dos hábitos de vida saudáveis para a qualidade da saúde mental.

Objetivos Específicos:

Explicar os objetivos da reunião.
Apresentar os utentes individualmente.
Apresentar breves noções sobre hábitos de vida saudáveis.
Conhecer a sensibilidade dos utentes para a importância dos hábitos tóxicos para a qualidade da saúde mental.
Conhecer a sensibilidade dos utentes para a importância dos bons hábitos alimentares.
Sensibilizar para a importância do exercício físico na manutenção da saúde mental.
Perceber a influência do ambiente do internamento na qualidade de vida dos utentes internados.

Fundamentação:

As reuniões comunitárias nas quais todos os pacientes de uma unidade de saúde mental se reúnem, é o mais complexo dos grupos terapêuticos. (Carneiro, 2000)

Pretende-se que os pacientes superem as atitudes de passividade e de retração, estimulando a participação ativa numa comunidade de estrutura grupal. (Carneiro, 2000)

As reuniões comunitárias são uma excelente oportunidade para profissionais e pacientes trabalharem conjuntamente em várias tarefas. A reunião comunitária permite ao terapeuta observar o comportamento de cada um durante a mesma reunião, essa observação permite apurar um melhor conhecimento dos utentes. Esse conhecimento mais aprofundado permite sugerir a cada paciente diferentes formas de terapias mais indicadas a cada utente observado. Assim como sugerir a integração noutros grupos terapêuticos perspetivando a alta. (Novakovic, 2011)

A reunião comunitária pode alcançar todos os utentes e pode ser utilizada para os informar sobre os acontecimentos que afetam a unidade como um todo. É ainda muito útil para apresentar os novos pacientes, e os que estão de saída, podem fazer uma avaliação da sua permanência no serviço. Na reunião comunitária pode-se discutir comportamentos aberrantes ou rompimento de normas. Para além do valor informativo, a reunião também fornece oportunidades para avaliar a importância dos eventos comunitários e corrigir percepções distorcidas. (Carneiro, 2000)

O enfermeiro deve estabelecer um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais. (Guerra, 2005)

O tema a tratar, deve ser do conhecimento do terapeuta e este deve ser detentor de um domínio de conhecimentos. O enfermeiro terapeuta deve ser detentor de uma capacidade de reproduzir o tema numa linguagem acessível a todos os elementos do grupo. (Townsend, 2011)

É importante que cada um sinta a responsabilidade social e individual, para assumir atitudes conscientes e responsáveis, não só quanto à sua saúde mas também à importância da criação de ambientes estruturais favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. (Carvalho, 2006)

A atividade física e os desportos saudáveis são essenciais para a nossa saúde e bem-estar. Atividade física adequada e desporto para todos constituem um dos pilares para um estilo de vida saudável, a par de alimentação saudável, vida sem tabaco e o evitar de outras substâncias perniciosas para a saúde. (Ministério da Saúde, 2007)

Acresce que o tabagismo não só é fator de risco para o próprio fumador, mas também para todos aqueles que, não sendo fumadores, vivem habitualmente em espaços poluídos pelo fumo do tabaco. (Nunes, 2006)

Número de participantes:

11

Resumo da Reunião:

Durante a reunião foram abordados hábitos de vida saudáveis, como perspectiva de melhorar a saúde de todos os participantes.

Foi abordado o tema dos hábitos tóxicos e o quanto são prejudiciais para a saúde.

Os utentes foram sensibilizados, para a importância dos bons hábitos alimentares na promoção da saúde e de uma correta hidratação. Foi abordada a importância do sono e repouso para a saúde, e a necessidade de muitas vezes ter de ser programado para não ser esquecido. O exercício é de especial relevância na promoção da saúde em geral e da saúde mental em específico.

Pelos utentes foi referido que a alimentação vem em quantidade exagerada, foi explicado que a alimentação não vem preparada de acordo com o apetite do utente, mas sim de forma uniforme para todos os utentes e que cada um apenas deve comer de acordo com o seu apetite.

Os utentes referem que uma pessoa com hábitos alcoólicos tem um apetite mais equilibrado quando está abstinente. Referiram ainda que um fumador tem um paladar menos apurado que um não fumador.

Uma lacuna do serviço manifestada pelos utentes foi a falta de atividades para ocupar o tempo, e a presença de um jornal ou de uma revista permitia o contacto com o mundo e permitia uma ocupação do tempo de forma adequada.

Avaliação da Reunião:

Foi proposto fazer uma avaliação da reunião por parte dos utentes numa escala de 0 a 4 em que 0 é nada satisfeito, 1 pouco satisfeito, 2 satisfeito, 3 muito satisfeito e 4 totalmente satisfeito.

Um referiu estar nada satisfeito, 3 referiram que estavam satisfeitos, 4 muito satisfeitos e 4 totalmente satisfeitos.

Assuntos a Abordar numa Próxima Reunião:

Os utentes referiram ainda que gostariam de saber mais sobre:

- A importância das limitações nos contactos com o exterior.

Conclusões Técnicas:

No final da reunião comunitária a equipa técnica presente concluiu o seguinte:

- Que os utentes estiveram especialmente envolvidos na reunião, e de uma forma geral mais participativos que habitualmente, com intervenções pertinentes e muito adequadas.

Bibliografia:

Carneiro, F. D. M. (2000); *Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação*. Virtual books acedido em 10 de março de 2012 em <http://pt.scribd.com/doc7026124/18/a>

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005); *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. 1ª edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Ministério da Saúde (2007); *A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar* acedido a 9 de abril de 2012 em <http://www.dgs.pt/>

Neto, A. M. S. (1993); *Socioterapia*. Acedido em 15 de abril de 2012 em <http://www.armazemdelivros.com/socioterapia.htm>

Novakovic, A. (2011); *Community Meetings on Acute Psychiatric Wards*, Rationale for Group Specialist Input for Staff Teams in the Acute Care Services. Group Analysis. Acedido em 25 de março de 2012 em <http://gaq.sagepub.com/content/44/1/52.short>

Nunes, E. (2006) *Consumo de Tabaco Estratégias de Prevenção e Controlo*, acedido a 09 de abril de 2012 em www.dgs.pt

Pereira, B. O. & Carvalho, G. S. (2006); *Atividade Física, Saúde e Lazer : A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*. Lisboa : Lidel Edições Técnicas Lda.

Rocha, W. (2010); *Socioterapia*. Wilba interativo.com br, acedido em 15 de abril de 2012 em <http://arwj6897wilbadee.blogspot.pt/2010/02/link-socioterapia-uma-atividade.html>

Silva, L. & Firmino, R. (2010); *Oficinas terapêuticas no processo de reabilitação psicossocial*. Acedido em 07 de abril de 2012 em <http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Oficinasterapeuticasnoprocessodereabilitacaopsicossocial.pdf>

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan.

Yalom, I. D. (2008); *Psicoterapia de Grupo: Teoria e prática* (5ª Edição); Traduzido por Costa, R. C; Porto Alegre: Artmed.

O enfermeiro terapeuta e coterapeuta:

ANEXO XIII – Relatório RC: “Normas de utilização do telefone”

REUNÃO COMUNITÁRIA

DATA: 24/04/2012

População Alvo: Utentes Internados no Serviço
Duração: 1 hora

Enfermeiros Dinamizadores:

- Enf. Marco das Neves (Aluno da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.)
- Enf. Natalie Correia (Aluno da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.)
- Enf. Especialista Nelson

Objetivos Gerais:

Sensibilizar para a importância das normas de utilização do telemóvel, no serviço de psiquiatria.
Informar sobre as normas do serviço, no que diz respeito a efetuar chamadas para a família.

Objetivos Específicos:

Explicar os objetivos da reunião.
Apresentar os utentes individualmente.
Apresentar as normas do serviço sobre a utilização dos telemóveis pelos utentes.
Conhecer as sensibilidades dos utentes para a adesão às normas de utilização dos telemóveis.
Conhecer as propostas de melhoria contínua dos utentes sobre a utilização dos telemóveis no serviço.
Perceber a influência do ambiente do internamento na qualidade de vida dos utentes internados.

Fundamentação:

As reuniões comunitárias nas quais todos os pacientes de uma unidade de saúde mental se reúnem, é o mais complexo dos grupos terapêuticos. (Carneiro, 2000)

Pretende-se que os pacientes superem as atitudes de passividade e de retração, estimulando a participação ativa numa comunidade de estrutura grupal. (Carneiro, 2000)

As reuniões comunitárias são uma excelente oportunidade para profissionais e pacientes trabalharem conjuntamente em várias tarefas. A reunião comunitária permite ao terapeuta observar o comportamento de cada um durante a mesma reunião, essa observação permite apurar um melhor conhecimento dos utentes. Esse conhecimento mais aprofundado permite sugerir a cada paciente diferentes formas de terapias mais indicadas a cada utente observado. Assim como sugerir a integração noutros grupos terapêuticos perspetivando a alta. (Novakovic, 2011)

A reunião comunitária pode alcançar todos os utentes e pode ser utilizada para os informar sobre os acontecimentos que afetam a unidade como um todo. É ainda muito útil para apresentar os novos pacientes, e os que estão de saída, podem fazer uma avaliação da sua permanência no serviço. Na reunião comunitária pode-se discutir comportamentos aberrantes ou rompimento de normas. Para além do valor informativo, a reunião também fornece oportunidades para avaliar a importância dos eventos comunitários e corrigir percepções distorcidas. (Carneiro, 2000)

O enfermeiro deve estabelecer um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais. (Guerra, 2005)

O tema a tratar, deve ser do conhecimento do terapeuta e este deve ser detentor de um domínio de conhecimentos. O enfermeiro terapeuta deve ser detentor de uma capacidade de reproduzir o tema numa linguagem acessível a todos os elementos do grupo. (Townsend, 2011)

O serviço de psiquiatria encontra-se no 6º piso do Hospital de Tomar. Este serviço é detentor de normas específicas para segurança dos utentes, profissionais e familiares de acordo com as especificidades dos utentes que acolhe. (Psiquiatria, 2010)

No serviço de internamento de psiquiatria do hospital de tomar não é permitido o uso do telemóvel pessoal. Para os familiares contactarem os utentes devem utilizar o número de telefone 249320100, extensão 606120. Poderá receber chamadas de familiares, desde que não haja contraindicação para tal. (Psiquiatria, 2010)

Número de participantes:

12

Resumo da Reunião:

No serviço de internamento de psiquiatria do hospital de tomar não é permitido o uso do telemóvel pessoal. Para os familiares contactarem os utentes devem utilizar o número de telefone 249320100, extensão 606120. Poderá receber chamadas de familiares, desde que não haja contraindicação para tal. Esta norma pretende evitar a utilização abusiva e pouco saudável do telemóvel evitando que este seja perturbador do descanso de cada um individualmente e de todos os utentes no seu conjunto.

Pelos utentes as expectativas foram diversas, enquanto uns referiram que a utilização do telemóvel em contexto de internamento é supérfluo, outros, por seu lado, sugeriram que deveria de haver acesso ao telemóvel pessoal de cada um. No entanto todos os utentes concordaram que a norma de utilização do telemóvel deve ser igual para todos. Alguns utentes sugeriram a criação da hora do telemóvel (condições a definir)

Alguns utentes referiram que o acesso ao seu armário deveria ser liberado, e não controlado pelos auxiliares. Foi-lhes explicado que as normas de acesso ao armário individual de cada um, existem por motivo de segurança dos utentes, foi-lhes ainda explicado que o acesso ao armário não é apenas controlado pelos auxiliares, mas também pelo utente/utilizador daquele armário, uma vez que este está sempre presente nos momentos de acesso ao armário.

Os utentes pediram que lhes fosse explicado as normas do serviço para o consumo de alimentos trazidos pelos familiares. Foi-lhes explicado que apesar de não ser proibido, não se devem guardar alimentos trazidos do exterior atendendo que as condições de conservação desses alimentos não são as ideais no serviço. Foi-lhes explicado também que não se devem oferecer alimentos a outros utentes porque a situação patológica individual de cada um pode ser agravada com a administração de alimentos não recomendados.

Avaliação da Reunião:

Foi proposto fazer uma avaliação da reunião por parte dos utentes numa escala de 0 a 4 em que 0 é nada satisfeito, 1 pouco satisfeito, 2 satisfeito, 3 muito satisfeito e 4 totalmente satisfeito.

Um referiu estar nada satisfeito, 5 referiram que estavam satisfeitos, 4 muito satisfeitos e 2 totalmente satisfeitos.

Assuntos a Abordar numa Próxima Reunião:

Os utentes referiram ainda que gostariam de saber mais sobre:

- Como organizar saídas ao exterior.

Conclusões Técnicas:

No final da reunião comunitária a equipa técnica presente concluiu o seguinte:

- Que se poderia sugerir á direção do serviço a criação da hora do telemóvel, em que cada utente poderia utilizar o seu telemóvel pessoal durante um período de tempo previamente estabelecido.
- Que seria vantajoso, existir um quadro de parede (branco para escrever com marcador) na sala de atividades, para melhor rendimento das atividades desenvolvidas nomeadamente na reunião comunitária.

Bibliografia:

Carneiro, F. D. M. (2000); *Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação*. Virtual books acedido em 10 de março de 2012 em <http://pt.scribd.com/doc7026124/18/a>

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005); *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. 1ª edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Neto, A. M. S. (1993); *Socioterapia*. Acedido em 15 de abril de 2012 em <http://www.armazemdelivros.com/socioterapia.htm>

Novakovic, A. (2011); *Community Meetings on Acute Psychiatric Wards, Rationale for Group Specialist Input for Staff Teams in the Acute Care Services*. Group Analysis. Acedido em 25 de março de 2012 em <http://gaq.sagepub.com/content/44/1/52.short>

Rocha, W. (2010); Socioterapia. Wilba interativo.com br, acedido em 15 de abril de 2012 em <http://arwj6897wilbadee.blogspot.pt/2010/02/link-socioterapia-uma-atividade.html>

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Serviço de Internamento (2010); *Visitas e Informações – Panfleto concebido para informar os utentes e as visitas sobre as normas de funcionamento do serviço*.

Silva, L. & Firmino, R. (2010); Oficinas terapêuticas no processo de reabilitação psicossocial. Acedido em 07 de abril de 2012 em <http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Oficinasterapeuticasnoprocessodereabilitacaopsicossocial.pdf>

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan.

Yalom, I. D. (2008); *Psicoterapia de Grupo: Teoria e prática* (5ª Edição); Traduzido por Costa, R. C; Porto Alegre: Artmed.

O enfermeiro terapeuta e coterapeuta:

ANEXO XIV – Relatório de Intervenção: “Relaxamento utilizando Imagens Mentais”

Serviço de Internamento de Psiquiatria

INTERVENÇÃO:

“RELAXAMENTO A UTILIZAR IMAGENS MENTAIS”

UTILIZANDO O GUIÃO DA CASA DE MADEIRA

DATA: 23 / 04 / 2012

HORA: 20:30

População Alvo: Utentes Internados no Serviço

Duração: 1 hora

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria

Enfermeiro Terapeuta:

- Enf. Marco das Neves

Fundamentação:

As técnicas de relaxamento, apresentam-se como um conjunto de procedimentos de intervenção muito utilizados em saúde mental. O relaxamento terapêutico é uma possibilidade terapêutica que pode ser utilizada como terapia principal ou como terapia adjuvante em diferentes situações clínicas. (Filho, 2009)

O relaxamento pode ser muito útil no controlo e prevenção de situações de stress, pode proporcionar momentos de prazer e alegria podendo muitas vezes diminuir o impacto psicológico de situações adversas. O momento do relaxe deve ser respeitado e em muitas situações está indicado como indutor do sono pelo que deve ser utilizado antes de ir dormir. (Junqueira, 2006)

No relaxamento simples, pede-se ao utente que se coloque numa posição confortável de sentado ou deitado e que tome consciência da sua respiração, promovendo o relaxar dos músculos (Junqueira, 2006)

A técnica de utilizar a imaginação de uma cena é essencial para desenvolver zonas cerebrais criadoras de imagens. Nesta técnica tudo é simbólico, mas o simbólico tem o poder de despertar emoções boas e sensações agradáveis melhorando o humor e a motivação. A imaginação permite criar imagens mentais associadas a ambientes de bem estar e permite que gradualmente se livrem dos efeitos negativos, geralmente associados ao quotidiano. (Junqueira, 2006)

A técnica das imagens mentais utiliza a imaginação na tentativa de diminuir a resposta corporal ao stress. Cada um pode idealizar as imagens que melhor relaxe lhe proporciona, estas imagens são tão ilimitadas quanto a própria imaginação. (Townsend, 2011)

Objetivos Gerais:

Desfragmentar padrões cognitivos erróneos, criando espaço para uma reprogramação mental mais saudável.

Objetivos Específicos:

Despertar emoções boas e sensações agradáveis associadas a imagens mentais.

Provocar alívio dos sintomas negativos geralmente associados ao quotidiano.

Criar imagens mentais associadas a bem estar.

Possibilitar a harmonização psicocorporal, com a tomada de consciência corporal real.

Identificar e assimilar conteúdos que proporcionem um novo comportamento melhor adaptado.

Recursos:

- Sala sem mobília.
- Aparelhagem sonora, leitor de CDs
- Guião de leitura.
- Colchões

Número de participantes:

13

Relatório:

Uma vez que a técnica de relaxamento é uma terapêutica indutora do sono, entendeu-se que pelas 20:30 seria a hora mais adequada para a sessão de relaxamento, uma vez que a hora prevista para deitar é às 21:30.

Dos utentes internados no serviço, apenas foram convidados a participar aqueles que revelam alguma crítica sobre o motivo de internamento.

A todos os que se dispuseram a participar, foi-lhes proporcionado um espaço de conforto na posição de deitados.

A sessão teve início com a apresentação do enfermeiro terapeuta, promovendo a relação terapêutica. Foi realizado um momento de aquecimento, em que foi explicado o princípio da técnica. Foi explicada a importância do ambiente calmo, e que os ruídos causados por cada um individualmente, podem ser perturbadores dos restantes elementos do grupo. Foi explicado que as imagens descritas, devem ser imaginadas de acordo com, o poder de imaginação de cada um.

Foram questionados todos os elementos do grupo, sobre se havia alguém presente que não gostasse de gatos, uma vez que o guião associa bem-estar à presença de um gato.

Uma vez criado o ambiente adequado e realizado o aquecimento, foi realizada a leitura do guião em anexo ao som de música de fundo calma, com uma voz serena e sem variação da intensidade de voz. Durante este momento foi realizada a observação individual da expressão corporal de cada um dos participantes.

No final foi permitido a cada um individualmente exprimir, as sensações que sentiu.

Foi também dado espaço, para que cada um pudesse apontar os momentos mais fortes e mais fracos do terapeuta, aqueles que prejudicaram ou beneficiaram o relaxe mais profundo.

No final sentiu-se um ambiente sereno, manifestado pela capacidade de cada um em ouvir a opinião dos outros e em manifestar a sua opinião quando foi oportuno.

Bibliografia:

Filho, P. G. S. (2009). *Introdução aos métodos de relaxamento - Encontro paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais*. Anais, Curitiba. Disponível em <http://www.centroreichiano.com.br/artigos> acedido a 25 de março de 2012

Junqueira, M. F. R. (2006). *A viagem do relaxamento: Técnicas de relaxamento e dinâmicas* (1ª Edição). Goiânia: Ed da UCG

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem psiquiátrica. Conceitos de cuidados* (6ª edição) (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).

Observações:

A sessão decorreu como prevista.

Os utentes apresentaram o comportamento esperado.

Guião para relaxamento: **Casa de Madeira**

Comecem por se sentir completamente relaxados.

Cada parte do vosso corpo começa a ficar cada vez mais pesada... primeiro o pé direito, a perna, a coxa, ... pé esquerdo, perna e coxa... Os braços começam também a ficar mais pesados... o ombro esquerdo, o braço, o antebraço, a mão... O ombro direito, o braço, o antebraço, a mão...

