

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria
Relatório de Estágio

**Intervenções não-farmacológicas na redução da
ansiedade em enfermagem de saúde mental**

Ana Luísa da Paixão Pinheiro

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria
Relatório de Estágio

Intervenções não-farmacológicas na redução da
ansiedade em enfermagem de saúde mental


Ana Luísa da Paixão Pinheiro

Orientador: Professor Doutor Luís Nabais

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Toda reforma interior e toda mudança para melhor dependem exclusivamente da aplicação do nosso próprio esforço.”

Immanuel Kant

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível com a colaboração de várias pessoas às quais estou muito grata:

Ao Professor Doutor Luís Nabais pela orientação e apoio durante todo este percurso.

Às Enfermeiras Orientadoras de estágio, Enf^a Marta Costa e Enf^a Isabel Ventura pela orientação, conhecimentos transmitidos, momentos de partilha, apoio e confiança transmitida.

A todos os Enfermeiros dos campos de estágio pela disponibilidade e partilha.

À minha família, em especial ao meu marido, pelo amor, carinho e motivação.

Aos meus colegas e amigos, que de uma forma ou de outra me incentivaram e apoiaram em momentos de algum desânimo.

A todos os que contribuíram para esta caminhada, o meu Sincero Obrigada!!

LISTA DE ABREVIATURAS

APA – American Psychiatric Association

CID – Classificação internacional de Doenças

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

LSD - Dietilamida do Acido Lisérgico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

STAI - State-Trait Anxiety Inventory

WHO – World Health Organization

RESUMO

A ansiedade, condição experienciada por todas as pessoas em algum momento da vida e cada vez mais prevalente na nossa sociedade, consiste num sinal de alerta, normalmente entendido como ameaça, que estimula o indivíduo a agir. Porém, quando em níveis elevados, a ansiedade pode despoletar respostas desadequadas, tornando-se patológica. Perante as limitações funcionais e os malefícios associados à ansiedade, torna-se perentório aumentar o alcance da prestação de cuidados por parte do EESMP, na redução da mesma. Os objetivos consistem em adquirir competências na redução da ansiedade através de intervenções não-farmacológicas; desenvolver competências na dinamização de sessões de grupo: 1) relaxamento 2) psicoeducativas e 3) mediadas por técnicas expressivas, que visam reduzir a ansiedade na pessoa com dependência de substâncias psicoativas e na pessoa com depressão e compreender de que modo as intervenções não-farmacológicas contribuem para o estabelecimento da relação terapêutica. Este relatório apresenta um estudo descritivo, onde são descritas, analisadas e avaliadas as intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional desenvolvidas em grupo, com pessoas com dependência de substâncias psicoativas e com pessoas com depressão. Foram utilizados dados quantitativos obtidos pela aplicação do Questionário de Auto-avaliação Inventário de Estado-Traço de Ansiedade - STAI – Y, associado às sessões de relaxamento e, também dados qualitativos obtidos das expressões dos participantes. Os resultados na análise do Questionário STAI-Y1 e STAI-Y2, dos 28 participantes (22 no contexto internamento e 6 no comunitário), comparativa do *pré* para o *pós* sessões de relaxamento, evidenciam uma redução significativa dos níveis de ansiedade-estado e ansiedade-traço. Os resultados obtidos na prática real em contexto de ensino clínico comprovam a eficácia das técnicas de relaxamento, psicoeducação e expressivas na redução da ansiedade, bem como são facilitadoras no desenvolvimento positivo da relação terapêutica enfermeiro-cliente.

Palavras-chave: Ansiedade; Dependência de substâncias; Depressão, Intervenções não-farmacológicas; Relaxamento.

ABSTRACT

Anxiety, it's a condition experimented by everyone in some moment in life and more prevalent in our society, it's and alert sign, usually understood as a treat and stimulates the individual to act. However, when in high levels, anxiety can generate inadequate behaviours, and then become pathological. In face of the functional limitations, it becomes crucial a increase in the range of care from the specialist nurses in mental health, in reducing anxiety. The aim consists in acquire competencies in reducing anxiety through non-pharmacological interventions; develop competencies in group session interaction: 1) relaxation therapy 2) psycho educational and 3) mediation with expressive techniques, that aim to reduce anxiety in their person dependent of psychoactive substances and in the person suffering from depression and understand in what way the non-pharmacological interventions contribute for the stablished of therapeutic relation. This report it's and descriptive study that describes and evaluate psychotherapeutic and psycho educational interventions develop in group, with persons psychoactive substances dependent and persons suffering from depression. The quantitative data was obtained through the application of questionnaire State-Trait Anxiety Inventory STAI-Y, associated with relaxing sessions, and quantitative data obtain from expressions used by the participants. The results of State-Tray Anxiety Inventory STAI-Y1 and STAI-Y2, from he 28 participants (22 as inpatient in hospital settings and 6 in community settings) from the Pre session to after relation session shows a significative reduction in the anxiety-state and anxiety-tray. The result obtained in real practice at clinical placement verify the effectiveness of relaxation, psychoeducational and expressive techniques in lowering anxiety levels, as well as facilitating the development in the therapeutic relationship between nurse-patient.

Keywords: Anxiety; Substance dependency; Depression; Non-pharmacological interventions; Relaxation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1. A PROBLEMÁTICA DA DOENÇA MENTAL	13
1.1 A Ansiedade e a Depressão	14
1.2 A ansiedade na pessoa com depressão	20
1.3 A dependência de substâncias psicoativas	21
1.4 A ansiedade na pessoa com dependência de substâncias psicoativas	25
2. CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM NA REDUÇÃO DA ANSIEDADE	27
2.1 O Modelo de Betty Neuman	27
2.2 O Modelo de Hildegard Peplau	29
3. INTERVENÇÕES NÃO-FARMACOLÓGICAS NA REDUÇÃO DA ANSIEDADE	31
3.1 As técnicas de relaxamento	32
3.2 A psicoeducação	34
3.3 As técnicas expressivas	35
IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO	
4. METODOLOGIA	37
4.1 Objetivos	37
4.2 Caracterização dos locais de estágio	37
4.2.1 Contexto de Internamento	38
4.2.2 Contexto de Ambulatório	39
4.3 Participantes	40
4.4 Questões éticas	40
4.5 Atividades desenvolvidas e instrumentos de intervenção utilizados	41
4.5.1 Sessões de Relaxamento	41

.5.2 Sessões de psicoeducação	42
4.5.3 Sessão mediada por técnicas expressivas	43
4.5.4 Questionário de Auto-avaliação STAI Y - Inventário Estado-Traço de Ansiedade	43
4.5.5 Dinâmicas de grupo	44
4.5.6 Entrevistas	44
4.5.7 Jornal de aprendizagem e Reflexões	45
4.5.8 Estudo de caso	46
4.6. Descrição, Análise e Avaliação das intervenções desenvolvidas	46
4.7 Avaliação das competências adquiridas	57
5. CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APÊNDICES	
Apêndice I- Cronograma de Estágio	
Apêndice II- Consentimento Informado	
Apêndice III- Plano de Sessão das Sessões de Relaxamento	
Apêndice IV- Guiões para as Sessões de Relaxamento	
Apêndice V- Grelha de Observação das Sessões de Relaxamento	
Apêndice VI- Questionário de avaliação das Sessões de Relaxamento	
Apêndice VII- Apresentação Power-Point da Sessão Psicoeducativa "Ansiedade - Todos a vivenciamos!!"	
Apêndice VIII- Apresentação Power-Point da Sessão Psicoeducativa "O meu EU!!"	
Apêndice IX- Plano de sessão da Dinâmica de Grupo «À Descoberta de Nós Próprios»	
Apêndice X- Jornal de Aprendizagem	
Apêndice XI- Reflexão Crítica I	
Apêndice XII- Reflexão Crítica II	
Apêndice XIII- Estudo de caso	
Apêndice XIV- Folheto «Inspire...Expire...Relaxe!!»	

Apêndice XV- Resultados do Questionário de Auto-avaliação STAI Y Inventário Estado-Traço de Ansiedade - Contexto de Internamento

Apêndice XVI- Resultados do Questionário de Auto-avaliação STAI Y Inventário Estado-Traço de Ansiedade - Contexto Comunitário

ANEXOS

Anexo I- Questionário de Auto-avaliação STAI Y - Inventário Estado-Traço de Ansiedade

Anexo II- Desenhos realizados na Sessão mediada por técnicas expressivas

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 1º semestre, do 2º ano do 8º curso de Mestrado em Enfermagem *na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*, e no seguimento do projeto de estágio previamente delineado, subordinado ao tema “*Intervenções não-farmacológicas na redução da ansiedade em enfermagem de saúde mental*”.

Este relatório para além de refletir o percurso realizado no decorrer do ensino clínico é o reflexo das aprendizagens adquiridas e desenvolvidas ao longo do mesmo. Este trabalho tem assim como intuito demonstrar os conhecimentos adquiridos e aprofundados sobre a problemática da ansiedade, bem como as intervenções de enfermagem não-farmacológicas desenvolvidas com a pessoa com dependência de substâncias psicoativas e com a pessoa com depressão, que visam a redução da ansiedade através da adequação das respostas dos clientes. Ao longo do estágio procurou-se prestar cuidados de enfermagem especializados e desenvolver atividades que proporcionassem experiências que fossem ao encontro dos objetivos definidos, nomeadamente a aquisição de competências na redução da ansiedade através de intervenções não-farmacológicas; o desenvolvimento de competências na dinamização de sessões de grupo: 1) relaxamento 2) psicoeducativas e 3) mediadas por técnicas expressivas, que visam reduzir a ansiedade na pessoa com dependência de substâncias psicoativas e na pessoa com depressão e a compreensão de que modo as intervenções não-farmacológicas contribuem para o estabelecimento da relação terapêutica. Concomitantemente e inerente a este percurso de aprendizagem foi também possível adquirir e desenvolver as quatro competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) descritas no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros (2011).

A ansiedade é um estado temporário que a maioria dos indivíduos experiencia ocasionalmente no seu quotidiano, sendo uma reação a situações de ameaça e não necessariamente, por si só um estado patológico, mas sim uma função natural do organismo, que permite ao mesmo estar preparado ou preparar-se para responder

da melhor forma possível, a uma situação nova e desconhecida, ou já conhecida, mas percebida como potencialmente perigosa (Silva, 2010). No entanto, quando interfere com o funcionamento e a capacidade de satisfação da vida diária dos indivíduos e provoca sofrimento, a ansiedade torna-se uma perturbação sendo considerada patológica (Townsend, 2011).

Atualmente, das perturbações mentais mais frequentes em todo o mundo encontram-se as perturbações da ansiedade, em que a sua prevalência tem vindo a aumentar e, Portugal não é exceção, encontrando-se num lugar pioneiro (OMS, 2002; DGS, 2013).

Sendo o foco de atenção a redução da ansiedade, o projeto de intervenção foi desenvolvido de forma a evidenciar a ajuda à pessoa com ansiedade, associada à dependência de substâncias psicoativas e à depressão, em diferentes contextos, através da realização de intervenções não-farmacológicas de modo a dar resposta a esta problemática.

Para a realização do estágio, as instituições e serviços de saúde foram escolhidos por oferecerem boas condições e possibilidades de materialização do projeto preconcebido, proporcionando assim a possibilidade da prestação de cuidados especializados e rico em oportunidades de aprendizagem. O estágio decorreu em dois contextos, internamento e comunitário, na região da Grande Lisboa, entre 25 de Setembro de 2017 a 09 de Fevereiro de 2018. O primeiro desenrolou-se num serviço vocacionado para a desabituação alcoólica e outras substâncias psicoativas e o segundo num serviço de ambulatório de uma instituição psiquiátrica. Assim, tendo em conta os contextos de saúde mental onde foram desenvolvidas as intervenções, os participantes foram pessoas com problemas de dependência de substâncias psicoativas, essencialmente dependência do álcool e pessoas com diagnóstico de depressão.

No primeiro capítulo, este relatório apresenta uma contextualização da problemática da doença mental, especificando a ansiedade, a depressão, a dependência de substâncias psicoativa, bem como as suas interligações. O segundo capítulo refere os contributos dos modelos de enfermagem na redução da ansiedade através do quadro conceptual subjacente a todo o trabalho, baseado na Teoria dos

Sistemas de Betty Neuman pelo ênfase que atribui à capacidade da pessoa no reequilíbrio do seu sistema, tendo o Enfermeiro como ajuda, e a Teoria das Relações Interpessoais de Hildgard Peplau, pelo destaque que atribui à dimensão relacional e à reflexão interna e autoconhecimento. O capítulo seguinte, o terceiro, desenvolve o quadro teórico das intervenções não-farmacológicas de enfermagem na redução da ansiedade, especificamente as técnicas de relaxamento, a psicoeducação e as técnicas expressivas que basearam a prática de cuidados e atividades desenvolvidas. Posteriormente é apresentado a implementação do projeto de estágio, no capítulo quarto da metodologia, onde estão patentes os objetivos, a caracterização dos locais de estágio, os participantes, as questões éticas, as atividades desenvolvidas e instrumentos de intervenção utilizados, a descrição, análise e avaliação das intervenções desenvolvidas ao longo dos diferentes momentos do ensino clínico enfatizando os resultados obtidos e, por fim, a avaliação das competências adquiridas que contribuíram tanto para o alcance dos objetivos propostos, bem como das competências específicas do EESMP numa linha de melhoria de prestação de cuidados especializados. Por fim, o quarto capítulo termina com uma breve conclusão acerca de todo o processo.