A cabeça começa também a ficar mais pesada... enquanto isso, vão inspirando e expirando calmamente... profundamente... lentamente. Agora visualizem que estão no meio de um campo, um campo cheio de flores frescas, árvores altas... à vossa frente está uma estrada de pequenas pedras que vos faz um percurso até à porta de uma casa. Uma casa feita de madeira, com vasos de flores á porta. Lentamente entram na casa e estão na cozinha. Tem paredes brancas, é muito iluminada pela luz do sol. No centro da cozinha está uma mesa com uma jarra de flores e uma cesta com fruta fresca. Pegam numa peça de fruta e trinquem. Sintam o quão saboroso e sumarenta essa fruta é. Depois dirigem-se á sala, onde encontrarão mais flores coloridas, desde brancas, violetas, vermelhas... Tem uma porta que dá para uma varanda, nessa varanda têm uma vista para o campo, para um pequeno lago com uma cascata, com água cristalina muito azul. Ao vosso lado está um baloiço, onde se podem sentar tranquilamente e inspirar a frescura do campo, ouvir os sons da natureza e verificar como esta nos tranquiliza.

Ouçam o som da água a cair na cascata, sintam o cheiro das flores... Ouçam ao longe os pássaros nas árvores.

Na vossa direção vem um gatinho, um gatinho pequeno, muito querido, que nunca vos iria magoar. Ele salta para o vosso colo e vocês começam a fazer-lhe festinhas e a dar-lhe carinho... deixem que as vossas preocupações e os vossos problemas seja ele a levá-los. Nada lhe acontecerá, ele simplesmente saberá lidar melhor com eles e com isso tira-nos um peso de cima... Quando se sentirem mais aliviados deixem que ele vos mostre um esconderijo dele, e que vá buscar uma prenda para si. Ele entregar-lhe-á uma coisa que seja importante para ele. Agradeça a prenda, dê-lhe um abraço, agradeça pela sua presença e diga-lhe que um dia volta para lhe fazer uma visita.

Entram novamente para a varanda, passam a sala, a cozinha e saem pela porta pela qual entraram. Pegam novamente na chave e trancam a porta da casa. Esta casa será sempre vossa sempre que precisarem de vir largar os vossos medos e as vossas preocupações. Sentem-se agora mais leves, mais calmos e relaxados...

Devagar vão mexendo os pés, fazendo movimentos curtos, mexam as pernas, as mãos. Bem devagar e lentamente abram os olhos... espreguicem-se á vontade e voltem á sala tal e qual como estávamos inicialmente.

ANEXO XV – Relatório de Intervenção: “Relaxamento progressivo de Jacobson” I

Serviço de Internamento de Psiquiatria

INTERVENÇÃO:

“RELAXAMENTO PROGRESSIVO” UTILIZANDO A VERSÃO ADAPTADA DE JACOBSON

DATA: 25 / 04 / 2012

HORA: 20:30

População Alvo: Utentes Internados no Serviço

Duração: 1 hora

Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria

Enfermeiro Terapeuta:

- Enf. Marco das Neves

Fundamentação:

As técnicas de relaxamento, apresentam-se como um conjunto de procedimentos de intervenção muito utilizados em saúde mental. O relaxamento terapêutico é uma possibilidade terapêutica que pode ser utilizada como terapia principal ou como terapia adjuvante em diferentes situações clínicas. (Filho, 2009)

O relaxamento pode ser muito útil no controlo e prevenção de situações de stress, pode proporcionar momentos de prazer e alegria podendo muitas vezes diminuir o impacto psicológico de situações adversas. O momento do relaxe deve ser respeitado e em muitas situações está indicado como indutor do sono pelo que deve ser utilizado antes de ir dormir. (Junqueira, 2006)

No relaxamento simples, pede-se ao utente que se coloque numa posição confortável de sentado ou deitado e que tome consciência da sua respiração, promovendo o relaxar dos músculos (Junqueira, 2006)

A técnica criada pelo Dr. Edmund Jacobson centra-se na contração e na distensão muscular do qual resulta um profundo relaxamento. Este método tem uma orientação mais fisiológica que psicológica onde cada um aprende a avaliar e realizar sistematicamente as suas tenções nos diversos grupos musculares, para depois relaxa-los. (Filho, 2009)

A apresentação de qualquer técnica de relaxamento deve conter os seguintes pontos: finalidade para a qual se vai ensinar e relação com o problema do paciente, em que consiste a técnica em termos gerais, como se procederá nas sessões, importância da prática em casa e, por último, em que consiste a sessão atual. (Vera, 1996)

Objetivos Gerais:

Desfragmentar padrões cognitivos erróneos, criando espaço para uma reprogramação mental mais saudável.

Objetivos Específicos:

Despertar emoções boas e sensações agradáveis associadas a imagens mentais.

Provocar alívio dos sintomas negativos geralmente associados ao quotidiano.

Criar imagens mentais associadas a bem estar.

Possibilitar a harmonização psicocorporal, com a tomada de consciência corporal real.

Identificar e assimilar conteúdos que proporcionem um novo comportamento melhor adaptado.

Recursos:

- Sala sem mobília.
- Aparelhagem sonora, leitor de CDs
- Guião de leitura.
- Colchões

Número de participantes:

13

Relatório:

Uma vez que a técnica de relaxamento é uma terapêutica indutora do sono, entendeu-se que pelas 20:30 seria a hora mais adequada para a sessão de relaxamento, uma vez que a hora prevista para deitar é às 21:30.

Dos utentes internados no serviço, apenas foram convidados a participar aqueles que revelam alguma crítica sobre o motivo de internamento.

A todos os que se dispuseram a participar, foi-lhes proporcionado um espaço de conforto na posição de deitados.

A sessão teve início com a apresentação do enfermeiro terapeuta, promovendo a relação terapêutica. Foi realizado um momento de aquecimento, em que foi explicado o princípio da técnica. Foi explicada a importância do ambiente calmo, e que os ruídos causados por cada um individualmente, podem ser perturbadores dos restantes elementos do grupo. Foi explicado o tipo de exercícios a fazer e dados alguns exemplos. Foi também explicado que esta técnica pode ser repetida por cada um individualmente sem ter um terapeuta a orientar.

Uma vez criado o ambiente adequado e realizado o aquecimento, foi realizada a leitura do guião em anexo ao som de música de fundo calma, com uma voz serena e sem variação da intensidade de voz. Durante este momento foi realizada a observação individual da expressão corporal de cada um dos participantes.

No final foi permitido a cada um individualmente exprimir, as sensações que sentiu.

Foi também dado espaço, para que cada um pudesse apontar os momentos mais fortes e mais fracos do terapeuta, aqueles que prejudicaram ou beneficiaram o relaxe mais profundo.

No final sentiu-se um ambiente sereno, manifestado pela capacidade de cada um em ouvir a opinião dos outros e em manifestar a sua opinião quando foi oportuno.

Foram ainda incentivados a repetir a técnica, cada um individualmente, sensibilizando-os para a importância do ambiente adequado para a realização desta técnica de autorrelaxamento.

Bibliografia:

Filho, P. G. S. (2009). *Introdução aos métodos de relaxamento - Encontro paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais*. Anais, Curitiba. Disponível em <http://www.centroreichiano.com.br/artigos> acessado a 25 de março de 2012.

Junqueira, M. F. R. (2006). *A viagem do relaxamento: Técnicas de relaxamento e dinâmicas* (1ª Edição). Goiânia: Ed da UCG

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem psiquiátrica. Conceitos de cuidados* (6ª edição) (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).

Vera, M. N. & Vila, Jaime (1996). Youblisher disponível em <http://www.youblisher.com/p/186702-experiencia> acessado a 25 de março de 2012.

Observações:

A sessão decorreu como prevista.
Os utentes apresentaram o comportamento esperado.

Anexo I:

Está instalado confortavelmente e relaxado.

Agora gostaria que continuasse confortavelmente instalado, de forma a deixar o seu corpo relaxado, enquanto concentra sua atenção em sua mão direita (ou esquerda, se for o braço dominante). Quando eu disser, feche a mão, com muita, muita força, tanta força quanto a que puder. **Agora!** Perceba o que sente quando os músculos da mão e antebraço estão tensos. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que experimenta. Agora quando eu disser “solte” quero que sua mão se abra completamente e deixe-a cair sobre o colchão; não o faça gradualmente, deixe-a cair de uma vez.

Solte!

Concentre agora a sua atenção no seu braço direito, quando eu disser use o cotovelo para empurrar o colchão contra o chão, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora.** Perceba o que sente quando os músculos do braço e ombro estão tensos. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que está a experimentar. Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe o braço, **Solte!**

Concentre agora a sua atenção na sua mão esquerda. Quando eu disser, feche a mão, com muita, muita força, tanta força quanto a que puder. **Agora!** Perceba o que sente quando os músculos da mão e antebraço estão tensos. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que experimenta. Agora quando eu disser “solte” quero que sua mão se abra completamente e deixe-a cair sobre o colchão; não o faça gradualmente, deixe-a cair de uma vez. **Solte!**

Concentre agora a sua atenção no seu braço esquerdo, quando eu disser use o cotovelo para empurrar o colchão contra o chão, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora.** Perceba o que sente quando os músculos do braço e ombro estão tensos. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que está a experimentar. Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe o braço, **Solte!**

Concentre agora a sua atenção na testa e couro cabeludo, quando eu disser levante as sobrancelhas tão alto quanto possível, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora.** Perceba o que sente quando os músculos da testa e couro cabeludo estão tensos. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que está a experimentar. Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe a testa, **Solte!**

Concentre agora a sua atenção nos olhos e nariz, quando eu disser feche os olhos com força ao mesmo tempo que enruga o nariz, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora.** Perceba o que sente quando os músculos dos olhos e nariz estão tensos. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que está a experimentar. Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe os olhos e o nariz, **Solte!**

Concentre agora a sua atenção na boca e maxilares, quando eu disser cerre os dentes e os lábios rasgados em direção às orelhas, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora.** Perceba o que sente quando os músculos da face estão tensos. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que está a experimentar. Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe, **Solte!**

Concentre agora a sua atenção no pescoço, quando eu disser dobra o pescoço para a direita, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora.** Perceba o que sente... Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que está a experimentar. Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe, **Solte!**

Agora quando eu disser dobre o pescoço para a esquerda, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora.** Perceba o que sente... Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe, **Solte!**

Agora quando eu disser dobre o pescoço para a frente, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora.** Perceba o que sente... Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe, **Solte!**

Agora quando eu disser dobre o pescoço para a trás, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora.** Perceba o que sente... Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe, **Solte!**

Concentre agora a sua atenção no peito e costas, quando eu disser Inspire profundamente mantendo a

respiração, em simultâneo desloque os ombros para trás tentando juntar as omoplatas, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora**. Perceba o que sente quando os músculos do peito e costas estão tensos. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que está a experimentar.

Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe, **Solte!**

Concentre agora a sua atenção na região do estômago, encolha toda a região abdominal sustentando a respiração. Agora, mantendo a respiração suspensa relaxe a região abdominal. Repita o processo duas vezes.

Concentre agora a sua atenção no seu pé direito. Quando eu disser, dobre o pé sobre a perna com os dedos esticados sem levantar o calcanhar, com muita, muita força, tanta força quanto a que puder.

Agora! Perceba o que sente quando os músculos do pé e da perna estão tensos, mantendo a tensão levante agora a perna toda. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que experimenta.

Agora quando eu disser “solte” quero que relaxe deixando cair a perna sem se magoar. **Solte!**

Mantendo a atenção na mesma perna, quando eu disser, estique o pé com os dedos fletidos sem levantar o calcanhar, com muita, muita força, tanta força quanto a que puder. **Agora!** Perceba o que sente quando os músculos do pé e da perna estão tensos, mantendo a tensão levante agora a perna toda. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que experimenta. Agora quando eu disser “solte” quero que relaxe deixando cair a perna sem se magoar. **Solte!**

Concentre agora a sua atenção no seu pé esquerdo. Quando eu disser, dobre o pé sobre a perna com os dedos esticados sem levantar o calcanhar, com muita, muita força, tanta força quanto a que puder.

Agora! Perceba o que sente quando os músculos do pé e da perna estão tensos, mantendo a tensão levante agora a perna toda. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que experimenta.

Agora quando eu disser “solte” quero que relaxe deixando cair a perna sem se magoar. **Solte!**

Mantendo a atenção na mesma perna, quando eu disser, estique o pé com os dedos fletidos sem

levantar o calcanhar, com muita, muita força, tanta força quanto a que puder. **Agora!** Perceba o que sente quando os músculos do pé e da perna estão tensos, mantendo a tensão levante agora a perna toda. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que experimenta. Agora quando eu disser “solte” quero que relaxe deixando cair a perna sem se magoar. **Solte!**

Centre agora toda a sua atenção em todos os músculos que utilizou e perceba o quanto estão relaxados...um a um.

Primeiro o braço direito, perceba quanto ele está relaxado e leve.

Agora o braço esquerdo, tenha a sensação de relaxe em todo o braço esquerdo.

A testa, os olhos e nariz, a boca e maxilares perceba quanto estão relaxados todos os músculos da face

E o pescoço, quanta sensação de relaxe se sente no pescoço totalmente relaxado.

Os músculos do peito e das costas estão completamente relaxados.

Assim como os do abdómen, completamente relaxados.

Agora o membro inferior direito, perceba o quanto relaxado está o seu membro inferior direito.

E depois o membro inferior esquerdo, perceba o quanto está relaxado o seu membro inferior esquerdo.

Perceba agora como a tensão e o incómodo desapareceram de sua mão e antebraço. Fixe-se nas sensações de relaxamento, de prazer, de tranquilidade que tem agora. Fixe-se no contraste, na diferença entre ter a mão tensa e tê-la relaxada. Continue soltando esses músculos, deixando que se façam cada vez mais lisos, mais relaxados. Não faça nada, deixe-os soltos.

ANEXO XVI – Relatório de Intervenção: “Relaxamento autogénico de schultz” I

Serviço de Internamento de Psiquiatria

INTERVENÇÃO:

“RELAXAMENTO PROGRESSIVO MODIFICADO OU AUTOGÉNICO DE SCHULTZ” UTILIZANDO O GUIÃO DA ILHA DESERTA

DATA: 16 / 04 / 2012
HORA: 20:30

População Alvo: Utentes Internados no Serviço
Duração: 1 hora
Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria

Enfermeiro Terapeuta:

- Enf. Marco das Neves

Fundamentação:

As técnicas de relaxamento, apresentam-se como um conjunto de procedimentos de intervenção muito utilizados em saúde mental. O relaxamento terapêutico é uma possibilidade terapêutica que pode ser utilizada como terapia principal ou como terapia adjuvante em diferentes situações clínicas. (Filho, 2009)

O relaxamento pode ser muito útil no controlo e prevenção de situações de stress, pode proporcionar momentos de prazer e alegria podendo muitas vezes diminuir o impacto psicológico de situações adversas. O momento do relaxe deve ser respeitado e em muitas situações está indicado como indutor do sono pelo que deve ser utilizado antes de ir dormir. (Junqueira, 2006)

No relaxamento simples, pede-se ao utente que se coloque numa posição confortável de sentado ou deitado e que tome consciência da sua respiração, promovendo o relaxar dos músculos (Junqueira, 2006)

O treino autogénico de Schultz, utiliza como principal enfoque processos fisiológicos como a sensação de calor, de peso, batimentos cardíacos e ciclos respiratórios. Utilizando expressões como “Estou completamente tranquilo, o braço direito está pesado... o braço direito está quente... o coração bate forte e tranquilo.” (Lima, 2005)

No relaxamento progressivo modificado, o individuo não contrai os músculos, aprende a relaxar os músculos centrando a sensação de relaxe dentro dos próprios músculos, utilizando para isso na maioria dos casos a sensação de calor. (Townsend, 2009)

Objetivos Gerais:

Desfragmentar padrões cognitivos erróneos, criando espaço para uma reprogramação mental mais saudável.

Objetivos Específicos:

Melhoramento da regulação do tónus muscular.
Libertação de energias anteriormente consumidas por dinâmicas corporais viciosas.
Possibilitar a harmonização psicocorporal, com a tomada de consciência corporal real.
Identificar e assimilar conteúdos que proporcionem um novo comportamento melhor adaptado.

Recursos:

- Sala sem mobília.
- Aparelhagem sonora, leitor de CDs
- Guião de leitura.
- Colchões

Número de participantes:

13

Relatório:

Uma vez que a técnica de relaxamento é uma terapêutica indutora do sono, entendeu-se que pelas 20:30 seria a hora mais adequada para a sessão de relaxamento, uma vez que a hora prevista para deitar é às 21:30.

Dos utentes internados no serviço, apenas foram convidados a participar aqueles que revelam alguma crítica sobre o motivo de internamento.

A todos os que se dispuseram a participar, foi-lhes proporcionado um espaço de conforto na posição de deitados, houve um elemento que preferiu ficar sentado.

A sessão teve início com a apresentação do enfermeiro terapeuta, promovendo uma relação terapêutica.

Foi realizado um momento de aquecimento, em que foi explicado o princípio da técnica. Foi explicada a importância do ambiente calmo, e que os ruídos causados por cada um individualmente, podem ser perturbadores dos restantes elementos do grupo.

Uma vez criado o ambiente adequado e realizado o aquecimento, foi realizada a leitura do guião em anexo ao som de música de fundo calma, com uma voz serena e sem variância da intensidade de voz. Durante este momento foi realizada a observação individual da expressão corporal de cada um dos participantes.

No final foi permitido a cada um individualmente exprimir, as sensações que sentiu.

Foi também dado espaço, para que cada um pudesse apontar os momentos mais fortes e mais fracos do terapeuta, aqueles que prejudicaram ou beneficiaram o relaxe mais profundo.

No final sentiu-se um ambiente sereno, manifestado pela capacidade de cada um em ouvir a opinião dos outros e em manifestar a sua opinião quando foi oportuno.

Bibliografia:

Filho, P. G. S. (2009). *Introdução aos métodos de relaxamento - Encontro paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais*. Anais, Curitiba. Disponível em <http://www.centroreichiano.com.br/artigos> acedido a 25 de março de 2012

Junqueira, M. F. R. (2006). *A viagem do relaxamento: Técnicas de relaxamento e dinâmicas* (1ª Edição). Goiânia: Ed da UCG

Lima, R. F. (2005). Suportes Básicos e Neurofisiologia das Práticas Meditativas. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0266.pdf> acedido a 25 de março de 2012

Townsend, Mary C. (2011). *Enfermagem psiquiátrica. Conceitos de cuidados* (6ª edição) (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).

Observações:

A sessão decorreu como prevista.

Os utentes apresentaram o comportamento esperado.

Anexo I:

Guião para relaxamento: Ilha Deserta

Sente-se confortável ou então deite-se de costas. Feche os olhos e concentre-se na respiração por breves instantes. Imagine que diante dos seus olhos se abre um enorme ecrã... totalmente branco! Pouco a pouco vai entrando nesse ecrã e começa a participar no filme. Passou para dentro da história...

O sol brilhava no céu e eu sentia-me quente... muito quente...
Estava numa ilha deserta, e o sol queimava o meu corpo...
E eu sentia-me cansado, muito cansado...
Sentia o meu braço direito quente, muito quente...
Quente e pesado, muito pesado...
O sol brilhava agora com mais intensidade... reparei então que o meu braço esquerdo ficou mais quente...
Muito quente e cansado, muito cansado...
A minha perna direita estava quente, muito quente e pesada, muito quente...
A minha perna esquerda ficou também muito quente, muito quente e pesada, muito quente...
E eu estava só, cada vez mais só... naquela ilha deserta onde o sol está cada vez mais quente...

Foi então que resolvi correr pela praia, eu estava só, muito só...
As minhas pernas começaram a ficar cansadas de tanto correr... muito cansadas...
Caí na areia... as pernas estavam pesadas, muito pesadas e os braços também...
Pesadas e quentes, e eu estava cansado, muito cansado...
A brisa do mar, fresca e húmida, começava finalmente a refrescar o meu corpo...
Sentia um ar fresco que percorria as minhas pernas e a parte superior do meu corpo...
Sentia-me cansado, muito cansado e o corpo pesado...
As ondas do mar vinham enrolar-se na areia, calmamente, muito calmamente...
Num tom azul muito transparente...
As gaivotas podiam ouvir-se ao longe...
E em grupo ouvia-se o seu cantar... ao longe.
As palmeiras ondulavam lentamente ao sabor da brisa do mar...
Eu estava muito cansado e ouvia ao longe o roçar das folhas umas nas outras...
E o meu corpo ficava ainda mais cansado e pesado...
Tão pesado que adormeci...
Fiquei adormecido durante algum tempo...

Quando acordei, quente e descansado com o corpo ainda entorpecido...
Era ainda dia e o sol sobrepunha o mar...
Estava uma brisa fresca de fim de tarde...
Espreguicei-me...
Estiquei as pernas...
E dei por mim em casa a sair lentamente do meu sonho...

....

Agora vou pedir-vos que tragam a vossa atenção para a sala onde estamos a repousar. Vou contar de 1 a 5, e à medida que conto comecem a sentir-se mais despertos, mais frescos, com a cabeça mais desanuviada. Quando eu chegar aos 5 gostaria que abrissem os olhos... 1 comecem a sentir-se alerta, 2... 3..., ainda méis alerta, 4... 5... abram os olhos e suavemente estiquem os braços e as pernas.

ANEXO XVII – Relatório de Intervenção: “Relaxamento autogénico de schultz” II

Serviço de Internamento de Psiquiatria

INTERVENÇÃO:

“RELAXAMENTO PROGRESSIVO MODIFICADO OU AUTOGÉNICO DE SCHULTZ” UTILIZANDO O GUIÃO DA PRAIA QUENTE

DATA: 27 / 04 / 2012
HORA: 20:30

População Alvo: Utentes Internados no Serviço
Duração: 1 hora
Local: Serviço de Internamento de Psiquiatria

Enfermeiro Terapeuta:

- Enf. Marco das Neves

Fundamentação:

As técnicas de relaxamento, apresentam-se como um conjunto de procedimentos de intervenção muito utilizados em saúde mental. O relaxamento terapêutico é uma possibilidade terapêutica que pode ser utilizada como terapia principal ou como terapia adjuvante em diferentes situações clínicas. (Filho, 2009)

O relaxamento pode ser muito útil no controlo e prevenção de situações de stress, pode proporcionar momentos de prazer e alegria podendo muitas vezes diminuir o impacto psicológico de situações adversas. O momento do relaxe deve ser respeitado e em muitas situações está indicado como indutor do sono pelo que deve ser utilizado antes de ir dormir. (Junqueira, 2006)

No relaxamento simples, pede-se ao utente que se coloque numa posição confortável de sentado ou deitado e que tome consciência da sua respiração, promovendo o relaxar dos músculos (Junqueira, 2006)

O treino autogénico de Schultz, utiliza como principal enfoque processos fisiológicos como a sensação de calor, de peso, batimentos cardíacos e ciclos respiratórios. Utilizando expressões como “Estou completamente tranquilo, o braço direito está pesado... o braço direito está quente... o coração bate forte e tranquilo.” (Lima, 2005)

No relaxamento progressivo modificado, o indivíduo não contrai os músculos, aprende a relaxar os músculos centrando a sensação de relaxe dentro dos próprios músculos, utilizando para isso na maioria dos casos a sensação de calor. (Townsend, 2009)

Objetivos Gerais:

Desfragmentar padrões cognitivos erróneos, criando espaço para uma reprogramação mental mais saudável.

Objetivos Específicos:

Melhoramento da regulação do tónus muscular.
Libertação de energias anteriormente consumidas por dinâmicas corporais viciosas.
Possibilitar a harmonização psicocorporal, com a tomada de consciência corporal real.
Identificar e assimilar conteúdos que proporcionem um novo comportamento melhor adaptado.

Recursos:

- Sala sem mobília.
- Aparelhagem sonora, leitor de CDs
- Guião de leitura.
- Colchões

Número de participantes:

11

Relatório:

Uma vez que a técnica de relaxamento é uma terapêutica indutora do sono, entendeu-se que pelas 20:30 seria a hora mais adequada para a sessão de relaxamento, uma vez que a hora prevista para deitar é às 21:30.

Dos utentes internados no serviço, apenas foram convidados a participar aqueles que revelam alguma crítica sobre o motivo de internamento.

A todos os que se dispuseram a participar, foi-lhes proporcionado um espaço de conforto na posição de deitados, houve um elemento que preferiu ficar sentado.

A sessão teve início com a apresentação do enfermeiro terapeuta, promovendo uma relação terapêutica.

Foi realizado um momento de aquecimento, em que foi explicado o princípio da técnica. Foi explicada a importância do ambiente calmo, e que os ruídos causados por cada um individualmente, podem ser perturbadores dos restantes elementos do grupo.

Uma vez criado o ambiente adequado e realizado o aquecimento, foi realizada a leitura do guião em anexo ao som de música de fundo calma, com uma voz serena e sem variação da intensidade de voz. Durante este momento foi realizada a observação individual da expressão corporal de cada um dos participantes.

No final foi permitido a cada um individualmente exprimir, as sensações que sentiu.

Foi também dado espaço, para que cada um pudesse apontar os momentos mais fortes e mais fracos do terapeuta, aqueles que prejudicaram ou beneficiaram o relaxe mais profundo.

No final sentiu-se um ambiente sereno, manifestado pela capacidade de cada um em ouvir a opinião dos outros e em manifestar a sua opinião quando foi oportuno.

Bibliografia:

Filho, P. G. S. (2009). *Introdução aos métodos de relaxamento - Encontro paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais*. Anais, Curitiba. Disponível em <http://www.centroreichiano.com.br/artigos> acedido a 25 de março de 2012

Junqueira, M. F. R. (2006). *A viagem do relaxamento: Técnicas de relaxamento e dinâmicas* (1ª Edição). Goiânia: Ed da UCG

Lima, R. F. (2005). Suportes Básicos e Neurofisiologia das Práticas Meditativas. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0266.pdf> acedido a 25 de março de 2012

Townsend, Mary C. (2011). *Enfermagem psiquiátrica. Conceitos de cuidados* (6ª edição) (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).

Observações:

A sessão decorreu como prevista, no entanto houve dois utentes que abandonaram a sessão a meio. Os restantes utentes apresentaram o comportamento esperado.

Guião para relaxamento: **A Praia Quente**

O método que vão aprender, consiste em breves frases que descrevem sensações de peso e calor.

Feche por favor os olhos. Imagine que se encontra num local que o faz sentir bem e relaxado... por exemplo uma praia quente... Imagine-se deitado na areia quente.

Sinta agora a sua respiração. Sinta o ar a entrar para dentro dos seus pulmões. Depois sai muito devagar e quente... Sinta a sua respiração... O ar a entrar... e depois a sair...

Sinta-se em paz... Centre agora a sua atenção no braço direito... Sinta-o pesado, muito pesado, cada vez mais pesado... Sinta-se em paz, deitado na areia quente. O meu braço está pesado.

Sinta-se em paz... Sinta o seu braço direito quente, quente, muito quente. Sinta-se em paz, a areia está quente.

Sinta-se em paz... Centre agora a sua atenção no braço esquerdo... Sinta-o pesado, muito pesado, cada vez mais pesado... Sinta-se em paz, deitado na areia quente. O meu braço está pesado.

Sinta-se em paz... Sinta o seu braço esquerdo quente, quente, muito quente. Sinta-se em paz, a areia está quente.

Sinta-se em paz... Centre agora a sua atenção em ambos os braços. Sinta os seus dois braços pesados, muito pesados, cada vez mais pesados... Sinta-se em paz, deitado na areia quente. Sinta os seus braços pesados na areia quente.

Sinta-se em paz... Sinta os seus braços quentes, quentes, muito quentes. Sinta-se em paz, a areia está quente.

Sinta-se em paz... Centre agora a sua atenção na perna direita... Sinta-a pesada, muito pesada, cada vez mais pesada... Sinta-se em paz. Deitado na areia quente, sinta a sua perna direita quente e pesada.

Sinta-se em paz... Sinta a sua perna direita quente, quente, muito quente. Sinta-se em paz, a areia está quente.

Sinta-se em paz... Centre agora a sua atenção na perna esquerda. Sinta-a pesada, muito pesada, cada vez mais pesada... Sinta-se em paz. Deitado na areia quente, sinta a sua perna esquerda quente e pesada.

Sinta-se em paz... Sinta a sua perna esquerda quente, quente, muito quente. Sinto-me em paz.

Sinta-se em paz... Centre agora a sua atenção em ambas as pernas. Sinta-as pesadas, muito pesadas, cada vez mais pesadas... Sinta-se em paz. Sinta as suas pernas pesadas e quentes.

Sinta-se em paz... Sinta as duas pernas quentes, quentes, muito quentes. Sinto-me em paz.

Deitado na areia quente ouço as ondas do mar a bater e sinto a minha respiração... O ar a entrar e a sair...

Sinta-se em paz. Os seus braços e as suas pernas estão pesados e quentes.

O seu batimento cardíaco está calmo e regular.

A sua respiração está calma e regular.

Todo o seu corpo está calmo, calmo, calmo...

Deitado na areia quente sinta a brisa do mar... Sinta-se em paz. Os seus braços e as suas pernas estão pesados e quentes.

O seu batimento cardíaco está calmo e regular.

A sua respiração está calma.

A sua testa está fresca, muito fresca, sinta a brisa do mar a bater na testa. Sinta-se em paz...

Sinta o seu corpo leve, cada vez mais leve.

Sinta o seu corpo fresco e muito leve.

Quando estiver preparado, lentamente, volte a ter consciência da sala em que se encontra. Abra os olhos, deixe-os percorrer o interior da sala. Diga a si próprio que está revigorado e alerta. Feche e abra as mãos levemente. Dobre e estique os braços algumas vezes, depois as pernas. Alongue suavemente o corpo. Vire-se de lado e levante-se devagar.

ANEXO XVIII – Intervenção com famílias sobre a adesão terapêutica em psiquiatria.

FORMAÇÃO:

“A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO TERAPÊUTICA EM PSIQUIATRIA”

DATA: 25 / 04 / 2012

População Alvo: Familiares dos Utentes Internados no Serviço

Duração: 2 hora

Enfermeiro Formador:

- Enf. Marco das Neves

Fundamentação:

Os fármacos são utilizados com três objetivos terapêuticos distintos, a cura de uma doença, a prevenção de uma doença ou para o controlo e alívio de patologias e sintomas. (Leite, 2003)
São os doentes crónicos que têm mais dificuldade em aderir à terapêutica. Cerca de metade das pessoas portadoras de doença crónica não aderem á medicação, como seria esperado, condicionando a economia, o bem-estar e a qualidade de vida da sociedade. (Dias, 2011)

Muito se fala do elevado consumo de medicação pela população mundial, no entanto nos últimos tempos a atenção também se tem centrado na problemática da não adesão á terapêutica e isto preocupa os profissionais de saúde. (Leite, 2003)

As causas da não adesão á terapêutica medicamentosa, pedem ser diversas tais como:

- Muitas vezes é mais fácil seguir os conselhos das mesinhas caseiras,
- Outras vezes o acesso ao medicamento nem sempre é possível,
- No caso dos idosos o elevado custo dos fármacos pode ser a principal causa da não adesão terapêutica,
- O elevado numero de medicamentos prescritos em muitos casos é suficiente para deixarem de tomar a medicação prescrita,
- Quando não há sintomas a medicação não causa alívio dos mesmos e isso é desmotivador,
- Ainda há a desconfiança do paciente sobre a competência do médico prescriptor, e muitas vezes a linguagem utilizada pelo médico é difícil para o utente e confusa.

Cada uma destas possíveis causas nem sempre surgem de forma isolada, em muitos casos são varias causas as que levam os utentes a não aderirem á terapêutica medicamentosa. (Leite, 2003)

Não existe uma receita magica que motive os utentes a aderirem á terapêutica, mas existem estratégias que podem e devem ser adotadas, de acordo com as circunstâncias individuais de cada situação. Os indivíduos e suas características individuais e também, as características do profissional de saúde. (Dias, 2011)

Podemos afirmar que a adesão terapêutica em Portugal poderá ser melhorada se a sociedade civil assumir essa responsabilidade, no sentido de apoiar as pessoas mais vulneráveis do ponto vista social e do estado de saúde. Urge então criar não só associações formais, mas também redes informais, de doentes crónicos, dos seus familiares e amigos, bem como do crescente número de voluntários ativos no campo dos cuidados de saúde. O estado deverá fornecer a essas associações, redes e voluntários o apoio técnico específico de profissionais de saúde, segundo a natureza das doenças, com vista a garantir a indispensável mediação permanente entre, por um lado, o doente e a sua doença, e por outro lado, o médico e os seus doentes. (Cabral, 2010)

Objetivos Gerais:

Sensibilizar a família para a importância da adesão terapêutica em psiquiatria.

Objetivos Específicos:

Que os familiares estejam sensibilizados para a importância da adesão terapêutica dos doentes de psiquiatria.
Que os familiares percebam a sua importância, no momento da alta, para a adesão terapêutica dos doentes de psiquiatria.
Que os familiares percebam a importância de diagnosticar o mais precoce possível a não adesão terapêutica dos doentes de psiquiatria.

Recursos pedagógicos:

- Sala de reunião com lugar para todos os formandos em forma de U
- Computador
- Videoprojector
- Quadro de Parede.
- Marcadores

Número de participantes:

9

Avaliação:

Foi permitido esclarecer dúvidas sobre as temáticas abordadas.
Foi pedido a opinião de cada participante sobre os temas abordados.
Foi pedida uma avaliação qualitativa da ação, a cada participante individualmente. (de uma forma geral a opinião foi unânime sobre os temas abordados e todos referiram que saíram mais esclarecidos)

Bibliografia:

Cabral, M. V. & Silva, P. A. (2010); *A adesão terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamento da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, disponível em <http://www.apifarma.pt/estudos/siteestudos/Documents/Conclus.pdf> acedido a 20/04/2012.

Dias, M. A.; Cunha, M.; Santos, A.; Neves, A.; Pinto, A.; Silva, A; Castro, S. (2011); *Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura*. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium40/14.pdf> acedido a 20/04/2012.

Leite, S. N. & Vasconcellos, M. P. C. (2003); *Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura*; Ciência & Saúde Coletiva disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v8n3/17457.pdf> acessado a 20/04/2012.

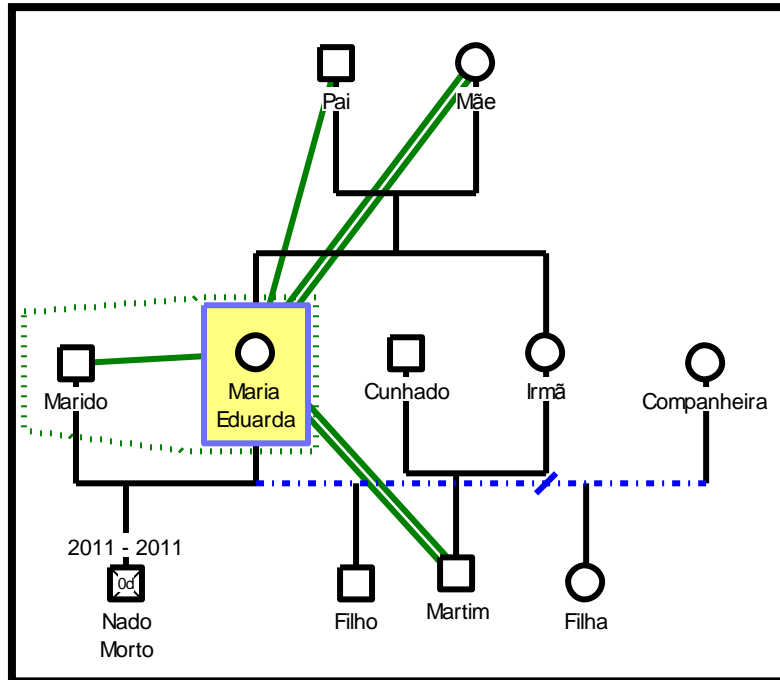
Observações:

A formação decorreu de acordo com o previsto, no final os familiares manifestaram satisfação por terem estado presentes e manifestaram interesse em participar noutros eventos do mesmo género no futuro.

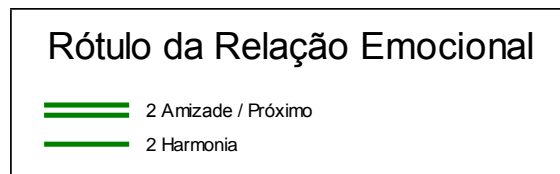
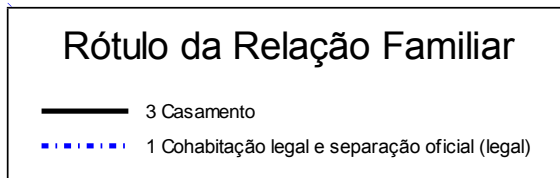
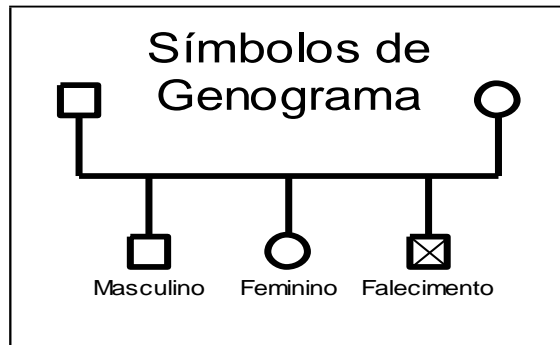
Os enfermeiros formadores

ANEXO XIX – Genograma e Ecomapa do Estudo de caso – Surto Psicótico

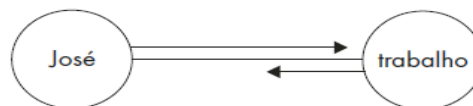
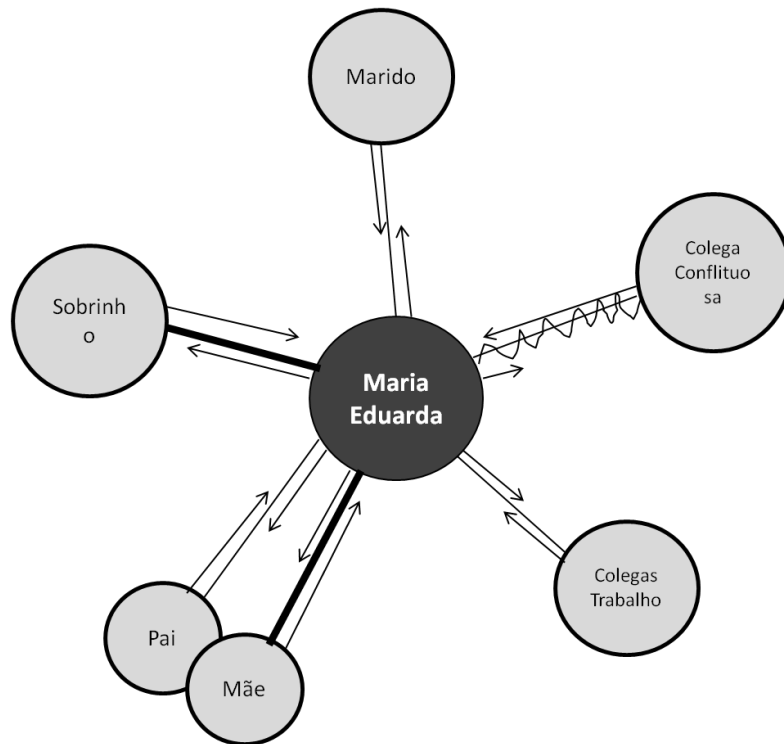
GENOGRAMA – Caso M^a Eduarda



Legenda:



ECOMAPA – Caso M^a Eduarda



Relação fraca, requiere esforço/energia
 Não compensadora
 Não stressante



Relação forte
 Fornece apoio/energia
 Compensadora
 Não stressante



Relação fraca
 Sem impacto na energia/recursos
 Stressante

ANEXO XX - Questionário de diagnóstico

20- COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22- QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23 - NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOCÊ SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?					
Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia	Muito incomodado	Um pouco incomodado pelos meus nervos	Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso	Apenas de forma muito ligeira	Nada incomodado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26- NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?					
Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27- DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?					
Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?				
Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, umas poucas de vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV - ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque com um círculo a letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio deverá assinalar a letra A, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

Obrigado pela colaboração
Marco das Neves

ANEXO XXI – Primeira sessão de psicoterapia

INTERVENÇÃO:

“IDEAÇÃO SUICIDÁRIA” **INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA – PRIMEIRA ABORDAGEM**

DATA: 29 / 06 / 2012

HORA: 16:00

Utente: Maria Silva

Duração: 1 hora

Local: UCC Fátima

Enfermeiro Terapeuta:

- Enf. Marco das Neves

Fundamentação:

A abordagem comportamental é útil quando estamos a abordar um comportamento mal adaptativo ou seja quando não está ajustado á idade, quando não está de acordo com o estímulo ou quando é inadequado culturalmente. Neste contexto podemos partir para uma terapia comportamental, partindo do princípio que estes comportamentos têm por base uma aprendizagem inadequada, acreditando assim que uma aprendizagem correta pode corrigir os comportamentos inadequados (Townsend, 2011)

A construção de uma relação terapêutica prevê a promoção da aprendizagem e do crescimento num esforço contínuo de fazer uma alteração na vida do cliente. A construção desta relação pressupõe que o enfermeiro terapeuta tenha uma boa autoconsciência e autoconhecimento. Este conhecimento de si mesmo aumenta a capacidade de se relacionar com os outros de uma forma satisfatória. Para a construção de uma boa relação terapêutica o enfermeiro tem que aceitar as diferenças de valores e a individualidade de cada um, esta regra é importante na enfermagem e essencial na enfermagem psiquiátrica. (Townsend, 2011)

Não há nenhum quadro clínico psiquiátrico onde não se tente uma abordagem comportamental, esta tem um duplo objetivo se por um lado pretende compreender as manifestações comportamentais da situação clínica por outro pretende estabelecer um mecanismo de intervenção. Cada doente é individual e a terapia comportamental deverá ser adequada para as características individuais de cada doente a trabalhar. (Serra, 2009)

Uma intervenção terapêutica comportamental, terá o seu sucesso assente em três premissas: a técnica em si, a motivação do doente para se tratar e o terapeuta. (Serra, 2009)

Na prática clínica a intenção de morte, a motivação de conduta lesiva e o seu significado são na sua maioria situações difíceis de interpretar. (Sampaio, 2009)

Em Portugal, um grande número de pessoas que tentaram o suicídio numa ocasião, virão mais tarde a morrer por suicídio. Assim sendo uma tentativa de suicídio aponta para uma crise suicidária mais grave que pode conduzir a lesões orgânicas mais graves ou até mesmo á morte efetiva. (Sampaio, 2009)

Para se abordar um doente com comportamento suicidário, deve-se encontrar um lugar adequado onde uma conversa possa fluir sem interferências. As pessoas com ideação suicida geralmente necessitam de mais tempo para vencerem os sentimentos de culpabilização, é necessário tempo e disponibilidade mental para acompanhar uma pessoa com estes sentimentos. O mais importante numa relação terapêutica com este tipo de doentes é ouvir. O principal objetivo da intervenção é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, desespero e perda de esperança e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor. Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não julgamento é fundamental para facilitar a comunicação. (OMS, 2000)

Objetivos Gerais:

Dissuadir a ideia de suicídio.