Em suma, este relatório pretende contribuir para espelhar o processo de aprendizagem desenvolvido ao longo do ensino clínico, particularmente através de intervenções não-farmacológicas (sessões de relaxamento, psicoeducacionais e mediadas por técnicas expressivas) com a pessoa com dependência de substâncias psicoativas e com depressão, obtendo-se assim uma análise e avaliação da eficácia destas intervenções implementadas para a redução da ansiedade.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A PROBLEMÁTICA DA DOENÇA MENTAL

Os conceitos Saúde e Doença não podem ser definidos em si mesmos visto estarem intimamente associados ao contexto social, cultural e até económico, tanto na sua génese como na perceção. Neste seguimento, considerar uma definição universal de doença mental torna-se difícil devido á influência dos padrões culturais e sociais (Townsend, 2011), mas também às diversas interpretações que teve ao longo da História. No entanto, podemos atentar a algumas definições, nomeadamente a OMS (1992, p. 11) que define doença mental como “um conjunto de sintomas ou comportamentos associados na maior parte dos casos a ansiedade e com interferência nas funções pessoais reconhecíveis clinicamente”. De acordo com Townsend (2011, p. 15) a doença mental é caracteriza como um conjunto de “respostas desajustadas a fatores de stresse do ambiente interno ou externo, evidenciadas por pensamentos, sentimentos e comportamentos que não são congruentes com as normas locais e culturais e interferem no funcionamento social, ocupacional e / ou físico do individuo.”, já segundo o DSM-5

transtorno mental é uma Síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos Mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. (APA, 2014, p. 20).

Os problemas de saúde mental estão a aumentar em todo o mundo e, dada a sua prevalência nas sociedades atuais, representam uma grande sobrecarga para os indivíduos, sociedade e economia (Joint Action on Mental Health and Wellbeing, 2016). Acarretam efeitos nefastos na vida familiar, rede de suporte social e desempenho profissional do indivíduo e, inevitavelmente provocam sofrimento no próprio, conduzindo-o a um elevado nível de incapacidade (DGS, 2013).

A epidemiologia há muito que evidência que as doenças mentais apresentam elevadas taxas de incapacidade psicossocial e também de mortalidade, mas

sobretudo morbilidade (DGS, 2014), representando na Europa 22% da carga das incapacidades (Joint Action on Mental Health and Wellbeing, 2016). Segundo Xavier, Batista, Mendes, Magalhães & Caldas-de-Almeida (2013) os distúrbios mentais representam uma carga global de 12% em todo o mundo, e nos países desenvolvidos esse valor sobe para os 23%. Existe assim um imensurável impacto económico, quer direto quer indireto, com elevados custos associados aos problemas de saúde mental. Prevê-se um aumento significativo das perturbações mentais no futuro, provavelmente relacionadas com os níveis elevados de stresse, provocado pelo desemprego, violência, pobreza e desigualdade social (Ministério da Saúde, 2004).

Segundo os dados epidemiológicos apresentados pela DGS, em 2013 Portugal apresentava uma prevalência de perturbações mentais de 22,9%, das mais frequentes as perturbações de ansiedade (16,5%), as perturbações depressivas (7,9%) e as perturbações de abuso e dependência de álcool (1,6%) (DGS, 2014). Um estudo que englobou 10 países europeus, confirmou que Portugal apresenta uma elevada prevalência das perturbações mentais anteriormente referidas (Almeida, 2018).

Perante o exposto, é reconhecido o impacto que as perturbações mentais têm no bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos e, ainda assim, só uma minoria recebe tratamento (OMS, 2002), pelo que se torna imperativo que os cuidados de saúde mental alcancem um maior número de pessoas o mais precocemente possível, particularmente através de intervenções especializadas.

1.1 A Ansiedade e a Depressão

Todas as pessoas no mundo, em algum momento das suas vidas, já experienciaram estados de ansiedade, contudo sem efeito duradouro. A ansiedade é considerada uma emoção normal, um mecanismo de defesa adaptativo, comum da experiência humana, que medeia a interação do indivíduo com o meio ambiente (Ramos, 2009). É assim definida como uma resposta adaptativa a uma ameaça que prepara o organismo para a fuga ou luta (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017), essencial para o desempenho do indivíduo, sendo vital para a sua sobrevivência.

A ansiedade é descrita como uma sensação que se “carateriza por um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, frequentemente acompanhado por sintomas autonómicos, como cefaleia (...), palpitações, aperto no peito e leve desconforto abdominal.” (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997, p. 545). É expressa como uma intuição pessoal de ameaça e por uma inquietude ou apreensão (Gouveia, 2000), variando de pessoa para pessoa. Para a pessoa que sente ansiedade existe um perigo eminente ou presente, real ou percebido (Pinto, Martins, Pinheiro & Oliveira, 2015).

A ansiedade é gerada automaticamente como resposta a um estímulo provocando também uma resposta a esse mesmo estímulo (Montgomery, 1993). A pessoa com ansiedade pode vivenciar algumas emoções que podem ir desde tristeza, vergonha, culpa e fúria, mas também curiosidade, interesse e excitação (Baptista, Carvalho & Lory, 2005).

Num nível baixo, a ansiedade não é mais do que um incentivo e motivação que permite ao indivíduo desencadear mudanças em si, que o preparam para enfrentar os perigos, apresentando um comportamento de adaptação perante situações que geram tensão, preocupação e nervosismo, sem que haja prejuízo de função ou diminuição de qualidade de vida, que segundo Townsend (2011) desaparece quando o perigo ou ameaça real ou percebida deixa de existir. A ansiedade é então, uma reação natural e necessária ao corpo, mas quando em excesso, traz consequências comprometedoras nas diferentes dimensões da vida da pessoa (Oliveira, 2011), perturbando o seu dia-a-dia. Neste sentido, quando a ansiedade atinge níveis muito elevados e contínuos, ela torna-se prejudicial ao organismo, pois fará com que este permaneça em constante estado de alerta, configurando, assim, as patologias designadas como transtornos ou perturbações da ansiedade (Araújo, 2011), que se caracterizam por respostas exageradas e desproporcionais em relação à situação que a gere, tornando-se frequentemente incapacitantes (Townsend, 2011).

Um grande número de pessoas com perturbação de ansiedade evita as situações que lhes possam desencadear sintomas de ansiedade, e assim, passam a viver de forma muito restrita, prejudicando o seu bem-estar e qualidade de vida. Frequentemente, na prática clínica, encontram-se pessoas com sintomas ansiosos

com manifestações somáticas (taquicardia, sudorese,...), cognitivas (nervosismo, falta de concentração,...) e/ou comportamentais (medo, agitação,...), intensas e duradouras (Ramos, 2006).

Como exposto anteriormente, as perturbações da ansiedade são das perturbações psiquiátricas mais comuns em todo o mundo e Portugal não é exceção. Segundo os dados da DGS (2013), o género feminino, estado civil solteiro, faixa etária entre os 18-34 anos, escolaridade básica e um salário médio-baixo são variáveis que aumentam a probabilidade de um individuo sofrer destas perturbações.

De acordo com o DSM-5 os transtornos de ansiedade incluem o “transtorno de ansiedade de separação”, “mutismo seletivo”, “fobia específico”, “transtorno de ansiedade social (fobia social)”, “transtorno de pânico”, “agarofobia”, “transtorno de ansiedade generalizada”, “transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento”, “transtorno de ansiedade devido a outra condição médica”, “outro transtorno de ansiedade especificado” e “transtorno de ansiedade não especificado” (APA, 2014). Estes transtornos diferem entre si consoante as situações ou objetos que incitam o medo, a ansiedade, os comportamentos de fuga e a associação que fazem entre eles (APA, 2014), podendo ser distinguidas em vários níveis tendo em consideração os sintomas apresentados e as respostas comportamentais. É importante realçar, a necessidade de uma avaliação clínica detalhada, uma vez que o “transtorno de ansiedade induzido por substâncias” e o “transtorno de ansiedade induzido por outra condição médica” são considerados secundários uma vez que são consequência de outras morbilidades (APA, 2014). Assim, é fundamental compreender como as diferentes problemáticas se relacionam e como se refletem / interferem na vida biopsicossocial da pessoa.

A ansiedade intensa e patológica pode ser um denominador comum noutras doenças, quer físicas quer mentais. Os diferentes transtornos de ansiedade tendem a ter uma elevada comorbilidade, sendo do ponto de vista psiquiátrico, as mais frequentes, as perturbações depressivas e o abuso e dependência de substâncias psicoativas (Ramos, 2006).

A ansiedade quando atinge patamares patológicos exige intervenção terapêutica. Para melhor atuar perante esta problemática é fundamental que a ansiedade seja classificada, de forma a adequar as intervenções de enfermagem. A

ansiedade pode ser classificada em quatro níveis: leve, moderada, grave ou pânico, podendo ocorrer diferentes respostas em cada um por forma à pessoa se adaptar (Peplau, 1963 citada por Townsend, 2011). De acordo com Townsend (2011) as várias respostas comportamentais de adaptação variam conforme os níveis de ansiedade. Assim no nível leve, há um aumento da concentração e da percepção incitando na pessoa motivação adicional, no nível moderado, a pessoa vivencia uma sensação de insatisfação, podendo manifestar incapacidade nas relações interpessoais pois encontra-se mais focada em si própria de forma a aliviar esse desconforto, no nível grave, a pessoa está totalmente focada em si mesma e procura incessantemente aliviar essa ansiedade, pois está a vivenciar sentimentos de medo e repugnância e por fim no nível de pânico, a pessoa manifesta uma sensação de morte eminente acompanhada por respostas com caráter psicótico (comportamentos bizarros, alucinações e delírios) (Townsend, 2011).

O tratamento das perturbações da ansiedade passa não só pelo tratamento farmacológico, mais frequentemente com a utilização de antidepressivos e benzodiazepinas, mas também pela psicoterapia com intervenções mediadas por técnicas de relaxamento e psicoeducação (Stein, 2010), cada vez mais utilizadas, que apresentam resultados eficazes e duradouros na redução da ansiedade. Indicadores demonstram que a combinação das intervenções farmacológicas e não-farmacológicas têm resultados mais positivos no tratamento destas perturbações, do que instituídas separadamente.

A ansiedade está presente na maioria das pessoas que recorrem às instituições de saúde, quer como patologia de base, efeito secundário de substâncias e/ou medicamentos ou como comorbilidade de outras patologias, nomeadamente no domínio da Saúde Mental. O EESMP tem assim um papel preponderante em ajudar o cliente em reconhecer esse estado de ansiedade e as suas causas e, conjuntamente encontrarem estratégias de autocontrolo, apoiadas em abordagens não-farmacológica, por forma a intervir na sua redução.

Por outro lado, no que concerne à depressão, esta é possivelmente a perturbação psiquiátrica mais antiga e frequente (Townsend, 2011), que se caracteriza pela perda de interesse por atividades que anteriormente eram

prazerosas e por um sentimento de tristeza profundo. No entanto, ter sentimentos de tristeza é também comum e normal, sobretudo após experiências ou acontecimentos que afetam o indivíduo de forma negativa, por exemplo situações de luto, desemprego, separação, entre outras, com duração mais ou menos breve, sem repercussões significativas nas diversas dimensões do indivíduo (Teixeira, 2005). O que difere nas situações patológicas é a intensidade, duração, assim como a sua natureza, contrariamente ao que sucede na tristeza normal, o indivíduo atingido pela depressão mostra-se indiferente sobre a maioria das atividades que lhe eram aprazíveis, apresentando assim um distúrbio emocional.

A OMS define depressão como uma doença mental que se caracteriza por tristeza mais ou menos prolongada, desesperança, perda de interesse, ausência de prazer pela vida, perda de energia e/ou cansaço fácil, no entanto, a depressão pode ser manifestada exclusivamente com sintomas ansiosos. Townsend (2011) classifica a depressão em “transitória”, que surge em sequência de desilusões que ocorrem no quotidiano, “ligeira”, em que a pessoa apresenta uma resposta normal a uma situação de perda, “moderada”, onde é evidente uma marcada perturbação distímica e, por fim, “grave”, caracterizada por sintomas de perturbação depressiva *major*.

Esta patologia tem origem numa multiplicidade de fatores biopsicossociais, o que significa que diversas causas atuam em conjunto, manifestando-se através de diferentes sintomas. Não é possível assim definir a depressão de modo padronizado com os mesmos sintomas para todas as pessoas.

A depressão pode afetar pessoas de todas as idades, desde a infância à terceira idade, ter duração variável, podendo desaparecer em poucos dias ou prolongar-se por semanas, meses ou até anos e, se não for tratada, pode conduzir ao suicídio. Em 50% dos casos o primeiro episódio depressivo ocorre entre os 20 e os 50 anos, rondando a média de idades os 40 anos (Kaplan et al., 1997).

De acordo com a WHO (2017), em 2015, a depressão afetava um total de mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo, correspondente a 4.4% da população, prevendo-se que em 2020 cerca de 16% da população mundial já tenha tido depressão pelo menos uma vez na vida. Em Portugal, segundo a DGS (2013), as perturbações depressivas têm uma prevalência significativa (7.9%) e é mais comum nos indivíduos do sexo feminino (Hunsley, Elliott & Therrien, 2014).