Objetivos Específicos:

Estabelecer uma relação terapêutica entre enfermeiro e doente.
Provocar um sentimento de aceitação do doente para com o enfermeiro.
Desenvolver estratégias juntamente com o doente de esperança para o futuro.

Recursos:

- Espaço confortável isento de perturbações (ruídos ou presença de pessoas estranhas á relação)
- Cadeiras / Cama proporcionadoras de conforto.

Relatório:

A intervenção teve início com a apresentação do enfermeiro. Foram acordadas a forma como se irão desenrolar as sessões. A utente revelou alguns desejos de falar sobre o que a tinha levado á ideação suicida. “andei muito mal quando a minha filha estava desempregada.” A algum tempo “tive uns conflitos com os meus irmãos, acabei por vender tudo lá quando vim para cá”. “Cuidei da minha mãe quando ela ficou dependente e quando ela morreu os meus irmãos em vez de me agradecerem cobraram-me” parte da herança. A utente apresentou algumas preocupações com os diabetes. Não tem médico de família e por isso não é acompanhada. Referiu ainda que tem tido glicemias elevadas, e que não tem feito a insulina Levemir porque não tem quem lha prescreva. A intervenção do enfermeiro centrou-se na estimulação da esperança, sensibilizando que os problemas que a preocupam já estão ultrapassados. Quanto aos diabetes, o enfermeiro terapeuta comprometeu-se a fazer ma consulta de diabetes e a encaminhar para um médico que prescreva a insulina e que faça o acompanhamento. Pretendeu-se diminuir a ansiedade do doente para que ele possa sentir um ambiente isento de obrigações, mantendo uma escuta ativa e reforços positivos nos momentos em que verbalizou sentimentos de esperança.

Bibliografia:

- Cordeiro, J. C. D. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica* (4ª Edição) Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação e Bolças. Lisboa
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem psiquiátrica. Conceitos de cuidados* (6ª edição) (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).
- Organização Mundial de Saúde (2000) *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais de saúde em atenção primária*. Genebra

Observações:

A sessão decorreu como prevista.
As apresentações foram realizadas de acordo com o planeado.
A questão da diabetes não estava planeado, assim ficou acordado fazer uma consulta de diabetes no sentido de corrigir hábitos de vida.
No que diz respeito á ideação suicida a utente, não apresenta nenhum plano e mantém perspetivas futuras.

ANEXO XXII - Segunda sessão psicoterapia

INTERVENÇÃO:

“IDEAÇÃO SUICIDÁRIA” INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA – ABORDAGEM À DIABETES

DATA: 04 / 07 / 2012

HORA: 14:00

Utente: Maria Silva

Duração: 1 hora

Local: UCC Fátima

Enfermeiro Terapeuta:

- Enf. Marco das Neves

Fundamentação:

A abordagem comportamental é útil quando estamos a abordar um comportamento mal adaptativo ou seja quando não está ajustado á idade, quando não está de acordo com o estímulo ou quando é inadequado culturalmente. Neste contexto podemos partir para uma terapia comportamental, partindo do princípio que estes comportamentos têm por base uma aprendizagem inadequada, acreditando assim que uma aprendizagem correta pode corrigir os comportamentos inadequados (Townsend, 2011)

A construção de uma relação terapêutica prevê a promoção da aprendizagem e do crescimento num esforço contínuo de fazer uma alteração na vida do cliente. A construção desta relação pressupõe que o enfermeiro terapeuta tenha uma boa autoconsciência e autoconhecimento. Este conhecimento de si mesmo aumenta a capacidade de se relacionar com os outros de uma forma satisfatória. Para a construção de uma boa relação terapêutica o enfermeiro tem que aceitar as diferenças de valores e a individualidade de cada um, esta regra é importante na enfermagem e essencial na enfermagem psiquiátrica. (Townsend, 2011)

Não há nenhum quadro clínico psiquiátrico onde não se tente uma abordagem comportamental, esta tem um duplo objetivo se por um lado pretende compreender as manifestações comportamentais da situação clínica por outro pretende estabelecer um mecanismo de intervenção. Cada doente é individual e a terapia comportamental deverá ser adequada para as características individuais de cada doente a trabalhar. (Serra, 2009)

Uma intervenção terapêutica comportamental, terá o seu sucesso assente em três premissas: a técnica em si, a motivação do doente para se tratar e o terapeuta. (Serra, 2009)

Para se abordar um doente com comportamento suicidário, deve-se encontrar um lugar adequado onde uma conversa possa fluir sem interferências. As pessoas com ideação suicida geralmente necessitam de mais tempo para vencerem os sentimentos de culpabilização, é necessário tempo e disponibilidade mental para acompanhar uma pessoa com estes sentimentos. O mais importante numa relação terapêutica com este tipo de doentes é ouvir. O principal objetivo da intervenção é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, desespero e perda de esperança e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor. Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não julgamento é fundamental para facilitar a comunicação. (OMS, 2000)

Ansiedade é descrita como uma resposta psicológica ao stress. A resposta individual ao stress é determinada pela perceção que cada um tem do evento agressor, e de uma série de características individuais. Os pensamentos, sentimentos e comportamentos são determinantes na perceção do meio. As características individuais de cada pessoa como a hereditariedade, temperamento, padrões de

respostas aprendidas, maturidade de desenvolvimento, estratégias de coping existentes e sistemas de apoio de pessoas são decisivas na capacidade de adaptação ao stress influenciando diretamente os sentimentos de ansiedade e as suas manifestações. A ansiedade pode ser ligeira, moderada, grave ou pânico. (Townsend, 2011)

Uma resposta física integrada a estímulos aprendidos ao nível do consciente ou do inconsciente é aquilo que vulgarmente se chama de Stress. Esta reação é normal, funcionando como um mecanismo de defesa que permite o organismo responder ou adaptar-se ao agente ameaçador. (Phipps, 1995)

Um agente causador de stress estimula o SNC nomeadamente no hipotálamo que controla o funcionamento da hipófise esta, por sua vez, vai aumentar a secreção da hormona adrenocorticotrópica (ACTH) em maiores quantidades influenciando as glândulas suprarrenais, mais concretamente, no córtex supra renal a aumentar a produção de glicocorticoide (cortisol) que diminui a captação de glicose pelos músculos contribuindo assim para o aumento dos níveis de glicose no sangue, por outro lado o mesmo cortisol estimula a atividade de outras hormonas como a epinefrina, esta por seu lado vai provocar a libertação de glicose por parte do fígado para o sangue, contribuindo assim para o aumento das concentrações de glicose no sangue. Este processo fitopatológico justifica que a pessoa com diabetes e com stress, ou elevados níveis de ansiedade tenha uma maior facilidade em aumentar os níveis de glicose no sangue prejudicando assim o equilíbrio das glicemias. (Seeley, 2011)

Um estudo efetuado nos Estados Unidos concluiu que doentes diabéticos depressivos ou com grandes crises de ansiedade melhoram o controlo das suas glicemias em cerca de 9%, quando sujeitos a técnicas de relaxamento. Na mesma publicação é também referido que outro estudo refere resultados idênticos com antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação Seratonina (ISRS). (McGrady e Horner, 2004).

A ansiedade poderá ser considerada patológica se ela interferir diretamente na eficácia da vida diária, perturbadora da capacidade de atingir objetivos pessoais ou desestabilizadora do conforto emocional. A ansiedade pode ser considerada anormal sempre que não desaparece assim que os fatores desencadeantes se afastam. (Shahrokh e Hales citado por Townsend, 2011)

Uma intervenção com sessões de relaxamento já foi testada com sucesso no tratamento da diabetes, uma intervenção com psicofármacos antidepressivos tipo ISRS também já apresentaram respostas positivas, outras estratégias poderão ter também sucesso como a terapia de grupo ou a terapia cognitiva/comportamental. (Townsend, 2011)

Objetivos Gerais:

Dissuadir a ideia de suicídio.

Objetivos Específicos:

Estabelecer uma relação terapêutica entre enfermeiro e doente.

Provocar um sentimento de aceitação do doente para com o enfermeiro.

Descobrir estratégias adequadas para reequilibrar as glicemias.

Diminuir a ansiedade marcante associada à descompensação da diabetes.

Recursos:

- Espaço confortável isento de perturbações (ruídos ou presença de pessoas estranhas á relação)
- Cadeiras / Cama proporcionadoras de conforto.
- Glucómetro com fitas e picante.
- Aparelho para avaliar a TA
- Balança para avaliar o peso corporal
- Craveira para avaliar a altura
- Fita métrica, para avaliar o perímetro abdominal.

Relatório:

A intervenção teve início com a apresentação do conteúdo da consulta – consulta de diabetes.
A doente revelou de uma forma geral, hábitos de vida saudáveis
Revelou preocupação por não fazer Levemir a algumas semanas.
Foram avaliados os sinais vitais que se encontravam dentro dos padrões normais, como não tinha feito análises não foi possível avaliar a HbA1c.
A D. Maria assumiu o compromisso de trazer uma tampa da caixa de insulina para podermos pedir a um médico para passar a receita.
A ansiedade que a D. Maria revela está diretamente relacionada com as hiperglicémias que vai apresentando, torna-se por isso urgente controlar as glicemias para poder-mo ster ganhos em saúde mental.
Pretendeu-se diminuir a ansiedade do doente para que ele possa sentir um ambiente isento de qualquer atitude punitiva, mantendo uma escuta ativa e reforços positivos nos momentos em que verbalizou sentimentos de esperança.

Bibliografia:

- Cordeiro, J. C. D. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica* (4ª Edição) Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação e Bolças. Lisboa
- McGrady, Angele & Horner, James (2004). Depression, anxiety and stress can hinder diabetic`s ability to control blood sugar. Center for the advancement of health - Science Blog, Acedido a 31 de janeiro de 2012 em <http://www.scienceblog.com/community>
- Organização Mundial de Saúde (2000) *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais de saúde em atenção primária*. Genebra
- Phipps, W. J., Long, B. C., Woods, N, F, & Cassmeyer, V. L., (1995). *Enfermagem Médico-Cirurgica. Conceitos e prática clínica* (2ª edição) (Azevedo, H.S. Trad.) Lisboa: Lusodidacta. (trabalho original em Inglês publicado em 1991).
- Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2011). *Anatomia & Fisiologia*. (8ª edição) (M. T. Leal, M.C. Durão, L. Abecasis, Trad.) Loures: Lusociência. (trabalho original em Inglês publicado em 2008).
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem psiquiátrica. Conceitos de cuidados* (6ª edição) (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).

Observações:

A sessão decorreu como prevista.
A utente revelou preocupações com a sua saúde no entanto a motivação não aparenta ser a melhor.

ANEXO XXIII - Terceira sessão de psicoterapia

INTERVENÇÃO:

“IDEAÇÃO SUICIDÁRIA” **INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA – ABORDAGEM ÀS QUESTÕES MHI**

DATA: 11 / 07 / 2012

HORA: 15:30

Utente: Maria Silva

Duração: 1 hora

Local: UCC Fátima

Enfermeiro Terapeuta:

- Enf. Marco das Neves

Fundamentação:

A abordagem comportamental é útil quando estamos a abordar um comportamento mal adaptativo ou seja quando não está ajustado á idade, quando não está de acordo com o estímulo ou quando é inadequado culturalmente. Neste contexto podemos partir para uma terapia comportamental, partindo do princípio que estes comportamentos têm por base uma aprendizagem inadequada, acreditando assim que uma aprendizagem correta pode corrigir os comportamentos inadequados (Townsend, 2011)

A construção de uma relação terapêutica prevê a promoção da aprendizagem e do crescimento num esforço contínuo de fazer uma alteração na vida do cliente. A construção desta relação pressupõe que o enfermeiro terapeuta tenha uma boa autoconsciência e autoconhecimento. Este conhecimento de si mesmo aumenta a capacidade de se relacionar com os outros de uma forma satisfatória. Para a construção de uma boa relação terapêutica o enfermeiro tem que aceitar as diferenças de valores e a individualidade de cada um, esta regra é importante na enfermagem e essencial na enfermagem psiquiátrica. (Townsend, 2011)

Não há nenhum quadro clínico psiquiátrico onde não se tente uma abordagem comportamental, esta tem um duplo objetivo se por um lado pretende compreender as manifestações comportamentais da situação clínica por outro pretende estabelecer um mecanismo de intervenção. Cada doente é individual e a terapia comportamental deverá ser adequada para as características individuais de cada doente a trabalhar. (Serra, 2009)

Uma intervenção terapêutica comportamental, terá o seu sucesso assente em três premissas: a técnica em si, a motivação do doente para se tratar e o terapeuta. (Serra, 2009)

Entende-se por suicídio como o ato executado pelo próprio, com intenção deliberada de pôr termo á vida. Na prática clínica a intenção de morte, a motivação de conduta lesiva e o seu significado são na sua maioria situações difíceis de interpretar. (Sampaio, 2009)

Em Portugal, um grande número de pessoas que tentaram o suicídio numa ocasião, virão máis tarde a morrer por suicídio. Assim sendo uma tentativa de suicídio aponta para uma crise suicidária mais grave que pode conduzir a lesões orgânicas mais graves ou até mesmo á morte efetiva. (Sampaio, 2009)

Para se abordar um doente com comportamento suicidário, deve-se encontrar um lugar adequado onde uma conversa possa fluir sem interferências. As pessoas com ideação suicida geralmente necessitam de mais tempo para vencerem os sentimentos de culpabilização, é necessário tempo e disponibilidade mental para acompanhar uma pessoa com estes sentimentos. O mais importante numa relação terapêutica com este tipo de doentes é ouvir. O principal objetivo da intervenção é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, desespero e perda de esperança e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor. Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não julgamento é fundamental para facilitar a comunicação. (OMS, 2000)

Objetivos Gerais:

Dissuadir a ideia de suicídio.

Objetivos Específicos:

Manter uma relação terapêutica entre enfermeiro e doente.
Interpretar corretamente as 38 questões do MHI 38.
Refletir sobre cada resposta ao MHI 38.
Desenvolver estratégias juntamente com o doente de esperança para o futuro.

Recursos:

- Espaço confortável isento de perturbações (ruídos ou presença de pessoas estranhas á relação)
- Cadeiras / Cama proporcionadoras de conforto.
- Questionário (MHI 38) respondido pela D. Isabel.

Relatório:

A intervenção teve início o aquecimento, utilizando os assuntos do dia para introdução ás temáticas pretendidas.
A exploração do questionário permitiu á doente perceber se a interpretação das questões foram a mais corretas e também se a opção de resposta escolhida foi a mais adequada á questão em causa. Esta exploração do questionário permitiui identificar erros de resposta, e com base nas mesmas respostas permitiui, ir desfragmentando a interpretação errada da realidade como objetivo de obter ganhos em saúde.
Pretendeu-se diminuir a ansiedade do utente, para que possa sentir um ambiente isento de qualquer atitude punitiva, mantendo uma escuta ativa e reforços positivos nos momentos em que verbalizou sentimentos de esperança.

Bibliografia:

Cordeiro, J. C. D. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica* (4ª Edição) Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação e Bolças. Lisboa

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem psiquiátrica. Conceitos de cuidados* (6ª edição) (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).

Organização Mundial de Saúde (2000) *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais de saúde em atenção primária*. Genebra

Observações:

A sessão decorreu como prevista.
A doente mantém ideias erróneas sobre a realidade, foi feita uma tentativa para as desestruturar, pouco eficaz.

ANEXO XXIV – Quarta sessão de psicoterapia

INTERVENÇÃO:

“IDEAÇÃO SUICIDÁRIA”

INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA – ABORDAGEM ÀS QUESTÕES MHI

DATA: 18 / 07 / 2012

HORA: 15:30

Utente: Maria Silva

Duração: 1 hora

Local: UCC Fátima

Enfermeiro Terapeuta:

- Enf. Marco das Neves

Fundamentação:

A abordagem comportamental é útil quando estamos a abordar um comportamento mal adaptativo ou seja quando não está ajustado á idade, quando não está de acordo com o estímulo ou quando é inadequado culturalmente. Neste contexto podemos partir para uma terapia comportamental, partindo do princípio que estes comportamentos têm por base uma aprendizagem inadequada, acreditando assim que uma aprendizagem correta pode corrigir os comportamentos inadequados (Townsend, 2011)

A construção de uma relação terapêutica prevê a promoção da aprendizagem e do crescimento num esforço contínuo de fazer uma alteração na vida do cliente. A construção desta relação pressupõe que o enfermeiro terapeuta tenha uma boa autoconsciência e autoconhecimento. Este conhecimento de si mesmo aumenta a capacidade de se relacionar com os outros de uma forma satisfatória. Para a construção de uma boa relação terapêutica o enfermeiro tem que aceitar as diferenças de valores e a individualidade de cada um, esta regra é importante na enfermagem e essencial na enfermagem psiquiátrica. (Townsend, 2011)

Não há nenhum quadro clínico psiquiátrico onde não se tente uma abordagem comportamental, esta tem um duplo objetivo se por um lado pretende compreender as manifestações comportamentais da situação clínica por outro pretende estabelecer um mecanismo de intervenção. Cada doente é individual e a terapia comportamental deverá ser adequada para as características individuais de cada doente a trabalhar. (Serra, 2009)

Uma intervenção terapêutica comportamental, terá o seu sucesso assente em três premissas: a técnica em si, a motivação do doente para se tratar e o terapeuta. (Serra, 2009)

Entende-se por suicídio como o ato executado pelo próprio, com intenção deliberada de pôr termo á vida. Na prática clínica a intenção de morte, a motivação de conduta lesiva e o seu significado são na sua maioria situações difíceis de interpretar. (Sampaio, 2009)

Em Portugal, um grande número de pessoas que tentaram o suicídio numa ocasião, virão mais tarde a morrer por suicídio. Assim sendo uma tentativa de suicídio aponta para uma crise suicidária mais grave que pode conduzir a lesões orgânicas mais graves ou até mesmo á morte efetiva. (Sampaio, 2009)

Para se abordar um doente com comportamento suicidário, deve-se encontrar um lugar adequado onde uma conversa possa fluir sem interferências. As pessoas com ideação suicida geralmente necessitam de mais tempo para vencerem os sentimentos de culpabilização, é necessário tempo e disponibilidade mental para acompanhar uma pessoa com estes sentimentos. O mais importante numa relação terapêutica com este tipo de doentes é ouvir. O principal objetivo da intervenção é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, desespero e perda de esperança e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor. Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não julgamento é fundamental para facilitar a comunicação. (OMS, 2000)

Objetivos Gerais:

Dissuadir a ideia de suicídio.