A depressão é considerada pela OMS como a doença do século e um grave problema de saúde pública, sendo, nos dias de hoje, a principal causa de incapacidade em todo o mundo, o que representa custos pessoais e sociais em termos de sofrimento humano, incapacidade provisória ou definitiva, mortalidade precoce e perda económica. Segundo a DGS (2004), entre as principais doenças e problemas de saúde, a depressão representa a causa primária de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis, sendo a maior contribuinte da incapacidade para a atividade produtiva, registando 7,5% de todos os anos vividos com incapacidade.

Segundo Teng, Humes & Demetrio (2005, p. 150) a depressão, para além de um problema de saúde mental, está também associada a patologias físicas pelo que é necessário ter sempre em consideração os sintomas depressivos “independente de poderem ser explicados pela patologia clínica”, pelo que é fundamental uma abordagem inclusiva.

Os critérios de diagnóstico da depressão expostos no DSM-5, categoriza esta patologia em Perturbações do Humor, que são subdivididas em “Depressão Major”, “Perturbação Bipolar I”, “Perturbação Bipolar II”, “Perturbação Distímica” e “Perturbação Ciclotímica” (APA, 2014). De acordo com a CID-10 (OMS, 2000) os episódios depressivos inserem-se nos transtornos de humor (afetivos) e podem ser leves, moderados ou graves, caracterizando-se habitualmente por “humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fatigabilidade aumentada e actividade diminuída.”. A diminuição da concentração e da atenção, baixa de autoestima e autoconfiança, ideias de culpa e de inutilidade, pessimismo em relação ao futuro, perturbações do sono, diminuição do apetite, entre outros, são também sintomas comuns associados à depressão.

De acordo com um estudo liderado pela WHO (2017) entre os anos de 1990 e 2013, o número de pessoas que sofrem de ansiedade e/ou depressão tiveram um aumento de quase 50%, afetando cerca de 10% da população mundial. Por este motivo, é importante o investimento no tratamento destas patologias, baseado sobretudo em terapêutica farmacológica antidepressiva e intervenção psicoterapêutica ou complementaridade de ambas, torna-se cada vez mais

primordial pelo retorno que daí advém quer na melhoria da saúde e bem-estar e capacidade de trabalho da pessoa, bem como a nível económico.

Após vários estudos sobre a ansiedade e a depressão, é exequível afirmar que estas duas problemáticas não são quadros clínicos opostos e com regularidade os estados de ansiedade têm grande probabilidade de evoluir para a depressão. Segundo a OMS as perturbações da ansiedade precedem, sucedem ou coexistem em até 70% das pessoas com depressão. Assim, quanto mais elevado o nível de ansiedade de um indivíduo, maior a probabilidade deste desenvolver um transtorno depressivo. Estas duas perturbações apresentam muitos sintomas similares, quer físicos quer cognitivos, nomeadamente medo, dificuldade de concentração, cansaço, insegurança, irritabilidade, angustia, entre outros.

Apesar de o DSM-5 não contemplar a ansiedade e a depressão como um transtorno conjunto, outros manuais como a CID-10 classificam o transtorno misto ansioso e depressivo, associado ao diagnóstico de ansiedade (OMS, 2000). A incapacidade que surge numa pessoa com coexistência de perturbação de ansiedade e depressão é significativamente superior caso só apresentasse uma das patologias (Kessler, Greenberg,, Mickelson, Meneades & Wang, 2001).

O tratamento da depressão e da ansiedade compreendem abordagens complementares de psicofarmacológica e de intervenções de âmbito psicoterapêutica, psicossocial e psicoeducacional com vista a resultados mais eficazes ao nível da intervenção.

1.2 A ansiedade na pessoa com depressão

Neste seguimento, aos quadros de depressão aliam-se as perturbações da ansiedade. Apesar da ansiedade e a depressão serem distintas do ponto de vista conceptual, na prática estes dois constructos são difíceis de diferenciar, pois em termos empíricos e clínicos existe uma forte associação entre ambos, elevada comorbilidade e sobreposição de sintomas (Pinto et al., 2015). Existem autores que referem não existir depressão sem ansiedade, nem ansiedade sem depressão.

De acordo com a WHO (2017) 4.4% da população mundial apresenta perturbação depressiva e 3.6% de ansiedade, não sendo possível somar este valor uma vez que muitas pessoas apresentam ambas as condições.

Segundo Montgomery (1993) a depressão e a ansiedade estão inevitavelmente associadas, reduzindo a capacidade do indivíduo funcionar adequadamente em sociedade e aumentando o risco do aparecimento de patologias orgânicas e de morte. Para este autor o diagnóstico diferencial entre ansiedade e depressão torna-se difícil, na medida em que a maioria das pessoas apresenta quadros mistos e, nas perturbações depressivas, a ansiedade surge como sintoma frequente e muitas vezes inicial, constituindo um indicador da sua gravidade. Nesta perspetiva a ansiedade está frequentemente presente na depressão, não enquanto perturbação, mas como sintoma emocional desajustado.

Muitos autores reconhecem que a ansiedade e a depressão são condições que coexistem com frequência, quer enquanto sintoma, mas também nosologicamente, pelo que é fundamental uma avaliação cuidadosa da pessoa para uma intervenção adequada.

1.3 A dependência de substâncias psicoativas

O consumo de substâncias psicoativas consiste numa prática milenar e encontra-se enraizado desde as civilizações mais remotas, fazendo parte integrante da cultura dos povos. Inicialmente estas substâncias eram usadas com um propósito social, como festas, comemorações, integração nas comunidade e ainda com funções rituais e medicinais. Fruto de um vínculo histórico-cultural, só a partir da década de 60 é que se dá o arranque de investigação científica sobre esta temática, muito derivado à generalização e variedade dos consumos (Fernandes, 1990).

As substâncias psicoativas são definidas pela OMS como substâncias que causam mudanças na consciência, no humor, nos pensamentos e nos comportamentos, associando-as diretamente às “funções cognitivas e comportamentais.” (Cerqueira, 2015, p. 1). Estas substâncias, lícitas ou ilícitas, são classificadas consoante a ação que têm no Sistema Nervoso Central podendo pertencer à classe de depressoras, estimulantes, opióides e alucinogénios (OMS,

2007). O efeito das substâncias psicoativas no organismo de cada indivíduo é influenciado por diferentes fatores, nomeadamente a idade, o género, fatores genéticos, padrão de consumo, entre outros (Cerqueira, 2015).

Apesar de atualmente terem uma conotação negativa, as substâncias psicoativas também se evidenciam pelos seus fins medicinais, para o tratamento de patologias quer físicas quer psíquicas. No entanto, é conhecido o elevado consumo e cada vez mais generalizado destas substâncias de forma recreativa, com o intuito de experienciar efeitos prazerosos ou fugir de vivências desagradáveis, o que motivou a criação de políticas de combate ao seu consumo. Na perspetiva de Braconnier & Marcelli (2000) existem diferentes tipos de consumo associados também a fatores de risco. Entre eles o consumo com o objetivo do indivíduo retirar deleite da substância, designado consumo festivo ou recreativo, onde não está associado necessariamente risco familiar e / ou individual, o consumo autoterapêutico que se rege pela procura de um efeito tranquilizante, onde se distinguem essencialmente fatores de risco individuais nomeadamente perturbações do sono, perturbações da ansiedade e / ou depressão e, por fim, estes autores referem o consumo toxicomaniaco, onde se encontram frequentemente fatores de risco individuais e também familiares, como conflitos parentais, e caracteriza-se por um consumo que busca um efeito anestésico (Braconnier & Marcelli, 2000).

O consumo de substâncias psicoativas está relacionado com os benefícios que a pessoa prevê retirar dessa utilização (difundir prazer ou evitar dores) (OMS, 2007). Segundo Coleman (1993, p. 579) o consumo de substâncias psicoativas “(...) representa apenas possíveis maneiras desajustadas pelas quais o indivíduo pode reagir a tensões, internas ou externas, e que são excessivamente severas para ele as conseguir controlar de maneira normal e ajustada (...)”, mas também representa “(...) um significado comum o de proteger um Eu demasiado frágil contra sentimentos ansiosos ou depressivos demasiado fortes.” (Braconnier & Marcelli, 2000, p. 198). O consumo destas substâncias está associado não só a questões orgânicas e psicológicas, mas também de cariz social, político, económico, legal e cultural (Occhini & Teixeira, 2006).

Segundo o relatório do IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/2017 (Balsa, Vital & Urbano, 2018),

as substâncias psicoativas mais consumidas de forma experimental ao longo da vida na população Portuguesa, entre os 15-74 anos, são o álcool, seguido do tabaco e dos medicamentos. Os dados demonstram também, que na faixa etária referida e comparando os dados de 2012 e 2016/2017, o consumo ao longo da vida de álcool, tabaco e cannabis apresentaram uma subida na prevalência de consumo, ao invés a prevalência de consumo de medicamentos, *ecstasy*, heroína, entre outras substâncias psicoativas ilícitas apresentaram uma descida ou manutenção. Os resultados divulgados no mesmo inquérito indicam que se mantém o predomínio do consumo de substâncias psicoativas no sexo masculino, com exceção dos medicamentos e dos esteroides anabolizantes que têm uma prevalência de consumo superior nas mulheres. Comparativamente com outros países europeus, Portugal apresenta na generalidade das substâncias uma prevalência de consumo inferior (Balsa et al., 2018), muito resultante das políticas e dos diversos programas de intervenção instituídos para o combate ao consumo de substâncias psicoativas

A pessoa com comportamentos aditivos apresenta características impulsivo-compulsivas em relação a diferentes objetos, atividades, comportamento ou substâncias, tornando-os o centro principal da sua vida. Consequentemente, a pessoa afasta-se de outras atividades do seu quotidiano, prejudicando-se física, mental e socioeconomicamente. Este comportamento continuado está associado a fatores biológicos, psicológicos, genéticos e ambientais que contribuem para o surgimento da dependência. A pessoa dependente de substâncias psicoativas apresenta significativos prejuízos cognitivos (De Almeida & Monteiro, 2011) e é comum encontrar-se nestes indivíduos comorbilidades psiquiátricas dos quais se destacam as perturbações depressivas, de ansiedade e de personalidade (Scheffer, Pasa & Almeida, 2010).

Importa realçar, segundo o SICAD, que a capacidade de produção de dependência das substâncias psicoativas é diferente de indivíduo para indivíduo. Embora a decisão de experimentar estas substâncias tenha geralmente um caráter pessoal, criar dependência após o uso repetido, torna-se não uma decisão consciente nem o resultado de uma fraqueza moral, mas antes, o produto de uma complexa combinação de fatores genéticos, fisiológicos, sociais e ambientais. Estes

fatores, designados como fatores de risco, são identificados como explicativos plausíveis para o consumo e a consequente dependência. (OMS, 2007).

No decorrer dos séculos, o conceito de dependência não tem sido consensual entre a comunidade científica, sendo atualmente a abordagem mais aceita a que alude que na dependência existe interação entre a substância, o meio e o consumidor (Fonte, 2006), que desenvolve fenômenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais. A OMS (2007) define a dependência como uma “necessidade física e/ou psíquica” decorrente do consumo continuado ou frequente, que conduz à doença crônica e potencialmente fatal, prejudicando o indivíduo em todos os seus níveis de funcionamento biopsicossocial. A dependência, quer física e/ou psicológica, é classificada segundo a CID-10 considerando seis critérios, dos quais a abstinência e a tolerância são critérios determinantes (OMS, 2000).

Relativamente à dependência física, esta é reconhecida com o surgimento de sintomas de abstinência, físicos e psíquicos, que aparecem na ausência da substância e não permitem que o organismo funcione normalmente sem ela. (Fonte, 2006, OMS, 2007). No que concerne à dependência psicológica, esta compreende um constante e incontrolável desejo de consumir uma determinada substância que no seu consumo lhe confere recordações de experiências e emoções satisfatórias. (Ribeiro, 1995; OMS, 2007). Tanto a dependência física como a psicológica conduzem à repetição do comportamento adito e, normalmente com efeito de escalada, isto é, a necessidade de aumentar a dose da substância de modo a proporcionar ao indivíduo o deleite desejado, designada tolerância, e em alguns casos pode levar ao consumo de outras substâncias (OMS, 2007).

A dependência de substâncias psicoativas pode inicialmente proporcionar prazer, mas a sua continuidade pode transformar-se numa dor emocional, causando diversos prejuízos ao indivíduo. Assim, a pessoa com dependência apresenta comportamento compulsivo dirigido à procura e à necessidade do consumo da substância, havendo neste período um grande nível de ansiedade e sofrimento.

Sendo considerada transtorno mental, a dependência de substâncias, deve ser encarada ao mesmo tempo como uma doença crônica e um problema social. Ao mesmo tempo que o uso continuado e sem tratamento leva a uma perda do controlo do uso da substância e consequente progressão da doença, a aceitação desta e o

pedido de ajuda pela pessoa dependente, diminui drasticamente as consequências nefastas do consumo de substâncias psicoativas, na sua vida física, mental, emocional, espiritual e social (De Almeida & Monteiro, 2011).