Objetivos Específicos:

Manter uma relação terapêutica entre enfermeiro e doente.
Dar continuidade à última sessão de psicoterapia.
Interpretar corretamente as 38 questões do MHI 38.
Refletir sobre cada resposta ao MHI 38.
Desenvolver estratégias juntamente com o doente de esperança para o futuro.

Recursos:

- Espaço confortável isento de perturbações (ruídos ou presença de pessoas estranhas à relação)
- Cadeiras / Cama proporcionadoras de conforto.
- Questionário (MHI 38) respondido pela D. Isabel.

Relatório:

A intervenção teve início o aquecimento, utilizando os assuntos do dia para introdução às temáticas pretendidas.
Foi dada continuidade à exploração do questionário MHI 38 iniciada na última sessão de psicoterapêutica.
A exploração do questionário permitiu ao doente perceber se a interpretação das questões foram as mais corretas e também se a opção de resposta escolhida foi a mais adequada à questão em causa. Esta exploração do questionário permitiu identificar erros de resposta, e com base nas mesmas respostas permitiu, ir desfragmentando a interpretação errada da realidade como objetivo de obter ganhos em saúde.
Pretendeu-se diminuir a ansiedade do utente, para que possa sentir um ambiente isento de qualquer atitude punitiva, mantendo uma escuta ativa e reforços positivos nos momentos em que verbalizou sentimentos de esperança.

Bibliografia:

Cordeiro, J. C. D. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica* (4ª Edição) Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação e Bolças. Lisboa

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem psiquiátrica. Conceitos de cuidados* (6ª edição) (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).

Organização Mundial de Saúde (2000) *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais de saúde em atenção primária*. Genebra

Observações:

A sessão decorreu como prevista.
A doente ainda apresenta ideias erradas sobre a realidade, no entanto já revela algumas críticas sobre a construção das mesmas ideias.

ANEXO XXV - Quinta sessão de psicoterapia

INTERVENÇÃO:

“IDEAÇÃO SUICIDÁRIA” **INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA – ABORDAGEM ÀS QUESTÕES MHI** **AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA**

DATA: 19 / 07 / 2012

HORA: 15:30

Utente: Maria Silva

Duração: 1 hora

Local: UCC Fátima

Enfermeiro Terapeuta:

- Enf. Marco das Neves

Fundamentação:

A abordagem comportamental é útil quando estamos a abordar um comportamento mal adaptativo ou seja quando não está ajustado á idade, quando não está de acordo com o estímulo ou quando é inadequado culturalmente. Neste contexto podemos partir para uma terapia comportamental, partindo do princípio que estes comportamentos têm por base uma aprendizagem inadequada, acreditando assim que uma aprendizagem correta pode corrigir os comportamentos inadequados (Townsend, 2011)

A construção de uma relação terapêutica prevê a promoção da aprendizagem e do crescimento num esforço contínuo de fazer uma alteração na vida do cliente. A construção desta relação pressupõe que o enfermeiro terapeuta tenha uma boa autoconsciência e autoconhecimento. Este conhecimento de si mesmo aumenta a capacidade de se relacionar com os outros de uma forma satisfatória. Para a construção de uma boa relação terapêutica o enfermeiro tem que aceitar as diferenças de valores e a individualidade de cada um, esta regra é importante na enfermagem e essencial na enfermagem psiquiátrica. (Townsend, 2011)

Não há nenhum quadro clínico psiquiátrico onde não se tente uma abordagem comportamental, esta tem um duplo objetivo se por um lado pretende compreender as manifestações comportamentais da situação clínica por outro pretende estabelecer um mecanismo de intervenção. Cada doente é individual e a terapia comportamental deverá ser adequada para as características individuais de cada doente a trabalhar. (Serra, 2009)

Uma intervenção terapêutica comportamental, terá o seu sucesso assente em três premissas: a técnica em si, a motivação do doente para se tratar e o terapeuta. (Serra, 2009)

Entende-se por suicídio como o ato executado pelo próprio, com intenção deliberada de pôr termo á vida. Na prática clínica a intenção de morte, a motivação de conduta lesiva e o seu significado são na sua maioria situações difíceis de interpretar. (Sampaio, 2009)

Em Portugal, um grande número de pessoas que tentaram o suicídio numa ocasião, virão mais tarde a morrer por suicídio. Assim sendo uma tentativa de suicídio aponta para uma crise suicidária mais grave que pode conduzir a lesões orgânicas mais graves ou até mesmo á morte efetiva. (Sampaio, 2009)

Para se abordar um doente com comportamento suicidário, deve-se encontrar um lugar adequado onde uma conversa possa fluir sem interferências. As pessoas com ideação suicida geralmente necessitam de mais tempo para vencerem os sentimentos de culpabilização, é necessário tempo e disponibilidade mental para acompanhar uma pessoa com estes sentimentos. O mais importante numa relação terapêutica com este tipo de doentes é ouvir. O principal objetivo da intervenção é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, desespero e perda de esperança e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor. Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não julgamento é fundamental para facilitar a comunicação. (OMS, 2000)

Objetivos Gerais:

Dissuadir a ideia de suicídio.

Objetivos Específicos:

Manter uma relação terapêutica entre enfermeiro e doente.
Dar continuidade á última sessão de psicoterapia.
Interpretar corretamente as 38 questões do MHI 38.
Refletir sobre cada resposta ao MHI 38.
Desenvolver estratégias juntamente com o doente de esperança para o futuro.
Avaliar o impacto da intervenção psicoterapêutica na saúde mental da utente.

Recursos:

- Espaço confortável isento de perturbações (ruídos ou presença de pessoas estranhas á relação)
- Cadeiras / Cama proporcionadoras de conforto.
- Questionário (MHI 38) respondido pela D. Isabel.
- Questionário (MHI 38) em branco
- Caneta.

Relatório:

A intervenção teve início o aquecimento, utilizando os assuntos do dia para introdução ás temáticas pretendidas.
Foi dada continuidade á exploração do questionário MHI 38 iniciada na ultima sessão de psicoterapêutica.
A exploração do questionário permitiu á doente perceber se a interpretação das questões foram a mais corretas e também se a opção de resposta escolhida foi a mais adequada á questão em causa. Esta exploração do questionário permitiu identificar erros de resposta, e com base nas mesmas respostas permitiu, ir desfragmentando a interpretação errada da realidade para de obter ganhos em saúde.
Pretendeu-se diminuir a ansiedade do utente, para que possa sentir um ambiente isento de qualquer atitude punitiva, mantendo uma escuta ativa e reforços positivos nos momentos em que verbalizou sentimentos de esperança.
Foi explicado o porquê da reaplicar o questionário MHI 38, e dado espaço para responder ao mesmo sem interferências.
Fez-se uma exploração de sentimentos sobre as diferentes sessões psicoterapêuticas. A D. Isabel referiu-se a toda a intervenção pelo global e desta forma referiu que a “psicoterapia, permitiu-lhe refletir sobre o que pensa”, isto é importante para si porque “antes não o fazia” e agora fá-lo com “uma frequência diária”. Estas sessões permitiram-lhe ter uma postura mais assertiva uma vez que na maioria das vezes “pensa antes de falar” tanto em casa como no trabalho. Quanto ás ideias de morte, elas “mantêm-se presentes” mas “mais distantes e menos intensas”.
De uma forma resumida percebeu-se que a intervenção teve um saldo positivo.

Bibliografia:

Cordeiro, J. C. D. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica* (4ª Edição) Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Educação e Bolças. Lisboa

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem psiquiátrica. Conceitos de cuidados* (6ª edição) (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).

Organização Mundial de Saúde (2000) *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais de saúde em atenção primária*. Genebra

Observações:

A sessão decorreu como prevista.
Foram desestruturadas algumas ideias concebidas de forma errónea
Foi feito a avaliação do impacto da intervenção na saúde mental da D. Isabel que revelou melhorias.
Foi feita uma análise qualitativa das intervenções que revelaram um impacto positivo.

ANEXO XXVI – Sessão Psicoeducação – “Quebragelo”

INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA DE GRUPO **“APRESENTAÇÃO E QUEBRA-GELO”**

DATA: 26/06/2012

População Alvo: Ajudantes de Lar

Enfermeiro Dinamizador:

- Enf. Marco das Neves (Aluno da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.)
- Enf. Esp. Lenea Coelho (Tutora do Ensino Clínico I)

Objetivos Gerais:

Promover o espírito de grupo.

Objetivos Específicos:

Apresentar o enfermeiro terapeuta
Explicar os objetivos do grupo.
Apresentar os utentes individualmente.
Promover o auto conhecimento e o auto conceito

Fundamentação:

Pretende-se que as ajudantes de lar superem as atitudes de passividade e de retração, estimulando a participação ativa numa comunidade de estrutura grupal. (Carneiro, 2000)

O enfermeiro deve estabelecer um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais. (Guerra, 2005)

O tema a tratar, deve ser do conhecimento do terapeuta e este deve ser detentor de um domínio de conhecimentos. O enfermeiro terapeuta deve ser detentor de uma capacidade de reproduzir o tema numa linguagem acessível a todos os elementos do grupo. (Townsend, 2011)

O lazer como a diversão e a descontração no serviço, assim como o relaxamento favorecem o relacionamento, a comunicação, o alívio de tensões. (Pereira, 1997)

Os jogos pretendem estimular e ativar processos de autocapacitação que favorecem novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros (Manes, 2011)

Numa primeira fase do grupo, o líder deve ter uma maior intervenção, o grupo começa a conhecer-se, há uma maior ansiedade e a função do líder é promover a interação entre os elementos do grupo, e a consequente diminuição da ansiedade inicial. (Guerra, 2005)

Número de participantes:

13

Resumo da Reunião:

Para dar início não só à sessão de intervenção grupal mas também a intervenção psicoeducativa de grupo, foi realizada a apresentação do terapeuta e coterapeuta, na perspetiva do conhecimento das competências de ambos.

Foram acordadas as normas de funcionamento do grupo entre todos os elementos do grupo, nomeadamente a conduta de utilização dos telemóveis, faltas e abertura do grupo. Ficou decidido que não se utilizariam os telemóveis durante as sessões, que não estão previstas faltas às sessões uma vez que as sessões serão marcadas de acordo com o horários de todos exceção para motivos de força maior, e que este grupo será um grupo fechado onde não estão previstas entradas de novos elementos para o grupo.

Para a realização da apresentação dos elementos do grupo, numa perspetiva de quebra-gelo foi aplicado o jogo pedagógico “Como é que me veem... e eu como é que me vejo?”. Uma vez que todas já têm um conhecimento prévio umas das outras (são colegas de trabalho na mesma instituição), foram desafiadas a utilizar uma palavra ou uma expressão para caracterizar cada colega, essa caracterização foi escrita numa folha de papel, todas escreveram a caracterização de uma colega na mesma folha. As folhas foram recolhidas e cada uma teve a oportunidade de se apresentar. No final foi lida a caracterização que todas escreveram sobre cada uma.

No final foi feita uma pequena análise, pelo terapeuta sobre as emoções demonstradas pelos diferentes elementos do grupo.

Conclusões Técnicas:

No final da sessão de psicoeducação a equipa técnica presente concluiu o seguinte:

- Que a primeira reunião de um grupo tem sempre um determinado grau de ansiedade, e que nesse contexto o terapeuta terá grande importância para diminuir essa ansiedade.
- Que o jogo aplicado foi de especial importância para iniciar o espírito grupal desejado.
- A promoção do autoconceito e do autoconhecimento teve especial relevo não apenas na apresentação individual de cada uma, mas também no conhecimento que os outros têm de cada uma.

Bibliografia:

Carneiro, F. D. M. (2000); *Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação*. Virtual books acedido em 10 de março de 2012 em <http://pt.scribd.com/doc7026124/18/a>

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005); *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. 1ª edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Manes, S. (2011); *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. (10ª Edição) Paulus Editora - Lisboa.

Pereira, M. E. R., Bueno, S. M. V. (1997) *Lazer – Um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem*. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan.

Anexos:

Jogo:

“O que pensam de mim...”

Participantes:

10 a 20 (no máximo)

Duração:

Cerca de 20 a 30 minutos (variável em função número dos elementos do grupo)

Objetivo:

Permitir melhor, o conhecimento entre os elementos do grupo e dar a conhecer o que cada um pensa dos outros.

Promover a interação no grupo de trabalho.

Material:

Folha de papel, caneta ou lápis.

Local:

Sala ampla que permita a disposição do grupo em círculo, de preferência a permitir a circulação de pé.

Modo de desenvolvimento:

Pedir a cada elemento do grupo que escreva o seu nome na folha de papel A4. Todos os elementos se levantam, deixando a folha encabeçada com o seu nome no seu lugar. Depois, no meio da anarquia, cada elemento escreve na folha de um colega de grupo, frases ou palavras sobre esse mesmo colega. Todos devem escrever sobre todos. Após todos terem terminado, o terapeuta recolhe todas as folhas sem que vejam o que está escrito. O terapeuta deverá então pedir que cada um de forma ordeira, verbalize o que pensa de si próprio apresentando-se. Quando todos se tiverem apresentado o terapeuta deverá então ler o que foi escrito sobre cada um sem referir o nome, para que cada uma se identifique naquilo que os outros pensam de si.

Após o jogo

Pode-se comentar os resultados, permitindo a reflexão e a expressão de sentimentos referentes á sua própria pessoa, que características mais aprecia ou lhe desagrada.

Perceber se contribuiu para que haja uma maior interação entre os elementos do grupo.

Notas do terapeuta:

Esta atividade pode ser aplicada em diferentes tipos de grupo e permite a aproximação entre os elementos do grupo.

ANEXO XXVII – Sessão Psicoeducação – “Comportamento gera comportamento”

INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA DE GRUPO

FILME “SE OS OLHARES MATASSEM”

DATA: 02/07/2012

População Alvo: Ajudantes de Lar

Duração: 1 hora

Enfermeiro Dinamizador:

- Enf. Marco das Neves (Aluno da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.)

Objetivos Gerais:

Promover um melhor autocontrolo.

Objetivos Específicos:

Refletir sobre os sentimentos manifestados na última sessão.
Sensibilizar para a importância do autocontrolo.
Promover o auto conhecimento e o auto conceito

Reflexão sobre a sessão anterior:

O grupo manifestou que após a sessão de relaxamento, houve alguma melhoria na sensação de ansiedade. No entanto foram manifestadas grandes dificuldades em conseguir relaxar, o tema abordado não foi o melhor promotor de relaxe, e a duração da sessão não foi suficiente para conseguir um relaxamento adequado (ficou a sensação que a sessão foi interrompida a meio). Para algumas pessoas, o posicionamento não foi o mais adequado para promover o relaxamento, atendendo às características individuais de alguns elementos do grupo.

Fundamentação:

Pretende-se que as ajudantes de lar superem as atitudes de passividade e de retração, estimulando a participação ativa numa comunidade de estrutura grupal. (Carneiro, 2000)

O enfermeiro deve estabelecer um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais. (Guerra, 2005)

O tema a tratar, deve ser do conhecimento do terapeuta e este deve ser detentor de um domínio de conhecimentos. O enfermeiro terapeuta deve ser detentor de uma capacidade de reproduzir o tema numa linguagem acessível a todos os elementos do grupo. (Townsend, 2011)

O lazer como a diversão e a descontração no serviço, assim como o relaxamento favorecem o relacionamento, a comunicação, o alívio de tensões. (Pereira, 1997)

Os jogos pretendem estimular e ativar processos de autocapacitação que favorecem novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros (Manes, 2011)

Número de participantes:

9

Resumo da Reunião:

Foi passado o filme “Se os olhares matassem...”

O filme sensibiliza para a importância de como nos relacionamos com os outros, a nossa postura e discurso tem um impacto nos nossos ouvintes. Os nossos comportamentos estão diretamente relacionados com os comportamentos dos outros que se relacionam connosco.

Podemos escolher o nosso comportamento, o comportamento não é algo com que se nasce é algo que se escolhe e essa escolha pode prejudicar ou beneficiar cada relacionamento. Podemos usar o comportamento para facilitar uma comunicação, ou podemos usa-lo para a dificultar. Um simples sorriso pode fazer a diferença.

Podemos usar o comportamento para facilitar uma comunicação de duas formas, verbal e visual. Verbalmente dirigindo logo a palavra assim que se estabelece o contacto visual, tratar as pessoas pelo nome sempre que possível. Visualmente mostrando simpatia com um sorriso, e usar gestos abertos e evitar os gestos fechados.

O modo como as pessoas se comportam é gerado, de uma forma geral pelo modo como nos comportamos para com elas.

No final da reunião foi realizada uma breve reflexão pelo terapeuta, sobre os temas abordados no filme e o seu significado nos nossos relacionamentos diários.

Conclusões Técnicas:

No final da sessão de psicoeducação a equipa técnica presente concluiu o seguinte:

- Após o filme sentiu-se um período de reflexão, essa reflexão manifestou-se num maior silêncio e numa maior contenção nas respostas de umas para com as outras.

Bibliografia:

Carneiro, F. D. M. (2000); *Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação*. Virtual books acedido em 10 de março de 2012 em <http://pt.scribd.com/doc7026124/18/a>

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005); *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. 1ª edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Manes, S. (2011); *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. (10ª Edição) Paulus Editora - Lisboa.

Pereira, M. E. R., Bueno, S. M. V. (1997) *Lazer – Um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma conceção da equipe de enfermagem*. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan.

ANEXO XXVIII - Sessão Psicoeducação – “Sociodrama com inversão de papéis”

INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA DE GRUPO **SOCIODRAMA COM A TÉCNICA DA INVERSÃO DE PAPÉIS**

DATA: 09/07/2012

População Alvo: Ajudantes de Lar

Duração: 1 hora

Enfermeiro Dinamizador:

- Enf. Marco das Neves (Aluno da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.)

Objetivos Gerais:

Experimentar as sensações e sentimentos dos outros.

Objetivos Específicos:

Refletir sobre os sentimentos manifestados na última sessão.
Sensibilizar para a importância dos sentimentos dos outros.
Conhecer as dificuldades que os outros enfrentam num relacionamento.
Promover o auto conhecimento e o auto conceito.

Reflexão sobre a sessão anterior:

Após uma reflexão individual, houve a manifestação de um certo incómodo sobre as reflexões realizadas.
Todas referiram que, em algum momento da vida já passaram por situações em que manifestamente o comportamento de umas pessoas foi moldado pelo comportamento de outras.
Das opiniões manifestadas houve sempre o propósito, de no futuro, entender o nosso comportamento como gerador do comportamento do outro.

Fundamentação:

Pretende-se que as ajudantes de lar superem as atitudes de passividade e de retração, estimulando a participação ativa numa comunidade de estrutura grupal. (Carneiro, 2000)
O enfermeiro deve estabelecer um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais. (Guerra, 2005)
O tema a tratar, deve ser do conhecimento do terapeuta e este deve ser detentor de um domínio de conhecimentos. O enfermeiro terapeuta deve ser detentor de uma capacidade de reproduzir o tema numa linguagem acessível a todos os elementos do grupo. (Townsend, 2011)
O lazer como a diversão e a descontração no serviço, assim como o relaxamento favorecem o relacionamento, a comunicação, o alívio de tensões. (Pereira, 1997)
Os jogos pretendem estimular e ativar processos de autocapacitação que favorecem novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros (Manes, 2011)
Com o sociodrama pretende-se trabalhar o aspeto emocional dos elementos de um grupo. Através da espontaneidade o grupo consegue interpretar papeis e resolver conflitos que pelo raciocínio não conseguiria, uma vez que estas decisões estão livres de pressões sociais ou previsões meditativas. No sociodrama existe uma entajada grupal, contrariando a dependência do terapeuta existente noutros tipo de terapias. (Abreu, 2006)
A inversão de papeis é uma das técnicas mais utilizadas em sócio-drama, e consiste na troca de papeis na dramatização. Esta inversão dos papéis é ditada pelo diretor, geralmente o terapeuta principal, que inverte os papeis interpretados na dramatização. Esta técnica dá a possibilidade do protagonista experimentar os sentimentos e outras sensações das pessoas com quem interagem e muitas vezes chega á conclusão, que na realidade não se colocou verdadeiramente no lugar do outro. (Abreu, 2006)

Número de participantes:

9

Resumo da Sessão:

Inicialmente o sociodrama não foi muito bem aceite, a resistência natural foi manifestada pela recusa em assumir, em primeiro lugar, um papel no sociodrama. No entanto depois de iniciado, a alternância de papéis foi aceite e até bem sucedida.

Inicialmente cada uma participou como ajudante de lar numa situação de conflito com a chefe. Essa situação foi invertida vezes sem conta, cada uma teve a sensação de responder às solicitações e confrontações que a própria momentos antes levantou.

As sensações de angústia, de incerteza e indecisão foram as mais marcantes. Nem sempre é fácil resolver os problemas que os outros nos criam, o confronto com esta situação devolveu à origem do problema. Esta sensação de confronto foi geradora de alguma agitação interior em cada uma das intervenientes.

O confronto causado pela técnica da inversão de papéis devolveu aos intervenientes uma certa agitação psíquica desconfortável que motivou alguma insatisfação com esta técnica.

Conclusões Técnicas:

No final da sessão de psicoeducação a equipa técnica presente concluiu o seguinte:

- Após a sessão de sociodrama, as intervenientes mostraram-se um pouco mais agitadas.
- As trocas de papéis permitiram uma sensação de desconforto, assumir o papel de outros intervenientes nem sempre é confortável. Pior ainda é sentir o desconforto que causamos aos outros.
- O desconforto e a agitação psíquica, são sinónimos de um impacto positivo da intervenção. Este impacto pode ser estratégico para uma elevação da saúde mental de cada um, dependendo das interpretações e estratégias desenvolvidas para superar este confronto interior.

Bibliografia:

Carneiro, F. D. M. (2000); *Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação*. Virtual books acedido em 10 de março de 2012 em <http://pt.scribd.com/doc/7026124/18/a>

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005); *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. 1ª edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Manes, S. (2011); *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. (10ª Edição) Paulus Editora - Lisboa.

Pereira, M. E. R., Bueno, S. M. V. (1997) *Lazer – Um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma conceção da equipe de enfermagem*. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan.

Abreu, J. P. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano* (3ª edição). Lisboa: Climepsi editores.

ANEXO XXIX – Sessão de Psicoeducação – Reflexão sobre sociodrama.

INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA DE GRUPO **SOCIODRAMA COM A TÉCNICA DA INVERSÃO DE PAPÉIS**

DATA: 12/07/2012

População Alvo: Ajudantes de Lar

Enfermeiro Dinamizador:

- Enf. Marco das Neves (Aluno da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.)
- Enf. Esp. Lenea Coelho (Tutora do Ensino Clínico I)

Objetivos Gerais:

Experimentar as sensações e sentimentos dos outros.

Objetivos Específicos:

Refletir sobre os sentimentos manifestados na última sessão.
Sensibilizar para a importância dos sentimentos dos outros.
Conhecer as dificuldades que os outros enfrentam.
Promover o auto conhecimento e o auto conceito.

Reflexão sobre a sessão anterior:

Após uma reflexão individual, houve a manifestação de um certo incómodo sobre as reflexões realizadas.
A última sessão foi geradora de uma agitação interior desconcertante, foi uma das opiniões mais marcantes.

Fundamentação:

Pretende-se que as ajudantes de lar superem as atitudes de passividade e de retração, estimulando a participação ativa numa comunidade de estrutura grupal. (Carneiro, 2000)
O enfermeiro deve estabelecer um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais. (Guerra, 2005)
O tema a tratar, deve ser do conhecimento do terapeuta e este deve ser detentor de um domínio de conhecimentos. O enfermeiro terapeuta deve ser detentor de uma capacidade de reproduzir o tema numa linguagem acessível a todos os elementos do grupo. (Townsend, 2011)
O lazer como a diversão e a descontração no serviço, assim como o relaxamento favorecem o relacionamento, a comunicação, o alívio de tensões. (Pereira, 1997)
Os jogos pretendem estimular e ativar processos de autocapacitação que favorecem novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros (Manes, 2011)
Com o sociodrama pretende-se trabalhar o aspeto emocional dos elementos de um grupo. Através da espontaneidade o grupo consegue interpretar papeis e resolver conflitos que pelo raciocínio não conseguiria, uma vez que estas decisões estão livres de pressões sociais ou previsões meditativas. No sociodrama existe uma entreajuda grupal, contrariando a dependência do terapeuta existente noutros tipo de terapias. (Abreu, 2006)
A inversão de papeis é uma das técnicas mais utilizadas em sócio-drama, e consiste na troca de papeis na dramatização. Esta inversão dos papéis é ditada pelo diretor, geralmente o terapeuta principal, que inverte os papeis interpretados na dramatização. Esta técnica dá a possibilidade do protagonista experimentar os sentimentos e outras sensações das pessoas com quem interagem e muitas vezes chega á conclusão, que na realidade não se colocou verdadeiramente no lugar do outro. (Abreu, 2006)

Número de participantes:

9

Resumo da Sessão:

Da discussão sobre os sentimentos, atitudes provocadoras e atitudes provocadas, desencadeadas na sessão de sociodrama, foi conclusivo que podemos utilizar a nossa postura para incendiar uma relação ou apaziguar a mesma, para isso é preciso desenvolver algumas estratégias. Essas estratégias foram as conclusões da sessão:

- Evitar o confronto quando sentimos que podemos não conseguir dominar o nosso comportamento.
- Esperar o momento, nem sempre quando procuramos o confronto é no momento mais adequado, muitas vezes é preciso esperar o momento adequado para provocar o confronto.
- Evitar a agressividade será talvez das mais importantes estratégias, para promover um bom relacionamento evitando os conflitos.
- Controlar o tom de voz é de especial importância. Muitas vezes “deixamo-nos ir” e quando nos apercebemos o nosso tom de voz está muito mais elevado, fruto da emoção que a relação causou.
- Escutar: para sermos bons comunicadores temos de saber escutar. Se não parar-mos de falar para ouvir, a conversa tende a tornar-se num monólogo e não numa partilha como inicialmente é suposto.
- Perdoar: muitas vezes é preciso compreender o outro numa relação. Nessa compreensão muitas vezes é preciso perceber que errar todos erramos e os outros também, aceitar isso é na maioria dos casos perdoar. Uma boa relação assenta neste princípio.

Conclusões Técnicas:

No final da sessão de psicoeducação a equipa técnica presente concluiu o seguinte:

- O desconforto e a agitação psíquica, são sinónimos de um impacto positivo da intervenção. Este impacto pode ser estratégico para uma elevação da saúde mental de cada um, dependendo das interpretações e estratégias desenvolvidas para superar este confronto interior.
- Foram desenvolvidas estratégias para melhorar uma comunicação, estas estratégias são a essência para uma comunicação eficaz.

Bibliografia:

Carneiro, F. D. M. (2000); *Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação*. Virtual books acedido em 10 de março de 2012 em <http://pt.scribd.com/doc/7026124/18/a>

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005); *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. 1ª edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Manes, S. (2011); *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. (10ª Edição) Paulus Editora - Lisboa.

Pereira, M. E. R., Bueno, S. M. V. (1997) *Lazer – Um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma conceção da equipe de enfermagem*. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan.

Abreu, J. P. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano* (3ª edição). Lisboa: Climepsi editores.

ANEXO XXX – Relatório de Intervenção: “Relaxamento autogénico de schultz” III

INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA DE GRUPO **RELAXAMENTO UTILIZANDO O GUIÃO DA ILHA DESERTA**

DATA: 28/06/2012

População Alvo: Ajudantes de Lar

Enfermeiros Dinamizadores:

- Enf. Marco das Neves (Aluno da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.)
- Enf^a Esp. Lenea Coelho (Tutora do Ensino Clínico I)

Objetivos Gerais:

Promover o autoconceito e o autoconhecimento.
Conhecer técnica de alívio da ansiedade.

Objetivos Específicos:

Explorar os sentimentos sentidos na última sessão.
Conhecer sinais e sintomas de ansiedade.
Realizar introdução às técnicas de Autorrelaxamento.
Conhecer técnica de relaxamento progressivo modificado.
Realizar aprendizagem sobre técnica de autorrelaxamento.

Reflexão sobre a sessão anterior:

Das reflexões realizadas ficou claro que o sentimento mais marcante foi: nem sempre a ideia que os outros têm de mim coincide com aquela que eu tenho de mim mesmo.
É importante de tempos a tempos fazermos uma reflexão sobre o que sou, as minhas virtudes e os meus defeitos.

Fundamentação:

Pretende-se que as ajudantes de lar superem as atitudes de passividade e de retração, estimulando a participação ativa numa comunidade de estrutura grupal. (Carneiro, 2000)
O enfermeiro deve estabelecer um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais. (Guerra, 2005)
O tema a tratar, deve ser do conhecimento do terapeuta e este deve ser detentor de um domínio de conhecimentos. O enfermeiro terapeuta deve ser detentor de uma capacidade de reproduzir o tema numa linguagem acessível a todos os elementos do grupo. (Townsend, 2011)
As técnicas de relaxamento, apresentam-se como um conjunto de procedimentos de intervenção muito utilizados em saúde mental. O relaxamento terapêutico é uma possibilidade terapêutica que pode ser utilizada como terapia principal ou como terapia adjuvante em diferentes situações clínicas. (Filho, 2009)

O relaxamento pode ser muito útil no controlo e prevenção de situações de stress, pode proporcionar momentos de prazer e alegria podendo muitas vezes diminuir o impacto psicológico de situações adversas. O momento do relaxe deve ser respeitado e em muitas situações está indicado como indutor do sono pelo que deve ser utilizado antes de ir dormir. (Junqueira, 2006)

No relaxamento simples, pede-se ao utente que se coloque numa posição confortável de sentado ou deitado e que tome consciência da sua respiração, promovendo o relaxar dos músculos (Junqueira, 2006)

O treino autogénico de Schultz, utiliza como principal enfoque processos fisiológicos como a sensação de calor, de peso, batimentos cardíacos e ciclos respiratórios. Utilizando expressões como “Estou completamente tranquilo, o braço direito está pesado... o braço direito está quente... o coração bate forte e tranquilo.” (Lima, 2005)

No relaxamento progressivo modificado, o individuo não contrai os músculos, aprende a relaxar os músculos centrando a sensação de relaxe dentro dos próprios músculos, utilizando para isso na maioria dos casos a sensação de calor. (Townsend, 2009)

Número de participantes:

11

Resumo da Sessão:

Das ajudantes de lar em que estava prevista a sua participação faltaram duas, uma sem justificar a sua ausência.

A todos os que se dispuseram a participar, foi-lhes proporcionado um espaço de conforto na posição de deitados, foram distribuídos colchões para possibilitar algum conforto.

Foi realizado um momento de aquecimento, em que foi explicado o princípio da técnica. Foi explicada a importância do ambiente calmo, e que os ruídos causados por cada um individualmente, podem ser perturbadores dos restantes elementos do grupo.

Uma vez criado o ambiente adequado e realizado o aquecimento, foi realizada a leitura do guião em anexo ao som de música de fundo calma, com uma voz serena e sem variância da intensidade da mesma. Durante este momento foi realizada a observação individual da expressão corporal de cada um dos participantes.

No final foi permitido a cada um individualmente exprimir, as sensações que sentiu.

Foi também dado espaço, para que cada um pudesse apontar os momentos mais fortes e mais fracos do terapeuta, aqueles que prejudicaram ou beneficiaram o relaxe mais profundo.

No final sentiu-se um ambiente sereno, sem vozes exaltadas.

Conclusões Técnicas:

No final da sessão de psicoeducação a equipa técnica presente concluiu o seguinte:

- Que a expressão de sentimentos tem que ser melhor trabalhada, ainda se notam algumas dificuldades não só na interpretação dos sentimentos mas também na expressão dos mesmos.
- Que existe uma grande dificuldade em descomprimir na sessão de relaxamento, manifestada por movimentos corporais observados.
- Apesar das dificuldades, sentiu-se uma redução da ansiedade manifestada no início da sessão.

Bibliografia:

Carneiro, F. D. M. (2000); Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação. Virtual books acedido em 10 de março de 2012 em <http://pt.scribd.com/doc7026124/18/a>

Filho, P. G. S. (2009). Introdução aos métodos de relaxamento - Encontro paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais. Anais, Curitiba. Disponível em <http://www.centroreichiano.com.br/artigos> acedido a 25 de março de 2012

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005); Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde. 1ª edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Junqueira, M. F. R. (2006). A viagem do relaxamento: Técnicas de relaxamento e dinâmicas (1ª

Edição). Goiânia: Ed da UCG

Lima, R. F. (2005). Suportes Básicos e Neurofisiologia das Práticas Meditativas. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0266.pdf> acedido a 25 de março de 2012

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição) (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).

Anexo I:

Guião para relaxamento: Ilha Deserta

Sente-se confortável ou então deite-se de costas. Feche os olhos e concentre-se na respiração por breves instantes. Imagine que diante dos seus olhos se abre um enorme ecrã... totalmente branco! Pouco a pouco vai entrando nesse ecrã e começa a participar no filme. Passou para dentro da história...

O sol brilhava no céu e eu sentia-me quente... muito quente...

Estava numa ilha deserta, e o sol queimava o meu corpo...

E eu sentia-me cansado, muito cansado...

Sentia o meu braço direito quente, muito quente...

Quente e pesado, muito pesado...

O sol brilhava agora com mais intensidade... reparei então que o meu braço esquerdo ficou mais quente...

Muito quente e cansado, muito cansado...

A minha perna direita estava quente, muito quente e pesada, muito quente...

A minha perna esquerda ficou também muito quente, muito quente e pesada, muito quente...

E eu estava só, cada vez mais só... naquela ilha deserta onde o sol está cada vez mais quente...

Foi então que resolvi correr pela praia, eu estava só, muito só...

As minhas pernas começaram a ficar cansadas de tanto correr... muito cansadas...

Caí na areia... as pernas estavam pesadas, muito pesadas e os braços também...

Pesadas e quentes, e eu estava cansado, muito cansado...

A brisa do mar, fresca e húmida, começava finalmente a refrescar o meu corpo...

Sentia um ar fresco que percorria as minhas pernas e a parte superior do meu corpo...

Sentia-me cansado, muito cansado e o corpo pesado...

As ondas do mar vinham enrolar-se na areia, calmamente, muito calmamente...

Num tom azul muito transparente...

As gaivotas podiam ouvir-se ao longe...

E em grupo ouvia-se o seu cantar... ao longe.

As palmeiras ondulavam lentamente ao sabor da brisa do mar...

Eu estava muito cansado e ouvia ao longe o roçar das folhas umas nas outras...

E o meu corpo ficava ainda mais cansado e pesado...

Tão pesado que adormeci...

Fiquei adormecido durante algum tempo...

Quando acordei, quente e descansado com o corpo ainda entorpecido...

Era ainda dia e o sol sobrepunha o mar...

Estava uma brisa fresca de fim de tarde...

Espreguicei-me...

Estiquei as pernas...

E dei por mim em casa a sair lentamente do meu sonho...

....

Agora vou pedir-vos que tragam a vossa atenção para a sala onde estamos a repousar. Vou contar de 1 a 5, e à medida que conto comecem a sentir-se mais despertos, mais frescos, com a cabeça mais desanuviada. Quando eu chegar aos 5 gostaria que abrissem os olhos... 1 comecem a sentir-se alerta, 2... 3..., ainda méis alerta, 4... 5... abram os olhos e suavemente estiquem os braços e as pernas.

ANEXO XXXI - Relatório de intervenção: “Relaxamento Simples”

INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA DE GRUPO **RELAXAMENTO UTILIZANDO A TÉCNICA DA RESPIRAÇÃO**

DATA: 13/07/2012

População Alvo: Ajudantes de Lar

Enfermeiros Dinamizadores:

- Enf. Marco das Neves (Aluno da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.)
- Enfª Esp. Lenea Coelho (Tutora do Ensino Clínico I)

Objetivos Gerais:

Promover o autoconceito e o autoconhecimento.
Conhecer técnica de alívio da ansiedade.

Objetivos Específicos:

Explorar os sentimentos sentidos na última sessão.
Conhecer sinais e sintomas de ansiedade.
Realizar técnicas de Autorrelaxamento.
Conhecer técnica de relaxamento utilizando a respiração.
Realizar aprendizagem sobre técnica de autorrelaxamento.

Reflexão sobre a sessão anterior:

É importante desenvolver estratégias autocontrolo para promover uma boa comunicação entre os pares.
De facto, “se eu estiver na mesma situação, tomo aquela decisão que tanto critico, quando tomada pelos outros.
“Nem sempre é fácil dramatizar a minha personagem”, neste contexto “com tanta gente a observar” transformamo-nos em pessoas diferentes que tomam decisões diferentes, que na realidade.

Fundamentação:

Preende-se que as ajudantes de lar superem as atitudes de passividade e de retração, estimulando a participação ativa numa comunidade de estrutura grupal. (Carneiro, 2000)
O enfermeiro deve estabelecer um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais. (Guerra, 2005)
O tema a tratar, deve ser do conhecimento do terapeuta e este deve ser detentor de um domínio de conhecimentos. O enfermeiro terapeuta deve ser detentor de uma capacidade de reproduzir o tema numa linguagem acessível a todos os elementos do grupo. (Townsend, 2011)
As técnicas de relaxamento, apresentam-se como um conjunto de procedimentos de intervenção muito utilizados em saúde mental. O relaxamento terapêutico é uma possibilidade terapêutica que pode ser utilizada como terapia principal ou como terapia adjuvante em diferentes situações clínicas. (Filho, 2009)
O relaxamento pode ser muito útil no controlo e prevenção de situações de stress, pode proporcionar momentos de prazer e alegria podendo muitas vezes diminuir o impacto psicológico de situações adversas. O momento do relaxe deve ser respeitado e em muitas situações está indicado como indutor do sono pelo que deve ser utilizado antes de ir dormir. (Junqueira, 2006)
No relaxamento simples, pede-se ao utente que se coloque numa posição confortável de sentado ou deitado e que tome consciência da sua respiração, promovendo o relaxar dos músculos (Junqueira, 2006)

A técnica do relaxamento com exercícios respiratórios profundos é a base da maioria das outras técnicas de relaxamento. Esta técnica consiste na capacidade de inspirar tanto ar quanto possível inspirando assim a maior quantidade de oxigénio possível. Este tipo de exercício foi provado como eficaz em situações de ansiedade, depressão e irritabilidade entre outras. A grande vantagem deste exercício é que ele pode ser feito sem acompanhamento de terapeuta, e em qualquer lugar ou momento. (Townsend, 2011)

Número de participantes:

10

Resumo da Sessão:

A todos os que se dispuseram a participar, foi-lhes proporcionado um espaço de conforto na posição de deitados, foram distribuídos colchões para possibilitar algum conforto.

Foi realizado um momento de aquecimento, em que foi explicado o princípio da técnica. Foi explicada a importância do ambiente calmo, e que os ruídos causados por cada um individualmente, podem ser perturbadores dos restantes elementos do grupo.

Uma vez criado o ambiente adequado e realizado o aquecimento, foi realizada a leitura do guião em anexo ao som de música de fundo calma, com uma voz serena e sem variância da intensidade da mesma. Durante este momento foi realizada a observação individual da expressão corporal de cada um dos participantes.

No final foi permitido a cada um individualmente exprimir, as sensações que sentiu.

Foi também dado espaço, para que cada um pudesse apontar os momentos mais fortes e mais fracos do terapeuta, aqueles que prejudicaram ou beneficiaram o relaxe mais profundo.

Após esta reflexão foi dado espaço e tempo para promover o auto relaxamento, utilizando a mesma técnica. Ao som de música calma de fundo cada uma imaginou e executou a técnica da respiração no auto relaxamento.

As reações foram ótimas de uma forma geral foi um relaxamento bem sucedido. Foram descritas sensações de:

- “Que o relaxamento deitada funciona melhor que sentada.”
- “Tive a sensação de levitar!”
- “No início tive um pensamento mau, mas depois com a ajuda da música consegui relaxar.”
- “O ruído foi perturbador...”
- “Não consigo relaxar, ainda não consegui encontrar o ambiente adequado.”