De entre as substâncias lícitas mais consumidas no mundo, incluindo Portugal, encontram-se o álcool e o tabaco, enquanto a *cannabis* é a mais consumida dentre as substâncias psicoativas ilícitas. É importante salientar que o consumo de substâncias lícitas apresenta uma prevalência significativamente superior comparativamente ao consumo de qualquer substância psicoativa ilícita, pela sua acessibilidade e aceitação social. No entanto, é necessário ter presente o potencial de dependência destas substâncias, quer lícitas quer ilícitas, e dos malefícios que causam nas diversas vertentes da vida do indivíduo, pelo que é fundamental fomentar as campanhas de intervenção contra esta problemática.

1.4 A ansiedade na pessoa com dependência de substâncias psicoativas

A pessoa com dependência de substâncias psicoativas sofre fortes mudanças biológicas, comportamentais e na interação social afetando as suas relações sociofamiliares e até mesmo profissionais (Pratta & Santos, 2009; Braga et al., 2016).

Para além destes interfaces, a dependência pode também estar na base do desenvolvimento de perturbações mentais, físicas e comportamentais (Diehl, Cordeiro, & Laranjeira, 2010). Entre os problemas de saúde mental que se desenvolvem mais comumente estão as demências, intoxicações, perturbações da ansiedade e depressão (Scheffer et al., 2010; Townsend, 2011).

Vários estudos têm sido desenvolvidos de forma a correlacionar o uso de substâncias psicoativas e outras psicopatologias, nomeadamente perturbações de ansiedade, sendo inegável a associação existente entre ambos, onde a ansiedade se torna um estímulo para o consumo / dependência de substâncias psicoativas (Hess, Almeida & Moraes, 2012).

O diagnóstico “transtorno da ansiedade induzido por substância/medicamento”, já referido anteriormente, onde predominam no quadro clínico os ataques de pânico e a ansiedade, está associado puramente à “intoxicação ou abstinência de

substância ou a um tratamento medicamentoso.” (APA, 2014, p. 190). No entanto, torna-se difícil sustentar isoladamente este diagnóstico, uma vez que é complexo diferenciar se os sintomas de ansiedade são pré-existentes ou secundários ao consumo/dependência da substância psicoativa (Rounsaville, 2004), isto é, os sintomas de ansiedade podem incitar a pessoa a consumir, mas também a dependência, mais propriamente a ausência da substâncias (privação) induz esses mesmos sintomas. Montgomery (1993) relatou que as perturbações da ansiedade podem surgir como resultado do consumo e dependência de substâncias psicoativas, como as próprias perturbações da ansiedade podem ser fator predisponente para o consumo e conseqüente dependência dessas mesmas substâncias. Por outro lado, Townsend (2011) refere que frequentemente são encontradas características de perturbação generalizada da ansiedade, diagnóstico diferencial das perturbações da ansiedade, num elevado número de indivíduos com dependência de substâncias psicoativas comparativamente com a população em geral.

A ansiedade está assim frequentemente associada às pessoas com dependência de substâncias, pela vontade que apresentam para consumir, como pela dificuldade em resistir à substância. Também as fases de abstinência e tratamento de desintoxicação / desabituação são denunciadoras de elevados níveis de ansiedade, revelando-se as intervenções especializadas de ajuda, apoio e acompanhamento dos EESMP fundamentais. Estas intervenções têm como intuito auxiliar a pessoa no processo de consciencialização, aceitação e resolução, perante as questões que envolvem a sua dependência, bem como através de intervenções assentes em técnicas que visem a redução da ansiedade.

2. CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM NA REDUÇÃO DA ANSIEDADE

Os modelos e teorias de enfermagem explicam um conjunto de proposições, inerentes a diferentes situações dos cuidados de enfermagem, capazes de orientar a prática, melhorando-a e sustentando-a (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2005). A teoria de enfermagem é essencial para “guiar o enfermeiro nos papéis de educador, pesquisador e assistencial, e também, para fortalecer a íntima relação entre esses múltiplos papéis.” (Santos, Oliveira & Pagliuca, 2004, p. 114).

Considerando a problemática abordada e as intervenções de enfermagem inerentes, diferentes referenciais teóricos podem apoiar os cuidados de enfermagem prestados, uma vez que não existe nenhuma teoria que contemple de modo absoluto todas as situações que podem ser experienciadas na prática clínica.

Assim, recorreu-se ao modelo de Betty Neuman e de Hildegard Peplau por mais se adequarem neste contexto, organizando, apoiando e conduzindo a prática de enfermagem aos resultados pretendidos.

2.1 O Modelo de Betty Neuman

Basear a intervenção de enfermagem no modelo conceitual de Betty Neuman trouxe contributos importantes pois permitiram nortear o processo de cuidados ao longo do ensino clínico, compreender a multidimensionalidade da pessoa de modo a identificar os potenciais *stressores*, considerar e integrar os seus recursos, bem como os fatores de proteção que intervêm no equilíbrio do seu sistema.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman apresenta quatro pressupostos fundamentais: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, sendo que a pessoa e o ambiente se encontram permanentemente em interação, compreendendo uma abordagem aberta e dinâmica que assiste a pessoa na sua totalidade, como um ser multidimensional.

De acordo com este modelo, o indivíduo é retratado por uma estrutura designada de “*core*” e encontra-se rodeado por linhas concêntricas, de defesa e de resistência, que representam os mecanismos de proteção do seu sistema. O sistema

do cliente é composto por cinco variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual, que representam as características básicas de sobrevivência do ser humano (Neuman & Fawcett, 2011).

Ao longo da vida, os indivíduos são afetados por forças adversas, designadas por Neuman de *stressores*, que podem ser internas ou externas, que comprometem o seu equilíbrio e, quando tal acontece, as linhas entram em ação para proteger o sistema (Neuman & Fawcett, 2011). Para Neuman a Enfermagem tem o propósito de ajudar a pessoa a identificar os seus recursos, internos e externos, para combater os *stressores*, promovendo a maximização da saúde/bem-estar, reequilibrando-o. (Neuman & Fawcett, 2011). A OE (2011, p. 1) apoiando-se neste modelo refere que a finalidade dos cuidados de enfermagem é “ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a sua saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rápido quanto possível.”.

A reação ao agente de stresse vai depender da ação das linhas de defesa e de resistência. Esta ação é determinada pelas cinco variáveis anteriormente mencionadas, bem como pelo tempo de contacto, a natureza e a intensidade desse agente e, também dependerá das experiências anteriores da pessoa, dos seus recursos e da sua própria perceção relativamente ao(s) agente(s) de stresse (Neuman & Fawcett, 2011). A pessoa com ansiedade (agente de stresse) apresenta muitas fragilidades nas variáveis do sistema, quer a nível físico, psicológico e social, pelo que frequentemente os mecanismos de proteção estão comprometidos, sendo o núcleo central atingido, colocando assim o equilíbrio do sistema em causa.

Para Neuman, a saúde e o bem-estar é o resultado do equilíbrio do sistema da pessoa e com vista a mantê-lo, recupera-lo e reconstruí-lo identificou três níveis de intervenção de enfermagem: prevenção primária, secundária e terciária. (Tomey & Allgood, 2004). Neste sentido, quando a pessoa manifesta sintomas exacerbados de ansiedade que põem em causa a sua funcionalidade, as intervenções de enfermagem situam-se no nível secundário para fortalecer as linhas de resistência, protegendo o *core* e tratando os sintomas. Se esta intervenção for positiva, ocorrerá uma melhoria da saúde/bem-estar, reequilibrando o sistema, caso isso não suceda poderá ocorrer a morte. Após ser atingido um certo nível de equilíbrio e estabilidade

do sistema, os enfermeiros atuam a nível da prevenção terciária, em que as ações desenvolvidas preconizam a manutenção do bem-estar e/ou a reconstrução do sistema, potenciando os recursos da pessoa, evitando o reaparecimento da reação aquele agente de stresse. A este nível as intervenções são desenvolvidas com o objetivo de manter baixos níveis de ansiedade através de estratégias/atividades de redução da ansiedade, ou seja, manter a estabilidade e integridade do sistema. Assim, a intervenção do EESMP deve ser adequada face às respostas do cliente perante os *stressores*.

2.20 Modelo de Hildegard Peplau

No que respeita ao Modelo da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, este assenta fundamentalmente no conceito de Enfermagem Psicodinâmica, valorizando a cooperação que se desenvolve entre o enfermeiro e o cliente no contexto do cuidado de enfermagem, existindo uma meta comum, promovendo o crescimento mutuo em conjunto e individualmente.

A Enfermagem é definida por Peplau, como uma relação humana entre uma pessoa que está enferma ou que necessita de cuidados de saúde e um enfermeiro com formação especializada para reconhecer e responder às suas necessidades, a fim de a ajudar (Almeida et al., 2005), através de um processo terapêutico e de interação interpessoal, relacionando as causas e efeitos dessa mesma interação. A relação terapêutica está assente no respeito pelas capacidades do outro, caracterizando-se pela parceria criada entre o enfermeiro-cliente (OE, 2004).

Peplau interessou-se por alguns conceitos centrais, nomeadamente o da ansiedade, focando a sua atenção neste estado caracterizando-o como comportamentos agregados às vivências de cada pessoa (Santos et al., 2004). Para intervir eficazmente nesta problemática o enfermeiro deve procurar no cliente as decisões para a resolução do problema, através da interação, sendo que tal é possível e facilitado se o cliente participar como agente modificador de uma forma efetiva. Deste modo, é possível criar-se uma relação de confiança e disponibilidade entre enfermeiro-cliente e também possibilitar que o cliente supere esta situação e

que produza em si mesmo estratégias bem alicerçadas para enfrentar situações que lhe sejam geradoras de ansiedade.

Este modelo descreve quatro fases nesta relação que, apesar de independentes, se sobrepõem e decorrem ao longo da relação: Orientação, Identificação, Exploração, e Resolução. Todas estas fases permitem o desvendar de caminhos capazes de conduzir a uma resolução conjunta dos problemas de enfermagem identificados. Ao longo destas fases, o enfermeiro pode assumir diferentes papéis, como o de professor, sendo educador e líder, auxiliando o processo de aprendizagem da pessoa e promovendo a participação ativa da mesma nas suas atividades (Tomey & Alligood, 2004). Assume também o papel de recurso facultando informações à pessoa de modo a auxiliar na compreensão de uma situação ou problema e o de conselheiro usando habilidades que permitem ajudar a “pessoa a reconhecer, enfrentar, aceitar e resolver os problemas” que interferem negativamente na sua vida (George, 2000, p. 46). Estes papéis são de grande importância em ESMP pois permitem ao enfermeiro responder com os meios necessários aos pedidos / necessidades da pessoa.

O foco da ação do ESMP, defendido por Peplau (1990), é a qualidade da relação interpessoal estabelecida na interação entre o enfermeiro e o cliente, em que ambos compartilham a noção de “crescimento pessoal” durante a prestação de cuidados, através de um processo dinâmico entre ambos.

Na sua teoria, Peplau dá relevância ao enfermeiro, através de si mesmo, como agente terapêutico ou como meio para a resolução de problemas. Potenciando estas características, a autora acredita que o enfermeiro é capaz, cada vez mais, de se aproximar do cliente, de um modo ativo (Santos et al., 2004). A OE (2011, p. 5) reconhece que para estabelecer e desenvolver esta relação, o enfermeiro deve ter conhecimento de si mesmo, usando-se como instrumento terapêutico no processo de cuidar, demonstrando a “tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.”.

Perante o referido, no desenrolar do ensino clínico e em todos os momentos da interação enfermeiro-cliente, este modelo sustentou fortemente as intervenções realizadas, fomentando a relação terapêutica e o autoconhecimento.

3. INTERVENÇÕES NÃO-FARMACOLÓGICAS NA REDUÇÃO DA ANSIEDADE

Uma comunicação e atitude compreensivas e terapêuticas do enfermeiro para com o cliente, permite desenvolver uma estreita relação entre ambos, possibilitando que a pessoa veja no profissional alguém capaz de a ajudar e que lhe possibilite uma recuperação mais célere. De acordo com Furegato (1999), qualquer interação entre o enfermeiro para com o cliente deverá ser sempre na perspectiva terapêutica.

As intervenções não-farmacológicas na área de Enfermagem de Saúde Mental fundamentam-se em grande escala nas teorias psicoterapêuticas que apresentam como funções comuns o fortalecimento da relação terapêutica; a manutenção da esperança de ajuda; oportunidade de aprendizagem cognitiva e experiencial à pessoa; a ativação emocional; o aumento da confiança da pessoa em si mesma e o encorajamento em aplicar o que adquiriu no quotidiano (Bloch, 1999). Atualmente, as técnicas psicoterapêuticas ocupam um lugar de destaque no âmbito da Saúde Mental, pois comportam um processo que leva a pessoa a ter uma visão holística de si mesma, trabalhar habilidades de relacionamento, refletir sobre aspetos pessoais que a conduzam a viver mais harmoniosamente, levando à mudança de atitudes, crenças e comportamentos, isto é, proporciona crescimento e desenvolvimento pessoal, e pode ser aplicado individualmente ou em grupo.

As intervenções de enfermagem baseadas numa abordagem psicoterapêutica cognitivo-comportamental apresentam diversos benefícios. De acordo com Payne (2003, p. 10) a intervenção cognitivo-comportamental “foi concebida de forma a dar ao indivíduo uma sensação de maior controlo sobre a sua vida e ainda uma protecção contra o *stress* desnecessário”. A terapia cognitiva baseia-se na descoberta e modificação de formas desajustadas de pensar e, a terapia comportamental assenta na aquisição de comportamentos adaptativos e eliminação de comportamentos de desadaptação (Harrison, Geddes & Sharpe, 2002).