No final sentiu-se um ambiente sereno, sem vozes exaltadas.

Conclusões Técnicas:

No final da sessão de psicoeducação a equipa técnica presente concluiu o seguinte:

- Que as auxiliares já conseguem desenvolver técnicas de autorrelaxamento. E até já conseguem relaxar melhor sozinhas que a seguir um guião neste tipo de relaxamento.

Bibliografia:

Carneiro, F. D. M. (2000); Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação. Virtual books acedido em 10 de março de 2012 em <http://pt.scribd.com/doc7026124/18/a>

Filho, P. G. S. (2009). Introdução aos métodos de relaxamento - Encontro paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais. Anais, Curitiba. Disponível em <http://www.centroreichiano.com.br/artigos> acedido a 25 de março de 2012

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005); Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde. 1ª edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Junqueira, M. F. R. (2006). A viagem do relaxamento: Técnicas de relaxamento e dinâmicas (1ª Edição). Goiânia: Ed da UCG

Lima, R. F. (2005). Suportes Básicos e Neurofisiologia das Práticas Meditativas. Disponível em

<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0266.pdf> acessado a 25 de março de 2012

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição) (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).

Anexo I:

RELAXAMENTO

Fechem olhos e cada um vai concentrar a atenção em si próprio. Sintam a respiração tranquila e sigam o seu fluxo natural: inspirar e expirar. (pausa 1 minuto)

Agora sintam o peso dos PÉS apoiados sobre o pavimento. (breve pausa de 20 segundos)

Inspire e enquanto expira... deixe os pés caírem... longe de si. Eles podem estar pesados no início e depois ficarem leves... e leves... e leves...

... Também as PERNAS estão pesadas e relaxadas. (breve pausa)

Inspire e enquanto expira sintam... os seus músculos da BARRIGA DE PERNA a afundarem-se no chão. Eles podem estar pesados no início e depois ficarem macios... e leves...

Agora sintam o peso da BACIA. (breve pausa)

... Também a COLUNA e o PEITO e a BARRIGA estão pesadas e relaxadas. (breve pausa)

Inspire e enquanto expira sintam... os músculos da barriga, do peito e da coluna suaves... e estendidos, a afundarem-se... no chão. Inspire novamente e enquanto expira sintam-os a afundarem-se mais... e mais... todas as tensões a desaparecerem..., fazendo com que as costas repousem confortavelmente no chão.

Sintam os BRAÇOS relaxados até às mãos. (breve pausa)

... Por fim, o PESCOÇO está relaxado e a CABEÇA está pesada. (breve pausa)

Calmamente inspire. Depois expire...

Centre-se na FACE... sintam que alguém os está a massajar... gentilmente..., sintam... a pele sobre as bochechas e abaixo dos maxilares macia... e tornando-se lisa..., deixando o maxilar cair gentilmente em direção ao peito, os lábios a separarem-se ligeiramente enquanto a língua e os dentes se ajustam... suavemente na boca.

Sintam todo o vosso corpo calmo e relaxado... a respiração é fluida e profunda.

Visualize um ambiente quente e agradável e que os faça sentir-se bem. Veja-se aí; sintam o calor entrando no seu corpo.

Procurem memorizar esta sensação de serenidade para que vos faça companhia quando despertarem. (breve pausa)

Podem abrir os olhos, sem pressa, e mover lentamente as mãos... e os pés... e espreguiçarem-se como se estivessem a acordar.

ANEXO XXXII – Relatório de Intervenção: “Relaxamento progressivo Jacobson” II

INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA DE GRUPO **RELAXAMENTO PROGRESSIVO DE JACOBSON**

DATA: 17/07/2012

População Alvo: Ajudantes de Lar

Enfermeiros Dinamizadores:

- Enf. Marco das Neves (Aluno da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.)

Objetivos Gerais:

Conhecer técnica de alívio da ansiedade.

Objetivos Específicos:

Explorar os sentimentos sentidos na última sessão.
Conhecer sinais e sintomas de ansiedade.
Realizar técnicas de Autorrelaxamento.
Conhecer técnica de relaxamento utilizando a respiração.
Realizar aprendizagem sobre técnica de autorrelaxamento.

Reflexão sobre a sessão anterior:

Para um bom relaxamento, para além de uma boa técnica é preciso um bom ambiente. A ausência de ruídos é de especial importância.
Para alguns o posicionamento revela grande importância.
É importante perceber que alguns já experimentaram em casa.

Fundamentação:

Pretende-se que as ajudantes de lar superem as atitudes de passividade e de retração, estimulando a participação ativa numa comunidade de estrutura grupal. (Carneiro, 2000)

O enfermeiro deve estabelecer um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais. (Guerra, 2005)

O tema a tratar, deve ser do conhecimento do terapeuta e este deve ser detentor de um domínio de conhecimentos. O enfermeiro terapeuta deve ser detentor de uma capacidade de reproduzir o tema numa linguagem acessível a todos os elementos do grupo. (Townsend, 2011)

As técnicas de relaxamento, apresentam-se como um conjunto de procedimentos de intervenção muito utilizados em saúde mental. O relaxamento terapêutico é uma possibilidade terapêutica que pode ser utilizada como terapia principal ou como terapia adjuvante em diferentes situações clínicas. (Filho, 2009)

O relaxamento pode ser muito útil no controlo e prevenção de situações de stress, pode proporcionar

momentos de prazer e alegria podendo muitas vezes diminuir o impacto psicológico de situações adversas. O momento do relaxe deve ser respeitado e em muitas situações está indicado como indutor do sono pelo que deve ser utilizado antes de ir dormir. (Junqueira, 2006)

No relaxamento simples, pede-se ao utente que se coloque numa posição confortável de sentado ou deitado e que tome consciência da sua respiração, promovendo o relaxar dos músculos (Junqueira, 2006)

A técnica criada pelo Dr. Edmund Jacobson centra-se na contração e na distensão muscular do qual resulta um profundo relaxamento. Este método tem uma orientação mais fisiológica que psicológica onde cada um aprende a avaliar e realizar sistematicamente as suas tenções nos diversos grupos musculares, para depois relaxa-los. (Filho, 2009)

A apresentação de qualquer técnica de relaxamento deve conter os seguintes pontos: finalidade para a qual se vai ensinar e relação com o problema do paciente, em que consiste a técnica em termos gerais, como se procederá nas sessões, importância da prática em casa e, por último, em que consiste a sessão atual. (Vera, 1996)

Número de participantes:

7

Resumo da Sessão:

A todos os que se dispuseram a participar, foi-lhes proporcionado um espaço de conforto na posição de deitados, foram distribuídos colchões para possibilitar algum conforto.

Foi realizado um momento de aquecimento, em que foi explicado o princípio da técnica. Foi explicada a importância do ambiente calmo, e que os ruídos causados por cada um individualmente, podem ser perturbadores dos restantes elementos do grupo.

Uma vez criado o ambiente adequado e realizado o aquecimento, foi realizada a leitura do guião em anexo ao som de música de fundo calma, com uma voz serena e sem variância da intensidade da mesma. Durante este momento foi realizada a observação individual da expressão corporal de cada um dos participantes.

O ambiente foi muito adequado, a nova sala onde foi realizado o relaxamento é um espaço mais agradável, mais calmo e isento de ruídos perturbadores. É um espaço pouco frequentado e que a maioria das funcionárias não conhecia. O ambiente foi, por estes motivos mais adequado.

No final foi permitido a cada um individualmente exprimir, as sensações que sentiu.

Foi também dado espaço, para que cada um pudesse apontar os momentos mais fortes e mais fracos do terapeuta, aqueles que prejudicaram ou beneficiaram o relaxe mais profundo.

No final sentiu-se um ambiente sereno, sem vozes exaltadas.

Conclusões Técnicas:

No final da sessão de psicoeducação a equipa técnica presente concluiu o seguinte:

- Esta técnica permitiu um relaxamento mais profundo, á maioria das auxiliares.
- Houve no entanto uma auxiliar que ofereceu resistência, e por esse motivo não conseguiu relaxar, até se sentiu perturbada com o exercício.

Bibliografia:

Carneiro, F. D. M. (2000); Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação. Virtual books acedido em 10 de março de 2012 em <http://pt.scribd.com/doc/7026124/18/a>

Filho, P. G. S. (2009). Introdução aos métodos de relaxamento - Encontro paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais. Anais, Curitiba. Disponível em <http://www.centroreichiano.com.br/artigos> acedido a 25 de março de 2012

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005); Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde. 1ª edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Junqueira, M. F. R. (2006). A viagem do relaxamento: Técnicas de relaxamento e dinâmicas (1ª Edição). Goiânia: Ed da UCG

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição) (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).

Vera, M. N. & Vila, Jaime (1996). Youblisher diponivel em <http://www.youblisher.com/p/186702-experiencia> acedido a 25 de março de 2012.

Anexo I:

Está instalado confortavelmente e relaxado.

Agora gostaria que continuasse confortavelmente instalado, de forma a deixar o seu corpo relaxado, enquanto concentra sua atenção em sua mão direita (ou esquerda, se for o braço dominante). Quando eu disser, feche a mão, com muita, muita força, tanta força quanto a que puder. **Agora!** Perceba o que sente quando os músculos da mão e antebraço estão tensos. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que experimenta. Agora quando eu disser “solte” quero que sua mão se abra completamente e deixe-a cair sobre o colchão; não o faça gradualmente, deixe-a cair de uma vez.

Solte!

Concentre agora a sua atenção no seu braço direito, quando eu disser use o cotovelo para empurrar o colchão contra o chão, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora.** Perceba o que sente quando os músculos do braço e ombro estão tensos. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que está a experimentar. Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe o braço, **Solte!**

Concentre agora a sua atenção na sua mão esquerda. Quando eu disser, feche a mão, com muita, muita força, tanta força quanto a que puder. **Agora!** Perceba o que sente quando os músculos da mão e antebraço estão tensos. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que experimenta. Agora quando eu disser “solte” quero que sua mão se abra completamente e deixe-a cair sobre o colchão; não o faça gradualmente, deixe-a cair de uma vez. **Solte!**

Concentre agora a sua atenção no seu braço esquerdo, quando eu disser use o cotovelo para empurrar o colchão contra o chão, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora.** Perceba o que sente quando os músculos do braço e ombro estão tensos. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que está a experimentar. Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe o braço, **Solte!**

Concentre agora a sua atenção na testa e couro cabeludo, quando eu disser levante as sobrancelhas tão alto quanto possível, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora.** Perceba o que sente quando os músculos da testa e couro cabeludo estão tensos. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que está a experimentar. Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe a testa, **Solte!**

Concentre agora a sua atenção nos olhos e nariz, quando eu disser feche os olhos com força ao mesmo tempo que enruga o nariz, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora**. Perceba o que sente quando os músculos dos olhos e nariz estão tensos. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que está a experimentar. Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe os olhos e o nariz, **Solte!**

Concentre agora a sua atenção na boca e maxilares, quando eu disser cerre os dentes e os lábios rasgados em direção às orelhas, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora**. Perceba o que sente quando os músculos da face estão tensos. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que está a experimentar. Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe, **Solte!**

Concentre agora a sua atenção no pescoço, quando eu disser dobra o pescoço para a direita, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora**. Perceba o que sente... Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que está a experimentar. Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe, **Solte!**

Agora quando eu disser dobre o pescoço para a esquerda, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora**. Perceba o que sente... Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe, **Solte!**

Agora quando eu disser dobre o pescoço para a frente, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora**. Perceba o que sente... Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe, **Solte!**

Agora quando eu disser dobre o pescoço para a trás, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora**. Perceba o que sente... Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe, **Solte!**

Concentre agora a sua atenção no peito e costas, quando eu disser Inspire profundamente mantendo a respiração, em simultâneo desloque os ombros para trás tentando juntar as omoplatas, com muita, muita força, tanta força como a que puder, **Agora**. Perceba o que sente quando os músculos do peito e costas estão tensos. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que está a experimentar. Agora quando eu disser “solte”, quero que deixe de fazer força e relaxe, **Solte!**

Concentre agora a sua atenção na região do estômago, encolha toda a região abdominal sustentando a respiração. Agora, mantendo a respiração suspensa relaxe a região abdominal. Repita o processo duas vezes.

Concentre agora a sua atenção no seu pé direito. Quando eu disser, dobre o pé sobre a perna com os dedos esticados sem levantar o calcanhar, com muita, muita força, tanta força quanto a que puder. **Agora!** Perceba o que sente quando os músculos do pé e da perna estão tensos, mantendo a tensão levante agora a perna toda. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que experimenta. Agora quando eu disser “solte” quero que relaxe deixando cair a perna sem se magoar. **Solte!**

Mantendo a atenção na mesma perna, quando eu disser, estique o pé com os dedos fletidos sem levantar o calcanhar, com muita, muita força, tanta força quanto a que puder. **Agora!** Perceba o que sente quando os músculos do pé e da perna estão tensos, mantendo a tensão levante agora a perna toda. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que experimenta. Agora quando eu disser “solte” quero que relaxe deixando cair a perna sem se magoar. **Solte!**

Concentre agora a sua atenção no seu pé esquerdo. Quando eu disser, dobre o pé sobre a perna com os dedos esticados sem levantar o calcanhar, com muita, muita força, tanta força quanto a que puder. **Agora!** Perceba o que sente quando os músculos do pé e da perna estão tensos, mantendo a tensão levante agora a perna toda. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que experimenta. Agora quando eu disser “solte” quero que relaxe deixando cair a perna sem se magoar. **Solte!**

Mantendo a atenção na mesma perna, quando eu disser, estique o pé com os dedos fletidos sem levantar o calcanhar, com muita, muita força, tanta força quanto a que puder. **Agora!** Perceba o que

sente quando os músculos do pé e da perna estão tensos, mantendo a tensão levante agora a perna toda. Concentre-se nesse sentimento de tensão e mal-estar que experimenta. Agora quando eu disser “solte” quero que relaxe deixando cair a perna sem se magoar. **Solte!**

Centre agora toda a sua atenção em todos os músculos que utilizou e perceba o quanto estão relaxados...um a um.

Primeiro o braço direito, perceba quanto ele está relaxado e leve.

Agora o braço esquerdo, tenha a sensação de relaxe em todo o braço esquerdo.

A testa, os olhos e nariz, a boca e maxilares perceba quanto estão relaxados todos os músculos da face

E o pescoço, quanta sensação de relaxe se sente no pescoço totalmente relaxado.

Os músculos do peito e das costas estão completamente relaxados.

Assim como os do abdómen, completamente relaxados.

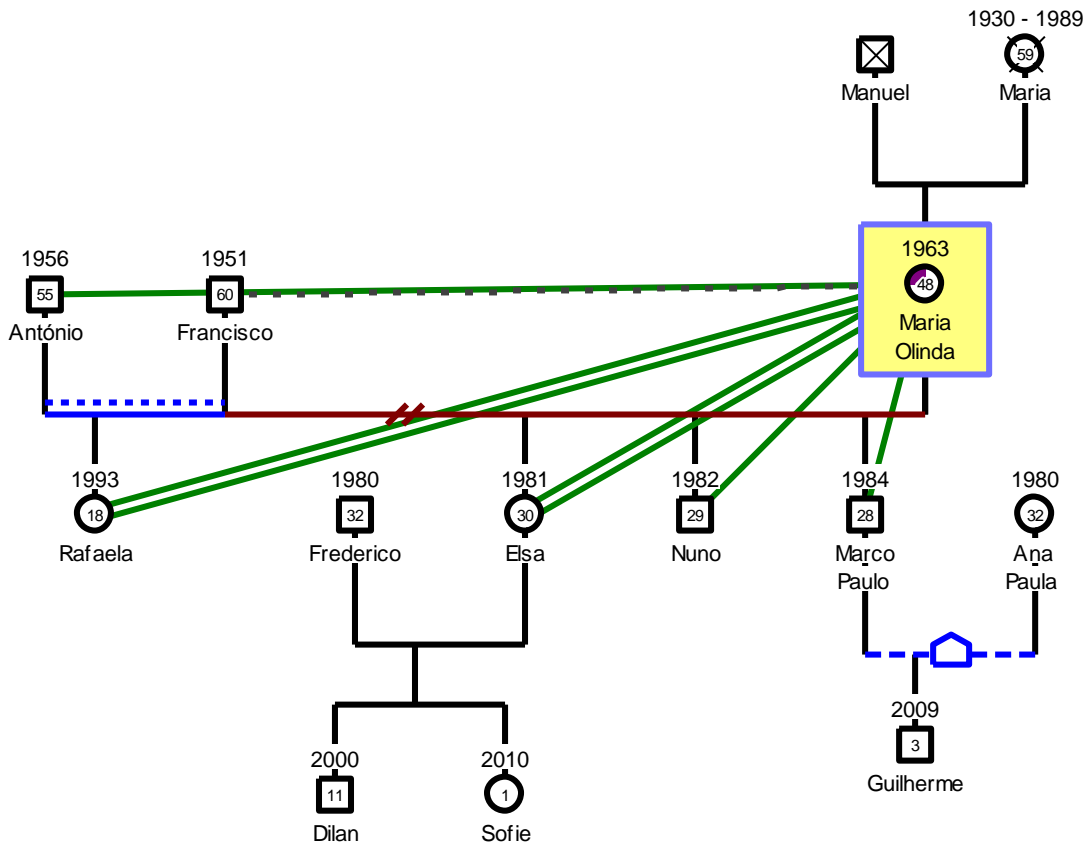
Agora o membro inferior direito, perceba o quanto relaxado está o seu membro inferior direito.

E depois o membro inferior esquerdo, perceba o quanto está relaxado o seu membro inferior esquerdo.

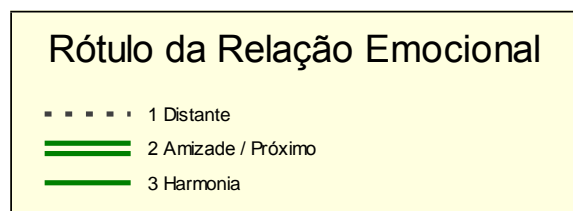
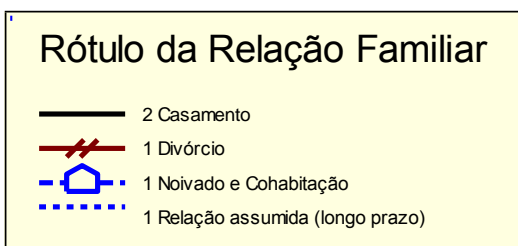
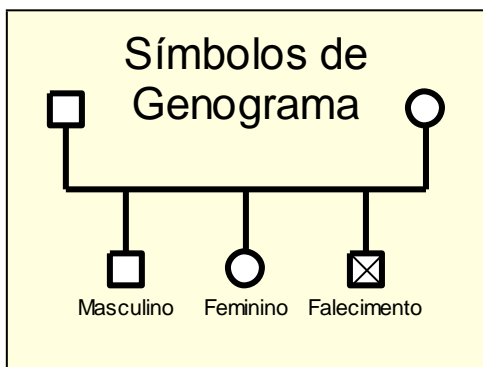
Perceba agora como a tensão e o incômodo desapareceram de sua mão e antebraço. Fixe-se nas sensações de relaxamento, de prazer, de tranquilidade que tem agora. Fixe-se no contraste, na diferença entre ter a mão tensa e tê-la relaxada. Continue soltando esses músculos, deixando que se façam cada vez mais lisos, mais relaxados. Não faça nada, deixe-os soltos.