Neste sentido, na perspectiva cognitiva a ansiedade surge pela forma como interpretamos e damos significados aos acontecimentos e às situações e na perspectiva comportamental a ansiedade dirige os comportamentos, muitas vezes prejudiciais. A intervenção cognitivo-comportamental ajuda assim a diminuir a

sintomatologia associada e previne novas crises através da alteração dos conteúdos e processos cognitivos e á modificação de comportamentos, sendo eficaz na redução da ansiedade.

Concomitantemente, desenvolver intervenções em grupo, para além de alcançar maior número de pessoas, contribui para promover a relação de ajuda, a partilha de sentimentos, emoções, opiniões e até comportamentos entre os participantes e, conseqüentemente, a influencia e o crescimento mútuos (Townsend, 2011). Apesar de existirem diversos tipos de grupos, um dos mais frequentes são os grupos de apoio/terapêuticos que têm como perspectiva “evitar preocupações futuras ensinando aos participantes modos eficazes de lidar com o *stress* emocional que tem origem em crises situacionais (...)” (Townsend, 2011, p. 168).

Desta forma, as intervenções de enfermagem em grupo, especificamente na redução da ansiedade, possibilitam os clientes reconhecerem-se nas vivências dos outros, partilharem e apoiarem-se e, ao mesmo tempo, aprendem e desenvolvem estratégias mais adaptativas às diferentes situações do quotidiano, implicando uma participação ativa, potencializando as capacidades mentais e sociais.

3.1 As técnicas de relaxamento

O relaxamento de acordo com Ryman (1995) citado por Payne (2003, p. 3) é “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo” e emerge de uma “diminuição da tensão ou ansiedade, resultando no descanso do corpo e da mente. Um estado de tranquilidade refrescante.” (Townsend, 2011, p. 228).

As primeiras publicações sobre técnicas de relaxamento remontam a 1929 e 1932 com a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson e o relaxamento autógeno de Schultz, respetivamente. A partir daí surgiram inúmeras técnicas de relaxamento, sempre com uma base histórica e cada vez mais com evidência científica referente aos seus benefícios. Estas técnicas, podem ser realizadas individualmente ou em grupo.

O relaxamento está associado diretamente a duas grandes teorias, a fisiológico e a psicológica. A primeira relaciona-se com os estados de stresse e relaxamento

do sistema nervoso autónomo, endócrino e músculo-esquelético, enquanto a segunda está ligada diretamente às teorias cognitiva, comportamental e cognitivo-comportamental (Payne, 2003). Com base nestas teorias é possível demonstrar os benefícios das técnicas de relaxamento.

O relaxamento tem três finalidades: prevenir e proteger o organismo de patologias que envolvem o stresse, tratar o stresse manifestado pela pessoa com doença orgânica e como estratégia de *coping* para lidar com o stresse, ou seja, acalmar a mente e possibilitar que o pensamento se torne mais claro e eficaz (Titlebaum, 1988 citado por Payne, 2003). Se por um lado ajudam a proporcionar a calma em situações de stresse, ansiedade e tensão muscular, por outro são um meio revigorante da saúde física, mental e emocional. Segundo Payne (2003), as sessões de relaxamento apresentam grande benefício na pessoa com patologia ansiosa, pânico, depressão, dependências de substâncias como tabaco, álcool e benzodiazepinas, perturbações alimentares, insónia, entre outras.

O intuito das técnicas de relaxamento visa induzir um estado de relaxamento geral, criando uma resposta aos *stressores* a que a pessoa se depara (Shah, Klainin-Yobas, Torres & Kannusamy, 2014), incitando a diminuição da irritabilidade, ansiedade, tensão muscular e fadiga.

A maioria das técnicas de relaxamento dá ênfase à concentração e à respiração, sendo estas partes fundamentais do relaxamento. As técnicas/exercícios de respiração, apesar de simples são basilares a outras formas de relaxamento (Townsend, 2011, p. 228), pois melhoram o bem-estar físico, mental e espiritual (Brown & Gerbarg, 2017). Segundo Borges & Ferreira (2013), estas técnicas devem ser de fácil aprendizagem, aplicáveis a todas as idades, passíveis de serem aplicadas em grupos e não devem necessitar de equipamento complexo.

As vantagens de utilizar a respiração como método de relaxamento são: a estimulação da atividade parassimpática (o organismo responde a situações de calma com diminuição da frequência cardíaca, pressão arterial, adrenalina e glicose); a facilidade de aprendizagem da técnica; adequadas para pessoa com dificuldade em recorrer a imagens mentais e realizáveis em qualquer local e/ou momento que seja necessário o alívio da tensão (Payne, 2003),

apresentando também rápida eficácia e segurança (Brown & Gerbarg, 2017). O terapeuta deve incentivar a que as pessoas pratiquem o método num contexto de autoadministração para potenciar os seus benefícios. Diversos estudos têm demonstrado que ao “mudar os padrões da respiração, é possível restabelecer o equilíbrio, nos sistemas de resposta ao stresse, acalmar uma mente agitada, aliviar os sintomas de ansiedade (...) melhorar a saúde física, a resistência e o desempenho, bem como os relacionamentos.” (Brown & Gerbarg, 2017, p. 8).

O relaxamento assente na dimensão respiratória permite o contato da pessoa com o seu processo respiratório, ajudando-a a focar a atenção no controlo voluntário da respiração, através de uma participação ativa e, à medida que vai tendo consciência desse mesmo processo irá conseguir promover o relaxamento, aumentando o controlo em si mesma.

3.2 A psicoeducação

A educação, de acordo com Read (2001), deve ser concomitantemente um processo de integração e individualização.

A Educação para a Saúde é uma intervenção inerente e basilar à práxis de enfermagem, sendo o enfermeiro um orientador e facilitador no processo de ensinar/educar. Através da educação para a saúde o indivíduo e a comunidade desenvolvem estratégias e utilizam-nas a fim de modificar comportamentos que lhes permitam adquirir uma vida saudável. Neste processo de aprendizagem, tanto o indivíduo como o enfermeiro, têm de definir à priori objetivos explícitos e exequíveis e ter papéis ativos para que seja possível essa mudança.

Em Saúde Mental o conceito de educação para a saúde tem evoluído para o conceito de psicoeducação que tem o fito de facultar informação ao cliente e/ou família, acerca da doença, sinais e sintomas, regime terapêutico, estratégias para lidar com as situações de ansiedade, bem como de instituições de apoio especializadas na área. Neste seguimento, o EESMP “Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais.”

(OE, 2011, p. 7). A Psicoeducação consiste numa ação educativa organizada, não formal, visto ser desenvolvida fora dos sistemas formais de ensino (Tudor, 2013).

A psicoeducação relaciona-se com a “aquisição de conhecimento e de competências psicológicas” (Redman, 2002, p. 197) e, sendo uma técnica cognitiva, pode ser aplicada em diferentes contextos, englobando tanto as perturbações mentais quanto as físicas (Lemes & Neto, 2017). Consiste em apoiar e munir a pessoa de informações clinicamente relevantes acerca da sua situação clínica incluindo estratégias de *coping* mais ajustadas, bem como de gestão de sintomas. Confere assim *empowerment*, ao aumentar os níveis de conhecimento sobre o problema que a pessoa apresenta e coopera na diminuição da sintomatologia de diversas patologias (Shah et al., 2014). Em suma, a abordagem psicoeducacional permite que a pessoa e / ou a sua família ampliem o conhecimento sobre a doença e o tratamento, bem como os ajuda a compreender e a dar sentido às situações vividas de forma positiva.

No âmbito da Saúde Mental, os autores Lemes & Neto (2017) referem que a psicoeducação constitui uma forma de ensinar e ajudar a pessoa a lidar com a doença mental, propiciando consciencialização e autonomia conduzindo-a a mudanças comportamentais, sociais e emocionais. De acordo com vários estudos, Lukens & McFarlane (2004) referem que as intervenções de âmbito psicoeducacional apresentam resultados indiscutíveis na redução dos sintomas associados à perturbação mental, especialmente ansiedade e depressão; aumento temporal entre episódios agudos da patologia; melhoria da qualidade de vida e autoestima da pessoa; melhoria das relações familiares e aumento na adesão terapêutica. Apesar de não ser a intervenção de primeira linha na redução da ansiedade, concomitantemente com outras técnicas tem resultados muito benéficos.

3.3 As técnicas expressivas

As técnicas expressivas são intervenções terapêuticas que se servem do recurso expressivo e do processo criativo com a finalidade de conectar os mundos interno e externo do indivíduo, através da sua simbologia. Vários autores, neste conceito, englobam a conceção autoexpressão.

Segundo Bucho (2009, p. 56) “criar permite expressar a nossa própria existência, as nossas emoções mais profundas, o processo criativo aumenta a capacidade de pensar, alterar, renovar e recombina aspectos da vida, ao mesmo tempo que incentiva o desenvolvimento intelectual, a iniciativa (...)”

Associadas ao processo terapêutico, as intervenções com mediadores artísticos como as técnicas expressivas, a musicoterapia ou o psicodrama, integram-se de uma forma especial no contexto psicoterapêutico (Andrade, 2000). O facto de a pessoa recorrer à imaginação, ao simbolismo e a metáforas através da expressão artística possibilita aos indivíduos mostrarem os seus sentimentos de um modo alternativo e lúdico, facilitando assim reconciliar conflitos emocionais, auxiliar na percepção de si mesmo e no desenvolvimento pessoal, ou seja, melhorar tanto a nível interno como externo (Andrade, 2000), valorizando, enriquecendo e incrementando o processo terapêutico.

De acordo com Teixeira (2006) a pintura é uma das técnicas mais utilizadas e bem aceites pelos clientes, pois permite-lhes libertar energias e evocar a dimensão afetiva e emocional através das cores e, por si só, consegue transmitir sentimentos como alegria, desespero, angústia e felicidade, de maneira única e pessoal, relacionadas com o estado psíquico em que se encontram. Relativamente ao desenho, o mesmo autor refere que este permite explorar a atenção, o contacto com a realidade e a concentração.

A utilização de materiais como pincéis, cores, figuras, entre outros, auxiliam a expressão do conteúdo interno da pessoa de forma genuína. Os meios utilizados permitem o inconsciente expressar e revelar aquilo que até então não era consciente.

O trabalho artístico permite explorar internamente os sentimentos de cada pessoa, através da representação das peças criadas e reforça o autoconhecimento e a identidade pessoal. A utilização de técnicas expressivas permite ao enfermeiro ajudar a pessoa a dar sentido à sua produção, não envolvendo isto a interpretação direta, mas sim sugestões e explorações acerca dos seus significados.

IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO

Para se atingir ganhos em saúde, é necessário intervir de forma adequada e atempada nos problemas identificados. Desta forma, compreende-se a exigência do planeamento, da execução e avaliação.

4. METODOLOGIA

4.1 Objetivos

Os objetivos deste trabalho consistem em: (1) adquirir competências na redução da ansiedade através de intervenções não-farmacológicas; (2) desenvolver competências na dinamização de sessões de grupo: 1) relaxamento 2) psicoeducativas e 3) mediadas por técnicas expressivas, que visam reduzir a ansiedade na pessoa com dependência de substâncias psicoativas e na pessoa com depressão; (3) compreender de que modo as intervenções não-farmacológicas contribuem para o estabelecimento da relação terapêutica.

Inerente a este processo de aprendizagem, a realização do ensino clínico visou proporcionar experiências, desenvolver conhecimentos e competências especializadas na área da Saúde Mental e Psiquiatria, em contexto real, que conduziu à aquisição e desenvolvimento das quatro competências do EESMP descritas no Regulamento das competências específicas do EESMP da Ordem dos Enfermeiros (2011) e que serão explicitadas posteriormente.

4.2 Caracterização dos locais de estágio

O ensino clínico decorreu de 25 de Setembro de 2017 a 09 de Fevereiro de 2018, num total de 18 semanas, com uma duração total de 428 horas de contacto (Apêndice I). Foi dividido em dois contextos, primeiramente o internamento, que teve a duração de 12 semanas, e em seguida o comunitário, que decorreu nas restantes 6 semanas. Os locais de estágio foram escolhidos tendo em consideração a sua pertinência da área de atuação e conseqüente possibilidade de materialização do projeto previamente planeado, o tipo de intervenções e cuidados prestados e a

existência de EESMP que preste cuidados diretamente neste âmbito. Estas duas unidades de saúde atuam em áreas de intervenção de enfermagem potenciadoras de aquisição de competências pessoais e profissionais.

O estágio clínico permitiu a mobilização de conhecimentos, mas, acima de tudo, a aquisição de inúmeras aprendizagens específicas do âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria mediante a prestação de cuidados de enfermagem especializados, que conduziram também aos objetivos delineados.

De acordo com Matos (1997), a realização do ensino clínico proporciona ao enfermeiro ter consciência das inúmeras e distintas funções que lhe compete desenvolver, bem como das competências que lhe são exigidas. Desta forma, o estágio em contexto real possibilita que o estudante/profissional fortaleça conhecimentos teóricos, vivencie novas e diferentes experiências e desenvolva competências profissionais para uma melhoria contínua do seu desempenho.

4.2.1 Contexto de Internamento

O estágio iniciou-se numa unidade de internamento pública, localizada em Lisboa. É um serviço com uma longa história no tratamento, em regime de ambulatório e internamento, da pessoa com abuso ou dependência de álcool. Atualmente, pelas exigências da própria sociedade, assiste também pessoas com dependência de outras substâncias psicoativas e tem como missão a abstinência total da substância.

A opção de iniciar o ensino clínico neste local, bem como a sua duração ser superior, depreendeu-se pela tipologia e estruturação das intervenções de enfermagem que desenvolvem e conseqüentemente a possibilidade de participar e dinamizar as mesmas.

A equipa de saúde, multidisciplinar, é constituída por enfermeiros, médicos psiquiatras e de saúde pública, assistentes operacionais, técnicos de serviço social, psicólogos e assistentes administrativos.

O internamento está organizado de acordo com um programa psicoterapêutico baseado numa adaptação do “Modelo Minnesota”, que pretende ajudar o cliente na

construção de um novo projeto de vida, que incluía a abstinência total do consumo de álcool e/ou outras substâncias e uma melhor qualidade de vida.

Este estágio proporcionou um acompanhamento mais prolongado dos clientes, uma vez que o internamento, em média, tem a duração de 4 semanas, o que possibilitou uma avaliação dos resultados mais consistente visto que os participantes participaram num maior número de atividades.

4.2.2 Contexto de Ambulatório

O ensino clínico em contexto de ambulatório decorreu numa estrutura comunitária, sediada na Região da Grande Lisboa, que tem como foco de intervenção a prestação cuidados de Saúde Mental a nível da prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com patologia mental. A escolha deste contexto deveu-se por ser uma estrutura reconhecida pelas qualidades do trabalho desenvolvido na promoção da saúde mental e na prevenção da doença mental.

Por forma a melhor compreender a sua abrangência, neste serviço é possível encontrar diversas valências e programas de atuação da equipa de enfermagem, designadamente clínica «*depot*», «sala de soroterapia», programa da assertividade, visitas domiciliárias, apoio na unidade de reabilitação, consultadoria nos Centros de Saúde e comissão de Cuidados Integrados de Saúde Mental.

Foi possível ter contacto com todas as valências de intervenção deste serviço, destacando-se a «sala de soroterapia», onde foram desenvolvidas as intervenções de enfermagem planeadas. O tratamento que decorre nesta valência, tratamento farmacológico para a depressão, tem uma duração de cerca de 2 semanas e a sala tem uma capacidade para 5 clientes em simultâneo. Para além deste tratamento, com acompanhamento, controlo e manutenção da medicação, também são desenvolvidas sessões de âmbito psicoterapêutico, no entanto sem plano estruturado.

Neste centro desempenha funções uma vasta equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros, médicos psiquiatras, técnicos de serviço social, psicólogos, terapeuta ocupacional e assistentes administrativos.

4.3 Participantes

Em ambos os contextos mencionados, as intervenções desenvolvidas tiveram como população-alvo clientes adultos, de ambos os sexos e todos os clientes aceitaram participar de forma voluntária nas atividades terapêuticas realizadas, expresso no consentimento informado (Apêndice II).

Como critérios de inclusão os participantes tinham de apresentar condições físicas, intelectuais e emocionais, sem atividade delirante e/ou alucinatória, nem doença degenerativa ou outra condição de saúde que impedisse a participação nas atividades de grupo ou que essas condições interferissem com a dinâmica do mesmo. Nos dois contextos clínicos os grupos foram abertos e os participantes puderam integrar as sessões no momento da admissão e / ou quando cumpriam os critérios de inclusão definidos.

No serviço de internamento, a população-alvo foi constituída por clientes internados com dependência de substâncias psicoativas, a maioria com dependência do álcool, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre 35 e 73 anos. Por sua vez, no contexto comunitário, o grupo alvo foi constituído por clientes que se encontravam em tratamento farmacológico endovenoso para a patologia depressiva, em regime de ambulatório, maioritariamente do sexo feminino e com idades entre os 24 e os 66 anos.

4.4 Questões éticas

Os aspetos éticos e deontológicos são princípios orientadores fundamentais da prática clínica. A preocupação pela defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana e o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes devem pautar a intervenção dos enfermeiros, assente no Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009).

Nesta aceção, também o processo e percurso formativo que aqui se relata, obedeceu a esses princípios. Deste modo, todos os clientes que aceitaram participar nas sessões foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos das mesmas, dando o seu consentimento livre e escrito, preconizado pela carta dos direitos dos utentes (Diário da República, N.º 57, 2014), tal como referido anteriormente.

Aos participantes foi assegurado a confidencialidade, sigilo e proteção dos dados, preservando desta forma a sua privacidade. Assim, os resultados aqui apresentados não revelam nomes ou informações passíveis de serem atribuídas a determinado participante. Os participantes foram informados de que, quando se verificasse pertinente, a informação seria partilhada única e exclusivamente com os intervenientes do seu plano terapêutico, tendo em consideração o seu bem-estar, segurança física, emocional e social e os seus direitos.

4.5 Atividades desenvolvidas e instrumentos de intervenção utilizados

As intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico, designadamente as sessões de relaxamento e as sessões mediadas por técnicas expressivas, bem como as de âmbito psicoeducacional, planeadas e realizadas, foram as mesmas em ambos os locais de estágio. Este facto permitiu não só o desenvolvimento dos conhecimentos e aumento das competências na dinamização das sessões, mas também a possibilidade de comparar os resultados, apesar das limitações existentes, nomeadamente o regime de tratamento (internamento vs ambulatorio) e as comorbidades dos participantes (dependência de substâncias psicoativas vs depressão). Estas atividades sofreram algumas adaptações em cada serviço devido à duração do estágio, à população-alvo, ao plano de atividades de cada local e às condições estruturais existentes.

Neste sentido, primeiramente serão apresentadas as atividades desenvolvidas e os instrumentos de intervenção utilizados ao longo do ensino clínico, ao que se seguirá, no subcapítulo subsequente, uma descrição, análise e avaliação mais detalhadas das intervenções realizadas.

4.5.1 Sessões de Relaxamento

Um dos principais focos da intervenção foram as sessões de relaxamento baseadas em exercícios respiratórios, uma dinâmica de grupo realizada duas vezes por semana, num total de 18 e 9 sessões, no internamento e no ambulatorio respetivamente.

As sessões de relaxamento ocorreram segundo o plano de sessão elaborado (Apêndice III) que apresenta os objetivos da sessão, bem como a descrição detalhada dos cinco momentos da mesma. Os exercícios respiratórios ensinados e treinados nas sessões, adaptados dos autores Payne (2003) e Brown & Gerbarg (2017), foram apoiadas por guiões de sessão (Apêndice IV). Os participantes reuniam os critérios de inclusão e deram o seu consentimento livre e escrito, tal como já mencionado. A cada sessão a sala foi previamente preparada com música, luz suave, cobertores, colchões e/ou cadeirões.

Todas as sessões foram avaliadas usando uma grelha de observação (Apêndice V) que permitiu o registo sobre o cumprimento das instruções, concentração / atenção, bem como a monitorização dos sinais de dificuldade / resistência em relaxar de cada participante. Na última sessão, de cada participante, foi solicitado o preenchimento de um questionário para avaliação das sessões de relaxamento (Apêndice VI). Para a avaliação da eficácia destas sessões, foi também utilizado o Questionário de Auto-avaliação STAI Y - Inventário Estado-Traço de Ansiedade, que será abordado posteriormente.

4.5.2 Sessões de psicoeducação

Foram realizadas sessões de âmbito psicoeducacional intituladas «Ansiedade – Todos a vivenciamos!!» (Apêndice VII) e «O meu EU» (Apêndice VIII). A primeira em ambos os contextos e a segunda apenas no estágio de internamento, tendo sido uma temática solicitada pelo serviço, de acordo o diagnóstico de necessidades levantado. Cada sessão foi avaliada através da participação de cada participante.

Foram também desenvolvidas atividades complementares a cada sessão. Após a sessão sobre a temática da ansiedade, no primeiro contexto foi proposto a cada participante responder por escrito a duas questões «Descreva uma situação que vivenciou e lhe causou ansiedade. Relate o que sentiu e como agiu.» e «E se fosse agora, como teria agido?» e no segundo contexto foi realizada uma atividade de grupo de partilha sobre situações de ansiedade e estratégias de redução. Após a sessão realizada apenas no serviço de internamento, foi desenvolvida uma dinâmica de grupo designada «Á descoberta de nós próprios», descritas posteriormente.

4.5.3 Sessão mediada por técnicas expressivas

No serviço de ambulatório foi realizada uma sessão mediada por técnicas expressivas, através do desenho. Para a realização desta atividade psicoterapêutica foi pedido a cada participante que desenhasse duas emoções que ultimamente estiveram mais presentes nas suas vidas, estando associadas à condição psicopatológica vivenciada, e seguidamente esboçassem inversamente essa emoção, ou seja, que gostariam de vivenciar regularmente no futuro.

4.5.4 Questionário de Auto-avaliação STAI Y - Inventário Estado-Traço de Ansiedade

Associado às sessões de relaxamento foi solicitado aos participantes o preenchimento de uma escala de avaliação de ansiedade, Questionário de Auto-avaliação STAI Y - Inventário Estado-Traço de Ansiedade (Anexo I), versão validada para a população portuguesa. Este questionário foi preenchido em dois momentos diferentes, na primeira e penúltima sessão, tendo em conta a admissão de cada participante no grupo e a programação da sua alta clínica, uma vez que se trataram de grupos abertos.

Este instrumento de autoaplicação, breve e fiável, com grande aplicabilidade clínica, foi construído por Spielberger e seus colaboradores em 1970, com uma grande revisão em 1983 e tem como finalidade ser uma medida de autoavaliação do Estado e Traço da Ansiedade, e não uma medida da ansiedade em si. Para Spielberger, Estado de ansiedade é uma situação temporal, onde o indivíduo experiencia sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, enquanto que Traço de ansiedade, para este autor, corresponde às características individuais relativamente estáveis em que a pessoa percebe as situações de *stress* como temíveis e, perante isso apresenta sentimentos mais frequentes e intensos que na ansiedade Estado (Gonçalves, Almeida, Simões & Machado, 2006).

Este instrumento compreende assim duas escalas separadas: STAI Forma Y-1, relativa à Ansiedade-Estado que quantifica o nível de ansiedade de cada inquirido

no momento e, STAI Forma Y-2, relativa à Ansiedade-Traço que avalia o caráter habitual de ansiedade da pessoa ao longo do tempo. Os valores de cotação de cada escala podem oscilar entre os 20 e 80, em que quanto mais alto é o resultado, maior a correlação com elevados níveis de ansiedade. Para definir um nível alto de ansiedade para a ansiedade-estado é considerado o valor somatório de 47, enquanto para a ansiedade-traço é de 42 (Spielberg, 1983).

4.5.5 Dinâmicas de grupo

Após a sessão psicoeducativa, desenvolvida exclusivamente no serviço de internamento foi realizada uma dinâmica de grupo intitulada «Á descoberta de nós próprios» (Apêndice IX), que teve como finalidade estimular a percepção individual e interpessoal de cada participante, estimular a expressão e a partilhar de sentimentos e emoções e promover a união do grupo. Aliada a esta atividade utilizaram-se técnicas expressivas, onde cada participante se definiu através do desenho.

Frequentemente são realizadas dinâmicas de grupo neste serviço, pelo que também foi possível assistir e dinamizar algumas atividades, não diretamente associadas a este projeto de estágio, mas que proporcionaram aprendizagens significativas e de mais-valia para a realização das intervenções propostas.

4.5.6 Entrevistas

No decorrer do ensino clínico foi possível realizar entrevistas de admissão nos dois contextos, atividade que apesar de não contemplada no projeto delineado foi muito benéfica para complementar todo o processo desenvolvido e adquirir competências pessoais e profissionais.

De acordo com Neeb (2000) a colheita de dados efetuada pelo enfermeiro ao cliente permite obter informações relativas à pessoa e à sua condição de saúde, nomeadamente, na área da Saúde Mental e Psiquiatria a realização do exame do estado mental. Este autor identifica a relevância de olhar a pessoa de forma integrada, considerando todas as suas dimensões. A entrevista em ESMP permite colher dados importantes sobre a pessoa no seu todo e é essencial para a

elaboração de diagnósticos de enfermagem, determinação do projeto terapêutico e, acima de tudo, para o estabelecimento da relação terapêutica enfermeiro-cliente.

Em saúde mental é fundamental que todos os contatos enfermeiro-cliente tenham uma perspectiva terapêutica. Sendo o foco da ação do enfermeiro em ESMP a qualidade da relação interpessoal estabelecida na interação entre este e o cliente (Peplau, 1990), a entrevista é um momento crucial para estabelecer esta relação baseada na empatia e na confiança. Quanto melhor for este vínculo relacional maior a probabilidade de um tratamento de êxito.

No serviço de internamento a entrevista inicial de admissão, efetuada com o cliente e / ou cliente e família, é orientada através de um instrumento de colheita de dados de enfermagem em vigor na instituição, que apresenta questões sobre dados biográficos, antecedentes pessoais, genograma, história de consumos de substâncias psicoativas e problemas ligados aos mesmos, entre outras. Contrariamente, no serviço de ambulatório a entrevista é não estruturada, sendo dirigida consoante as informações concedidas pelo cliente.

Apesar de distintas, ambas as formas de entrevista permitiram obter uma história detalhada e abrangente da pessoa, avaliar a sua autoconsciência sobre a doença e compreender o comprometimento da mesma no seu tratamento, para assim conjuntamente estabelecer uma parceria de cuidados, com vista a resultados positivos.