ANEXO XXXIII – Ecomapa e Genograma do Estudo de Caso – “Ideação Suicida”

GENOGRAMA – Caso da Olinda Maria

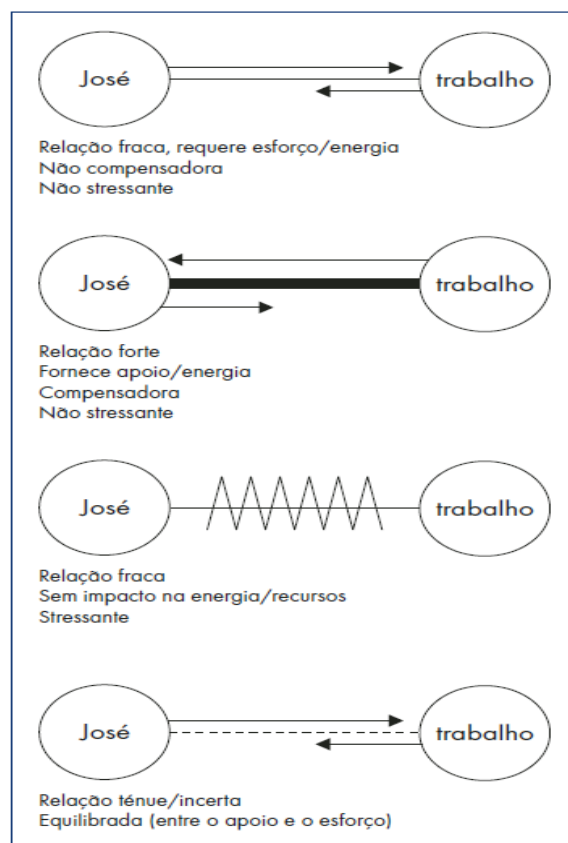


Legenda:



ECOMAPA Caso Olinda Maria

Legenda:



ANEXO XXXIV – Certificado de participação WIP - Oslo

STUDENT CERTIFICATE

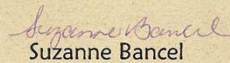
Marco Alexandre Santos das Neves

has successfully completed the Erasmus IP 2011-1-NO1-ERA10-03310

Works in Progress for master students held at Oslo and Akershus University College
of Applied Sciences from May 14th - May 25th, 2012.


Nina Waaler

Dean of the Faculty of Health Sciences


Suzanne Bancel

IP Coordinator, Department of Nursing



ANEXO XXXV – Proposta de investigação inicial WIP

ABSTRACT

“MENTAL HEALTH PROMOTION IN FORMAL CAREGIVERS OF PEOPLE WITH PROFOUND DISABILITIES”

Student: Marco Alexandre Santos das Neves, nº 5110358

KEYWORDS: Mental Health Workers, Mental Health Promotion, Formal Caregivers and People with Profound Disabilities

INTRODUCTION: Working with clients with profound disabilities is exposed to a psychological and physical aggression, so it can ask if the mental health of workers is preserved over time without suffering the psychological impact that the profound disabilities cause? the nature of work cause more pressures on mental health and well-being of the workers. Employers should develop programs for mental health and well being, as well as prevent potential situations which may be adverse for the mental health of the workers and develop early intervention programs in situations mild mental illness.

OBJETIVES: Evaluate the mental health of formal caregivers of people with profound disabilities; determine the prevalence of the formal caregivers of people with profound disabilities in psychological distress; determine whether factors such as social or/and familiar support, knowledge about disabilities, relationships between employees and job satisfaction act as protectors of formal caregivers of people with profound disabilities and evaluate the effect of the interventional program in promoting the mental health of formal caregivers of people with profound disabilities.

METHODOLOGY:

This study is quasi experimental, a type of pretest/posttest, no control group, will be realized in a non-probability convenience sample of formal caregivers that work in John Paul II Center. After an initial evaluation, the sample is divided into two subsamples: 1. Caregivers who show high levels of psychological distress (via MHI) and another subsample without high levels of suffering. The psychoeducational intervention will take place only in this subsample. Before beginning the study, all caregivers will be informed of this methodology. The psycho-educational intervention will be the

principles defined in the literature for these situations, as well as protective factors for mental health presented at first moment.

Instrument: The questionnaire to be applied in the first and second moment will be constituted by: Professional characterization of the sample, the Mental Health Inventory for Parents Ribeiro, level of knowledge about the profound disability, social support from parents and professional satisfaction (to define)

Formal procedures and ethical: will be request authorization to the authors for use of measuring instruments and the formal request will be held to the institution that will conduct the study. In addition to the right to confidentiality and anonymity, we intend to follow the guidelines of Fortin (2000) on the ethical principles most relevant to consider in these investigations: principle of self-determination, the intimacy, protection against discomfort and injury, and always ensure a fair treatment and equitable. The instruments will be coded to enable its matching

Forecast and data processing: Given the characteristics of the study will use descriptive statistics: relative and absolute frequencies, measures of central tendency (averages, modes and medians) and measures of dispersion or variability (standard deviation maximum and minimum). Will be used paired parametric tests or not parametric according to the normal or not normal distribution of the variables (Kolmogorov-Smirnov test).

BIBLIOGRAPHY

Camargo, R., & Bueno, S. (2004), Lazer, Trabalho e Promoção da Saúde Mental para os Trabalhadores de Hospital. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* Vol , nº 1 2004, Rio de Janeiro.

Fernandes, J., Ferreira, S., Albergaria, A. & Conceição, F. (2002). Saúde Mental e Trabalho Feminino: Imagens e Representações de Enfermeiras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* Março-Abril; 10(2).

Fortin, M. F. (2000). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusociência.

Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar (2008) Ministério da Saúde, Bruxelas 12 e 13 de junho de 2008. Acedido em 29 de janeiro de 2012 em <http://www.labrp.com>

Lei nº 36/1998 de 24 de julho (1998), Aprova a Lei de Saúde Mental, Diário da Republica Iª Série nº 169 (1998-07-24).

Lei nº 7/2009 de 12 de fevereiro (2009), Aprova o Código do Trabalho. Diário da Republica Iª Série. Nº 30 (2009-02-12)

ANEXO XXXVI – Proposta de investigação II WIP



Marco Alexandre Santos das Neves

Marcodasneves74@gmail.com

In 2^o semester of a 2 semester programme

“MENTAL HEALTH PROMOTION IN FORMAL CAREGIVERS OF PEOPLE WITH PROFOUND DISABILITIES”

Background: People working with clients with profound disabilities are exposed to psychological and physical aggression. We can therefore ask if the mental health of workers is maintained over time without suffering from the psychological impact that caring for people with profound disabilities may cause? The nature of the work puts pressure on the mental health and well-being of the workers. Employers should develop programs for mental health and well-being, as well as prevent potential situations which may be adverse for workers’ mental health and develop early intervention programs for situations that may cause mild mental illness.

Objectives: To evaluate the mental health of formal caregivers of people with profound disabilities ; to determine the prevalence of psychological distress in the formal caregivers of people with profound disabilities; to determine whether factors such as social or/and familiar support, knowledge about disabilities, relationships between employees and job satisfaction protects formal caregivers of people with profound disabilities, and finally to evaluate the effect of the intervention program in promoting the mental health of formal caregivers of people with profound disabilities.

Methodology: This is a quasi-experimental pretest/post-test study, without control group. It will be conducted in a non-probability convenience sample of formal caregivers working at John Paul II Center (Fátima). After an initial evaluation, the sample will be divided into two subsamples: 1. Caregivers who show high levels of

psychological distress (via MHI) and another subsample without high levels of suffering. The psycho-education intervention will take place only in this subsample. Before beginning the study, all caregivers will be informed about this methodology. The psycho-education intervention will use the principles defined in the literature for these situations, as well as protective factors for mental health problems presented at the start.

Instrument: The questionnaire to be applied in the first and second stage will be constituted by: Professional characterization of the sample, the Mental Health Inventory (Pais Ribeiro), level of knowledge about the profound disability, social support from parents and professional satisfaction (to define)

Formal and ethical procedures: The authors will be asked for authorization to use the measuring instruments. A formal request will be made to the institution where the study will be conducted. Every one of caregivers invited to participate in the study will be informed about the conditions in which the study will take place, and will only participate if they agree to participate (informed consent). In addition to the right to confidentiality and anonymity, we intend to follow the guidelines of Fortin (2000) on the ethical principles most relevant to consider in these investigations: principle of self-determination, protection against discomfort and injury, and always ensure a fair and equitable treatment. The instruments will be coded to enable matching.

Forecast and data processing: Given the characteristics of the study we will use descriptive statistics: relative and absolute frequencies, measures of central tendency (averages, modes and medians) and measures of dispersion or variability (standard deviation maximum and minimum). We will used paired parametric or non-parametric tests according to the distribution of the variables.

Keywords: Mental Health Workers, Mental Health Promotion, Formal Caregivers and People with Profound Disabilities

Literature:

Camargo, R., & Bueno, S. (2004), Lazer, Trabalho e Promoção da Saúde Mental para os

Trabalhadores de Hospital. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* Vol , nº 1 2004, Rio de Janeiro.

Fernandes, J., Ferreira, S., Albergaria, A. & Conceição, F. (2002). Saúde Mental e Trabalho Feminino: Imagens e Representações de Enfermeiras. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* Março-Abril; 10(2).

Fortin, M. F. (2000). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusociência.

Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar (2008) Ministério da Saúde, Bruxelas 12 e 13 de junho de 2008. Acedido em 29 de janeiro de 2012 em <http://www.labrp.com>

Lei nº 36/1998 de 24 de julho (1998), Aprova a Lei de Saúde Mental, Diário da Republica Iª Série nº 169 (1998-07-24).

Lei nº 7/2009 de 12 de fevereiro (2009), Aprova o Código do Trabalho. Diário da Republica Iª Série. Nº 30 (2009-02-12)

ANEXO XXXVII – Proposta de investigação final WIP



Marco Alexandre Santos das Neves
Marcodasneves74@gmail.com
In 2^o semester of a 2 semester programme

**“Impact of psycho-educational intervention in mental health promotion
in caregivers of people with profound disabilities”**

Keywords: Mental Health Workers, Mental Health Promotion, Formal Caregivers and People with Profound Disabilities and Psycho-education.

Background: People working with clients with profound disabilities are exposed to psychological and physical aggression. We can ask if could a psycho educational intervention promote caregivers mental health of people with profound disabilities? The nature of the work puts pressure on the mental health and well-being of the workers. Employers should develop programs for mental health and well-being, as well as prevent potential situations which may be adverse for workers’ mental health and develop early intervention programs for situations that may cause mild mental illness.

Objetives: To evaluate the effect of the intervention program in promoting the mental health of formal caregivers of people with profound disabilities.

Methodology: This is a quasi-experimental pretest/post-test study, without control group. It will be conducted in a non-probability convenience sample of formal caregivers working at John Paul II Center (Fátima). After an initial evaluation, the sample will be divided into three subsamples: 1th Caregivers who show high levels of psychological distress (MHI), 2th Caregivers who have very low levels of mental health (MHI) and 3th another subsample without high levels of suffering. The psycho-education intervention will take place only in 1th and 3th subsample. Before beginning the study, all caregivers will be informed about this methodology. The psycho-

education intervention will use the principles defined in the literature for these situations, as well as protective factors for mental health problems presented at the start.

Instrument: The questionnaire to be applied in the first and second stage will be constituted by: Professional characterization of the sample, the Mental Health Inventory (Pais Ribeiro) and Perceived social support (Pais Ribeiro, 2011).

Formal and ethical procedures: The authors will be asked for authorization to use the measuring instruments. A formal request will be made to the institution where the study will be conducted. Every one of caregivers invited to participate in the study will be informed about the conditions in which the study will take place, and will only participate if they agree to participate (informed consent). In addition to the right to confidentiality and anonymity, we intend to follow the guidelines of Fortin (2000) on the ethical principles most relevant to consider in these investigations: principle of self-determination, protection against discomfort and injury, and always ensure a fair and equitable treatment. The instruments will be coded to enable matching.

Forecast and data processing: Given the characteristics of the study we will use descriptive statistics: relative and absolute frequencies, measures of central tendency (averages, modes and medians) and measures of dispersion or variability (standard deviation maximum and minimum). We will used paired parametric or non-parametric tests according to the distribution of the variables.

Psycho-education: The sessions will be held in eight meetings with bi-weekly 90 minutes each. The sessions will be held for groups of ten or twelve professionals. Place in a space, in which the arrangement of chairs and / or tables will be equidistant from all group members and in front of everyone. Will be found a space where the interaction with the outside, is minimal. In each session should be given some space for the exploration of feelings will the previous session.

ANEXO XXXVIII – Autorização para aplicar o questionário

Conselho de Administração
Centro João Paulo II – Fátima

Deferido
M. Alves
8.05.2012

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação e aplicação de instrumentos de recolha de dados.

Marco Alexandre Santos das Neves, enfermeiro, a frequentar o 3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Leiria, e a realizar o ensino clínico deste curso no Centro João Paulo II em Fátima, venho por este meio solicitar a Vossa autorização para realização de um estudo de investigação intitulado “Promoção da Saúde Mental dos Cuidadores Formais das Pessoas com Deficiência Profunda”.

Este trabalho de investigação, pretende avaliar o nível de saúde mental dos cuidadores formais da pessoa com deficiência profunda assim como identificar os factores protectores da saúde mental dos mesmos cuidadores. Esta avaliação será dirigida a todos os cuidadores directos da pessoa com deficiência profunda.

Dos dados avaliados será seleccionado um grupo de sensivelmente 12 profissionais, de entre os que revelarem menor saúde mental. O grupo terapêutico seleccionado, será objecto de psico-educação de grupo (quatro a oito sessões de 45 mn cada). As sessões serão desenvolvidas de acordo com as disponibilidades do serviço e dos mesmos profissionais, tendo em vista a promoção e manutenção da saúde mental e do bem-estar dos trabalhadores.

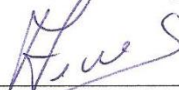
Com este trabalho pretendo contribuir para a promoção da saúde mental dos cuidadores formais da pessoa com deficiência profunda, promovendo assim a produtividade dos trabalhadores diminuindo o absentismo.

Neste estudo são salvaguardadas as questões éticas inerentes à metodologia de investigação científica.

Agradeço desde já toda a atenção dispensada e subscrevo com toda a estima e consideração.

Pede deferimento,

Fátima, 20 de Março de 2012



(Marco Alexandre Santos das Neves)

ANEXO XXXIX – Consentimento informado

Exmo(a). Sr(a).

No âmbito do meu curso de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, estou a realizar um trabalho de investigação que pretende avaliar o nível de saúde mental dos cuidadores formais da pessoa com deficiência profunda assim como identificar os fatores protetores da saúde mental dos mesmos cuidadores.

Com este trabalho pretendo contribuir para a promoção da saúde mental dos cuidadores formais da pessoa com deficiência profunda.

É, pois, muito importante poder contar com a sua colaboração nesta investigação. Peço-lhe que leia este documento com atenção. Caso não entenda alguma coisa, pode pedir-me algum esclarecimento adicional.

Gostaria ainda de saber se eventualmente fosse selecionado para o grupo terapêutico da promoção da saúde mental dos cuidadores formais da pessoa com deficiência profunda estaria disponível para integrar este grupo de trabalho.

O grupo terapêutico selecionado, será objeto de psicoeducação de grupo, a ser desenvolvida de acordo com as disponibilidades do serviço e dos profissionais selecionados, tendo em vista a promoção e manutenção da saúde mental e do bem-estar dos trabalhadores.

Neste projeto prevê-se a intervenção de quatro a oito sessões com duração de 45 minutos cada. Em cada sessão irá decorrer psicoeducação grupal com o objetivo de trabalhar os fatores protetores da saúde mental dos trabalhadores.

O tratamento dos dados que vou recolher serve exclusivamente para fins de investigação e será totalmente salvaguardado o anonimato e confidencialidade na sua divulgação.

Agradeço muito a sua disponibilidade e colaboração!

Consentimento Informado

Eu _____ (Primeiro Nome e Inicial do Sobrenome) fui informado(a) sobre os objetivos e condições de participação nesta investigação. Sinto-me esclarecido(a) e autorizo participar na investigação nas condições acima definidas.

Fátima, ____/____/____ Rubrica: _____

ANEXO XL – Relatório da última sessão de psicoeducação

INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA DE GRUPO **REFLEXÕES FINAIS**

DATA: 18/07/2012

População Alvo: Ajudantes de Lar

Enfermeiros Dinamizadores:

- Enf. Marco das Neves (Aluno da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental.)
- Enf. Esp. Lenea Coelho (Tutora do ensino Clínico I)
- Prof. José Carlos Gomes (Professor responsável pelo Ensino Clínico I)

Objetivos Gerais:

Perceber se as intervenções efetuadas melhoraram a saúde mental das ajudantes de lar.

Objetivos Específicos:

Explorar os sentimentos sentidos na última sessão.
Perceber qualitativamente o que cada uma sentiu nas intervenções realizadas.
Avaliar se houve melhoras na saúde mental, aplicando o MHI 38.
Agradecer a disponibilidade de todas em participar.

Reflexão sobre a sessão anterior:

Para um bom relaxamento, para além de uma boa técnica é preciso um bom ambiente. A ausência de ruídos e a criação de um espaço agradável é fundamental para promover um bom relaxamento.

Fundamentação:

Pretende-se que as ajudantes de lar superem as atitudes de passividade e de retração, estimulando a participação ativa numa comunidade de estrutura grupal. (Carneiro, 2000)

O enfermeiro deve estabelecer um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais. (Guerra, 2005)

O tema a tratar, deve ser do conhecimento do terapeuta e este deve ser detentor de um domínio de conhecimentos. O enfermeiro terapeuta deve ser detentor de uma capacidade de reproduzir o tema numa linguagem acessível a todos os elementos do grupo. (Townsend, 2011)

Número de participantes:

9

Resumo da Sessão:

A todos os que se dispuseram a participar, foi-lhes dado a possibilidade de manifestarem a opinião sobre as sessões. A opinião geral foi positiva, embora tenha pecado pela escacês de sessões. Ficou claro que: no final de cada sessão a sensação de bem-estar ficou mais marcada.

Foi aplicado novamente o questionário inicial, onde consta o MHI38 para perceber se as sessões efetuadas tiveram impacto na saúde mental das ajudantes de lar.

No final foi feita uma avaliação das sessões pelo terapeuta principal assim como pelos outros coterapeutas.

Foi ainda feito um agradecimento pela participação de todos.

Bibliografia:

Carneiro, F. D. M. (2000); Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação. Virtual books acedido em 10 de março de 2012 em <http://pt.scribd.com/doc7026124/18/a>

Guerra, M. P. & Lima, L. (2005); Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde. 1ª edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª edição) (Rodrigues, S.C. – Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Kogan. (trabalho original em Inglês publicado em 2009).

ANEXO XLI – Nomeação da direção de enfermagem

NOTA INFORMATIVA

ORDEM DE SERVIÇO

Nº 05/DE

DATA 2014-02-17

PARA: Todos os Serviços Integrados no ACES PL

ASSUNTO: Constituição da Direção de Enfermagem do ACES PL

Em observância do estipulado no n.º 3 do art.º 4 do Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de novembro, a Portaria n.º 245/2013 de 5 de agosto vem regulamentar a Direção de Enfermagem, designadamente, a sua composição, as respetivas competências e forma de funcionamento nos serviços de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde.

Nestes termos, a seguir se indicam os profissionais de enfermagem que integram a Direção de Enfermagem do ACES PL:

Presidente da Direção de Enfermagem (n.º 3 do artigo 2º da portaria 245/2013 de 5 de agosto):

- Marco Alexandre Santos das Neves – Enfermeiro Especialista e Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico e de Saúde.

Enfermeiros Chefes (n.º 2 do artigo 2º da portaria 245/2013 de 5 de agosto):

- Lucília Maria Rego Pacheco Sousa – Enfermeira Especialista, Chefe no Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio;
- Manuel Tiago Sousa Silva – Enfermeiro Especialista, Chefe no Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques;
- Maria de Fátima Gonçalves Neto Pereira – Enfermeira Especialista, Chefe no Centro de Saúde de Pombal.

A DIRETORA EXECUTIVA



Maria Isabel Poças

ANEXO XLII – Nomeação para a UCF Materna/Neonatal e da Criança/Adolescente

Exm^o. Senhor
Enfermeiro Marco Alexandre Neves
ACES Pinhal Litoral

022777 7'13 08-01 10:17

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

ASSUNTO
: Nomeação como Membro da Unidade Coordenadora Funcional

A Administração Regional de Saúde do Centro, IP considera que as Unidades Coordenadoras Funcionais – Vertente Materna e Neonatal e da Criança e do Adolescente, são estruturas fundamentais para garantir a articulação entre os Cuidados Primários e Hospitalares. A elas tem sido, muito justamente, imputado o sucesso da Assistência Materno-Infantil na nossa Região e no País.

Face ao exposto e ao perfil e competências evidenciado por V. Ex^a, o Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP e a Comissão Regional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente nomeia V.Ex.^a elemento da Unidade Coordenadora Funcional do Centro Hospitalar Leiria - Pombal/ ACES Pinhal Litoral, desde já agradecendo a disponibilidade para o exercício de tais funções.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Diretivo



(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