4.5.7 Jornal de aprendizagem e Reflexões

Este percurso foi também pautado pela reflexão e análise crítica referentes às situações vivenciadas, tendo estes momentos permitido tomar consciência da prática, desenvolver o autoconhecimento e projetar as ações futuras, sendo um instrumento de crescimento e autoformação pessoal e profissional. Como refere Benner (2001, p. 33) “é necessário construir estratégias para que haja conhecimento desse saber fazer, de maneira a poder ser desenvolvido e melhorado.”.

Para tal, foram realizados no primeiro estágio um jornal de aprendizagem com base no Ciclo Reflexivo de Gibbs (Apêndice X) e, no segundo, duas reflexões críticas (Apêndice XI), que geraram reflexão sobre a prática de forma a melhorar os

cuidados prestados à pessoa com perturbação mental e facilitar o desenvolvimento de competências necessárias ao desempenho do EESMP.

4.5.8 Estudo de caso

Um estudo de caso procura compreender, explorar e descrever acontecimentos num determinado contexto. Através das suas características particulares, a sua elaboração incide intencionalmente sobre uma situação específica, compreendendo assim um determinado fenómeno ao qual o pesquisador atribui importância (Araújo, Pinto, Lopes, Nogueira, & Pinto, 2008).

Neste sentido, no decorrer deste percurso de aprendizagem foi realizado um estudo de caso (Apêndice XII) que teve como base uma pesquisa bibliográfica sobre o objeto de estudo, análise do processo individual do cliente e entrevistas ao próprio, que consentiram melhor compreender a singularidade e globalidade do caso clínico, bem como conduziu à elaboração de um plano de cuidados individualizado e pormenorizado, com o intuito de adequar os cuidados de enfermagem prestados e obter melhores resultados.

4.6 Descrição, Análise e Avaliação das intervenções desenvolvidas

No decorrer do ensino clínico, apesar de algumas alterações efetuadas por necessidade pessoal e dos próprios locais de estágio, foi possível realizar as atividades planeadas, o que viabilizou a prestação de cuidados especializados e o desenvolvimento das competências específicas na área de intervenção. Nesta fase do presente relatório tem-se em consideração a descrição, análise e avaliação das intervenções desenvolvidas e os momentos de reflexão que estas proporcionaram, percecionando se os objetivos estabelecidos foram alcançados.

A análise das intervenções realizadas será descritiva englobando também uma abordagem quantitativa uma vez que serão analisados dados obtidos através da aplicação do Questionário de Auto-avaliação STAI-Y - Inventário Estado-Traço de Ansiedade, no entanto sem uma análise estatística. A aplicação desta escala associada às sessões de relaxamento forneceu dados para avaliar se estas mesmas

sessões foram eficazes atingindo os objetivos delineados, e não propriamente a validação da escala, a correlação entre variáveis e/ou a generalização dos resultados para outras áreas ou grupos. Nesta análise, foram descritas observações e por vezes referenciadas citações dos clientes contudo, não representa um estudo qualitativo uma vez que não é efetuada uma análise estruturada dessas menções.

Sessões de Relaxamento

O projeto terapêutico delineado começou com as sessões de relaxamento no serviço de internamento onde se iniciou o percurso do ensino clínico. Como referido anteriormente foram realizadas 18 sessões, duas sessões semanais, com duração de 30 minutos cada, que decorreram no ginásio daquela instituição. Este espaço ostenta condições adequadas de temperatura, luminosidade, som e dimensão, tendo sido preparado previamente a cada sessão. As sessões de relaxamento realizaram-se com os participantes deitados em colchões. Apesar disso e tendo em consideração os critérios de inclusão, nomeadamente a condição física, houve algumas adaptações que permitiram, por exemplo, um cliente com fratura de três costelas participar nas sessões e realizar os exercícios sentado numa cadeira em vez de na posição de deitado.

O número de participantes por sessão, mínimo 6 e máximo 14, esteve relacionado com a lotação do serviço e a aplicação dos critérios de inclusão, pelo que alguns clientes integraram o grupo vários dias após a admissão devido à taxa de alcoolémia, à debilidade física e às alterações do pensamento que apresentavam. As sessões foram frequentadas por um total de 34 participantes, dos quais 7 do sexo feminino e 27 do sexo masculino. Esta disparidade evidencia que a maioria dos clientes que mais procura e requer deste tipo de tratamento é do sexo masculino, corroborado pelos dados estatísticos que demonstram que a prevalência do consumo de qualquer substância psicoativa, com exceção dos medicamentos, é consideravelmente superior no sexo masculino, comparativamente com o sexo feminino (Balsa et al., 2018).

Existia uma grande expectativa e até alguma ansiedade para a realização da primeira sessão de relaxamento, nomeadamente como seria a reação dos

participantes a um dinamizador menos conhecido, uma vez que estas sessões fazem parte do plano de atividades instituído realizado pelos enfermeiros do serviço. Uma posição estática, que não permitiu a visualização de todos os participantes nem o auxílio dos mesmos na execução das técnicas, uma fase introdutória em que as palavras saíram trémulas e uma descrição da técnica literalmente apoiada no guião, sem pausas, sem repetição das técnicas e a um ritmo excessivamente rápido, fez com que esta primeira sessão não corresse como esperado e pior não atingisse os objetivos propostos, tendo até uma das participantes referido no final *“Já acabou?”*. No entanto, o processo de auto-reflexão, que acompanhou todas as atividades, sobre o vivido e sentido ao longo da sessão, assim como a partilha com o enfermeiro presente na mesma e também a elaboração de um jornal de aprendizagem, proporcionou a autoconsciencialização sobre os aspetos positivos e os aspetos a melhorar, o que comportou encontrar e definir estratégias de mudança, adquirir maior confiança e melhorar significativamente a dinamização das sessões seguintes e o resultado das mesmas. A segunda sessão decorreu com maior tranquilidade e fluidez, tendo a mesma participante aludido *“Agora sim!”*. Gradualmente, as sessões decorreram de forma mais natural, com o desenvolvimento da capacidade de observação e comunicação, consentindo assim atingir os objetivos delineados.

Foram realizados registos de cada sessão, das observações efetuadas e de opiniões proferidas pelos participantes no momento de partilha, na grelha de observação. De forma geral os participantes entenderam e cumpriram as instruções da técnica, mas alguns por vezes necessitaram de auxílio e reforço na explicação da mesma. Observou-se que nas primeiras sessões de cada participante, estes apresentavam baixa concentração, adormecendo com facilidade logo no início da sessão, muito derivado também à terapêutica de desabitação instituída, nomeadamente benzodiazepinas, que cumpriam num esquema de redução ao longo do internamento. Só com a execução da técnica é possível induzir o estado de relaxamento e atingir os objetivos da intervenção, no entanto quando esse relaxamento é de tal modo induzido por vezes é difícil contrariar o sono, tal como referido por um participante *“Fiquei de tal forma relaxada que quase adormeci.”*.

Na maioria dos participantes foi possível visualizar alguns sinais de resistência em relaxar, em que os mais frequentes foram movimentos constantes de várias partes do corpo e acessos de tosse sem causa física, porém quantas mais sessões foram frequentadas menores eram estes sinais. Tal facto foi partilhado por um participante que na sua primeira sessão referiu “Sinto-me igual” e após três sessões mencionou “*Relaxeii totalmente, senti o corpo a ir.*”. De uma forma geral os participantes gostaram e manifestaram ter conseguido relaxar através de expressões como “*Vim para aqui acelerado e agora sinto-me tranquilo.*”, “*Tinha a cabeça cheia e consegui libertar-me dos pensamentos.*” ou “*Senti o ar a percorrer todo o corpo e parecia que levitava.*”.

Tendo em conta estas descrições e as alterações observadas, em cada participante, produzidas pelos diferentes exercícios respiratórios foi motivador e compensatório todo trabalho realizado, pois foram evidentes os benefícios das sessões nos participantes. Por diversas vezes os participantes demonstraram interesse e entusiasmo perguntando “*Senhora enfermeira hoje vai fazer o relaxamento?*”, o que gerou uma enorme satisfação profissional. Estas sessões favoreceram a criação de um vínculo de confiança enfermeiro/cliente e o estabelecimento da relação terapêutica.

No que concerne às sessões de relaxamento realizadas no contexto comunitário ocorreram entre 6 de Janeiro e 11 de Fevereiro de 2018, também bissemanais, mas sofreram algumas adaptações, sobretudo devido a questões estruturais, os participantes realizaram as sessões sentados em cadeirões, e porque simultaneamente era administrada terapêutica farmacológica endovenosa. Foram então realizadas 9 sessões, tendo participado num total 7 pessoas, maioritariamente do sexo feminino, confirmando os dados mundiais em que a depressão tem uma prevalência de 5,1% nas mulheres e 3,6% nos homens (DGS, 2017).

A experiência trazida do estágio anterior facilitou a realização desta atividade, apesar dos participantes, pessoas com perturbação depressiva, terem características muito diferentes. Na realidade os participantes apresentavam baixa interesse para desenvolver e participar nas atividades, apanágio próprio desta condição patológica, mostrando inicialmente resistência em cumprir as instruções da técnica de relaxamento. Apesar de alguma relutância dos participantes na realização

das sessões, lentamente, com o avançar das mesmas foi possível verificar mudanças no comportamento dos participantes mostrando-se mais motivados e envolvidos, conseguindo observar-se melhorias na execução das técnicas e conseqüentemente sinais de relaxamento. Esta situação foi um grande desafio pois apesar de inicialmente causar alguma frustração, exigindo um esforço acrescido no desenvolvimento da capacidade de comunicação, improvisação e adaptação a novas situações, foi possível ultrapassá-la com a ajuda da elaboração de uma reflexão crítica, de momentos de partilha com a orientadora e de auto-reflexão.

Nos momentos de partilha os participantes aludiram os efeitos benéficos que sentiram após a sessão com expressões como “*Sinto-me mais leve.*”, “*Sinto-me melhor e mais confortável, até a dor de cabeça passou.*”, “*Cada vez me sinto mais calma.*”. A participante que apresentava níveis de ansiedade-Estado mais elevados, segundo a Escala STAI Forma Y-1, foi a que demonstrou mais sinais de resistência em relaxar (olhos abertos, movimentos constantes das pernas, postura rígida e com punhos cerrados) e por maior número de sessões, mas também na que foi possível observar diferenças mais significativa, especialmente uma postura e músculos mais relaxados e até o encerramento dos olhos por longos períodos.

Como complemento destas sessões, foi cedido, a cada participante, um folheto intitulado «Inspire...Expire...Relaxe!!!» (Apêndice XIV) com a descrição dos benefícios do relaxamento, os sinais e sintomas de ansiedade, as vantagens do relaxamento através de exercícios respiratórios, bem como uma técnica de respiração que potencializa o relaxamento. Este folheto reúne informações pertinentes e com linguagem acessível e a sua elaboração teve o intuito de consolidar a informação transmitida nas sessões, apoiar e motivar os participantes na incorporação de exercícios de relaxamento no seu quotidiano, como estratégia para a redução da ansiedade.

Relativamente ao Questionário de Auto-avaliação STAI Y - Inventário Estado-Traço de Ansiedade, utilizado para avaliar dos níveis de ansiedade dos participantes, foi aplicado, as duas formas: Estado (STAI Y-1) e Traço (STAI Y-2), em dois momentos como referido anteriormente. Cada escala, composta por 20

itens de preenchimento obrigatório, foi aplicada sempre em primeiro a de Estado (sobre o que a pessoa sente no «agora») e em seguida a de Traço (sobre como a pessoa se sente «geralmente»), de modo a que STAI Y-2 não influenciasse o preenchimento da STAI Y-1, tal como indicação dos autores da mesma (Gonçalves et al., 2006). Foram considerados os questionários dos participantes que frequentaram três ou mais sessões de relaxamento, pois considerou-se o número plausível para se avaliar o efeito destas na redução da ansiedade. Neste sentido, no primeiro estágio foram tidos em conta 22 questionários e no segundo 6. De acordo com os resultados obtidos no serviço de internamento (Apêndice XIV), no que se refere à escala Ansiedade-Estado no primeiro momento da aplicação do questionário, cinco participantes apresentavam valores superiores a 47, isto é, níveis elevados de ansiedade. No entanto, no segundo momento, após frequentarem as sessões de relaxamento, apenas um participante apresentou níveis elevados de ansiedade. Outro dado constatado foi que quatro participantes apresentaram cotações mais elevadas de Ansiedade-Estado no segundo momento da aplicação do questionário, comparativamente com o primeiro, podendo a causa estar relacionada com a aproximação da alta, expresso por um desses clientes “*Agora volto para casa e tenho de enfrentar os problemas, aqui sinto-me seguro.*”. Estes resultados vão ao encontro da baixa estabilidade da escala Ansiedade-Estado uma vez que esta avalia mudanças na ansiedade em função de fatores situacionais (Silva, 2013). Por sua vez, no serviço comunitário (Apêndice XV), 6 dos 7 participantes apresentaram níveis elevados de ansiedade nos dois momentos da aplicação do questionário STAI Y-1, ainda assim com ligeira diminuição no segundo momento.

Respeitante aos resultados obtidos na Questionário STAI Y-2 (Ansiedade-Traço), na unidade de internamento é de realçar que 18 participantes revelaram no primeiro momento elevados níveis de ansiedade, isto é, superior a 42. Apesar de não serem esperadas diferenças significativas entre os dois momentos, uma vez que esta escala avalia os níveis de ansiedade enquanto característica da personalidade logo pouco mutável, tal situação não se verificou na maioria dos casos, constatando-se variações expressivas, podendo tal discrepância estar relacionada com a má interpretação da escala. Ao invés, no contexto comunitário, seis participantes apresentaram níveis elevados de Ansiedade-Traço, no entanto sem diferenças

significativas entre os dois momentos de aplicação da escala, o que traduz um marcado carácter habitual ansioso das pessoas com perturbação depressiva, confirmando assim a alta estabilidade da escala Ansiedade-Traço (Silva, 2013).

Os resultados obtidos revelaram também que os participantes que na escala Ansiedade-Traço mostraram uma diminuição expressiva do nível de ansiedade entre o primeiro e o segundo, apresentaram também uma redução do nível de ansiedade no segundo momento da escala Ansiedade-Estado, o que indica que a Ansiedade-Estado e Traço estão relacionadas e influenciam-se.

Apesar da maioria dados obtidos serem consistentes com a literatura é necessário ter em conta que estes não podem ser generalizados devido às limitações que o estudo apresenta.

No que se refere ao questionário de avaliação das sessões de relaxamento baseadas em exercícios respiratórios solicitado aos participantes, todos, de ambos os contextos consideraram as sessões interessantes, gostaram do modo como foram realizadas e consideraram que as sessões lhes proporcionaram momentos agradáveis e de relaxamento. No contexto de internamento, quatro participantes referiram dificuldade na realização dos exercícios e apenas um não considera a hipótese de realizar estes exercícios no seu quotidiano. Por sua vez, no contexto comunitário três participantes sentiram dificuldade na realização da técnica de relaxamento e também um admitiu não realizar esta técnica no seu dia-a-dia. Este questionário de avaliação para além de demonstrar os benefícios e eficácia das sessões, permite melhorar a dinamização de futuras sessões.

Em relação ao espaço contemplado no questionário onde o participante pôde expressar os aspetos que considerou mais positivos, no primeiro contexto surgiram opiniões como *“Quando faço as sessões sinto-me mais leve e calmo.”* *“No meu ver achei tudo muito bom, não acho que devesse ser melhorado”*; *“Proporcionam relaxamento, calma, serenidade e o encontro de nós próprios.”* *“Traz paz, tranquilidade e também se pode viajar sem drogas. Percebemos que por vezes não nos conhecemos, nem às energias positivas que nos rodeiam. Obrigado.”* *“Aprendi técnicas de relaxamento que desconhecia e que me ajudaram imenso fisicamente e psicologicamente.”*; *“A música, a paz interior, abstrai-me dos pensamentos negativos*

*e saio mais tranquilo das sessões.”. De salientar que oito participantes mencionaram, como aspetos a melhorar, que as sessões deveriam ter maior duração, facto que deve ser considerado para melhoria futura. Já no serviço de ambulatório algumas opiniões expressas sobre os aspetos positivos foram “*Bom método para nos sentirmos mais descontraídos e podermos fazer em casa*”, “*Foi positivo a musica e a paz transmitida.*” e “*Gostei de tudo.*”, como aspeto de melhoria foi referida a pequena dimensão da sala.*

Após o exposto e analisado é possível considerar o potencial benefício da intervenção psicoterapêutica das sessões de relaxamento baseadas em exercícios respiratórios na redução da ansiedade, quer na pessoa com dependência de substâncias psicoativas, em momento de internamento hospitalar, quer na pessoa com depressão em regime de tratamento em ambulatório e, conseqüente efetividade das intervenções.

A realização destas sessões, todas distintas entre si, foram extremamente exigentes, acarretando grande esforço pessoal para a sua melhoria contínua. Apesar do esforço acrescido, a sua realização foi muito compensadora e gratificante, despertando emoções positivas, pois no final verificou-se a satisfação dos participantes, traduzidos em sorrisos e pequenas frases de agradecimento, bem como contribuiu para um crescimento pessoal e profissional através da aquisição e desenvolvimento de competências e fortalecimento da relação terapêutica.

Sessões de psicoeducação

No que diz respeito à sessão de âmbito psicoeducacional subordinada ao tema «*Ansiedade – Todos a vivenciamos!!*», ocorreu nos dois locais de estágio, com pequenas adaptações, em que no serviço de internamento foi abordada a temática da ansiedade e o alcoolismo e no comunitário abordou-se a ansiedade e a depressão. Esta sessão objetivava informar o cliente sobre a problemática da ansiedade e facultar estratégias e técnicas que conduzem à redução da mesma.

No primeiro contexto, a sessão foi realizada a 24 de Novembro de 2017, teve duração de cerca de 1 hora e foi presenciada por 10 clientes, estando também

presentes os enfermeiros do serviço. O grupo revelou-se atendo, interessado e participativo, sempre que solicitados, mas também de forma espontânea, tiraram notas e deram exemplos pessoais de situações vivenciadas. Para finalizar a sessão houve um momento de partilha onde todos os participantes concordaram ter sido um tema importante referindo *“Ajudou-me a ver as coisas de outra forma.”*; *“Adorei o tema, eu bebia porque estava nervoso, mas se não bebesse também ficava, por isso não era solução.”*. No final, ocorreu um momento de partilha, só com os enfermeiros presentes, que permitiu o *feedback* sobre a sessão, tendo sido expressas as emoções e dificuldades sentidas, assim como se proporcionou uma reflexão conjunta sobre os conteúdos abordados e a integração das estratégias de redução da ansiedade no plano terapêutico numa perspetiva de melhoria dos cuidados. No serviço de ambulatório esta sessão foi realizada também na sala de «soroterapia», a 9 de Janeiro de 2018, com a participação de quatro clientes. Tal como no contexto anterior os participantes foram participativos e identificaram situações vividas que lhes causaram ansiedade, bem como as estratégias que utilizavam, sendo a comum a todos a fuga, referindo por exemplo *“Ficava muito nervosa quando ia para o trabalho porque estão sempre a perguntar o que se passa, por isso despedi-me.”*

Na sequência desta sessão, no primeiro contexto foi proposto a cada participante, individualmente, responder por escrito às questões «Descreva uma situação que vivenciou e lhe causou ansiedade. Relate o que sentiu e como agiu.» e «E se fosse agora, como teria agido?», com vista em incentivar a reflexão e a integração dos conteúdos aprendidos. Os participantes relataram situações vivenciadas que lhes causaram elevados níveis de ansiedade, tendo a grande maioria referido que usavam o consumo de substâncias, essencialmente o álcool, como a forma de lidar com a situação. Por sua vez no ambulatório, optou-se por realizar uma atividade de grupo, que decorreu três dias após a sessão, com os mesmos participantes, em que os participantes foram solicitados a partilhar com o grupo uma situação que tenha ocorrido, depois da sessão psicoeducativa, e lhes tenha causado ansiedade e quais as estratégias utilizadas para reduzir a mesma. Um participante expôs *“Discuti com o meu filho e fiquei muito nervosa, mas fiz aquelas respirações mais calmas e profundas e senti-me mais calma.”*. Através destas atividades / dinâmicas foi possível constatar que os participantes

consolidaram conhecimentos sobre a doença e conseguiram reter e compreender diferentes estratégias para enfrentar situações geradoras de ansiedade. Como refere Afonso (2010), os clientes que frequentam intervenções de âmbito psicoeducativo adquirem um melhor autoconhecimento face à doença.

Para a avaliação destas sessões foram tidas em conta a participação dos clientes, as suas exposições aquando da partilha entre o grupo e a atividade pós sessão. Todos os participantes demonstraram interesse e compreensão da problemática da ansiedade e apreensão de conhecimentos sobre estratégias para reduzir a ansiedade, revelando-se em mudanças de comportamento, considerando esta sessão psicoeducativa uma mais-valia para os ajudar a lidar com diversas situações do quotidiano que causam ansiedade. Para além do alcance dos objetivos estabelecidos, estas sessões favoreceram a coesão e ajuda grupal uma vez que os participantes se identificaram com o tema e com as experiências vivenciadas por outros elementos. Deste modo, através da partilha, o grupo pode produzir maiores conexões entre pensamentos, sentimentos e comportamentos (Westen & Morrison, 2001).

No serviço de internamento, foi realizada uma segunda sessão psicoeducativa solicitada pela equipa que considerou premente abordar as consequências do uso abusivo do álcool, dando ênfase à autoestima, autoimagem, autoconfiança e autoconceito. Estiveram presentes nove clientes, muito participativos e interessados. Tal como na primeira sessão, a avaliação teve em conta a participação e a partilha do grupo. Surgiram assim expressões como *“Revi-me em muitas coisas, não quero mais isto para mim.”* ou *“O que o álcool me fez...aliás o que eu deixei que ele me fizesse.”* que reportam para o êxito da sessão.

De modo a complementar esta sessão foi realizada uma dinâmica de grupo intitulada «Á descoberta de nós próprios», que decorreu no mesmo dia da sessão. O grupo sentou-se em círculo e foi distribuída uma folha a cada participante, com uma tabela específica. Na primeira linha cada participante preencheu com o seu nome e um desenho que o identifique. Em seguida a folha de cada cliente passou para a pessoa que estava no seu lado direito, que escreveu uma qualidade da pessoa identificada na primeira linha, rodando a folha até chegar à própria pessoa, que na última linha também escreveu uma qualidade sua. Por fim, cada participante

mostrou e explicou o seu desenho e leu para o grupo as qualidades que foram mencionadas pelos outros participantes. Para finalizar a sessão, procedeu-se à partilha sobre os sentimentos e emoções sentidos durante a atividade surgindo reações como “*Não me via desta maneira.*”, “*Os outros vêm coisas em mim que eu não conseguia ver.*”, “*Afinal tenho mais qualidades do que pensava.*”. Com esta atividade os participantes puderam reconhecer as suas próprias qualidades, refletir sobre os seus sentimentos e criar laços afetivos com o grupo.

Estas sessões possibilitaram os participantes reconhecer e compreender os seus interesses, motivações, conhecimentos e até falsos conceitos e, também contribuíram para aquisição de ferramentas essenciais. As intervenções de âmbito psicoeducacional são atividades integrantes do tratamento, pois têm como objetivo melhorar a compreensão da doença pelas próprias pessoas e/ou família (Afonso, 2010), apoiando-as e capacitando-as de conhecimentos para lidar com a doença.

Quanto à dinamização das sessões, no início de cada uma surgiu alguma ansiedade, no entanto a pesquisa e preparação prévias, permitiram moderar e gerir o grupo, através do uso de um tom de voz calmo, seguro e assertivo. Por outro lado, permitiu desenvolver a comunicação, adequar a linguagem ao grupo-alvo para melhor compreensão deste, estimular a criatividade para motivar os participantes, gerir o tempo e as intervenções dos participantes e treinar a improvisação. Deste modo, desenvolver estas intervenções enriqueceu o processo de aprendizagem e aquisição de competência especializadas de ESMP.

Sessão mediada por técnicas expressivas

No contexto de ambulatório foi realizada uma sessão mediada por técnicas expressivas, onde foi solicitado aos participantes que desenhassem, nos quadrados superiores, duas emoções negativas que a sua condição clínica, a depressão, lhes fazia despertar e, contrariamente, nos quadrados inferiores, duas emoções positivas que gostariam que as acompanhasse no futuro. A finalidade consistia na expressão e não no produto final, isto é, interessava que a pessoa fizesse e não propriamente o que fazia. De acordo com Sousa (2005), a pessoa não tem que desenhar, pintar ou

construir adequadamente, mas sim expressar naturalmente a sua vida emocional e sentimental. Esta atividade teve como objetivo promover a reflexão de cada participante sobre os seus sentimentos e emoções, se perspetivassem no futuro vivenciando emoções positivas e também a interação grupal e a partilha.

Cada participante mostrou e descreveu o seu desenho para o grupo (Anexo II). Em geral, os participantes nos quadrados superiores manifestaram sentimentos de tristeza e desesperança, ao invés nos quadrados inferiores fizeram referência à alegria e felicidade. Decorrentes desta atividade os participantes expressaram-se com citações como *“Infelizmente ultimamente só tenho sentido emoções negativas”,* *“Quero muito melhorar e sentir-me bem para começar a viver.”*. No momento da partilha objetivou-se um dos desígnios destas intervenções com um elemento a referenciar *“Inicialmente foi difícil porque tive de pensar no que sento de verdade, mas é mais fácil desenhar e mostrar o que sinto do que falar.”* Com esta atividade os participantes puderam expressar os seus sentimentos e emoções habituais e tomar consciência de como estes são prejudiciais na sua vida, mas também conseguiram projetar-se no futuro a vivenciar sentimentos de bem-estar.

Embora em contextos institucionais diferentes e com diferente população- alvo, através dos resultados obtidos pode-se concluir que as intervenções não-farmacológicas de enfermagem desenvolvidas, técnicas de relaxamento, psicoeducação e técnicas expressivas (similares em ambos os contextos) produzem efeitos positivos na redução da ansiedade.

4.7 Avaliação das competências adquiridas

O desenvolvimento de competências através da mobilização de conhecimentos para a prática clínica é uma inquietação permanente em todo o processo de formação do enfermeiro ao longo da sua vida profissional, para alcançar os cuidados de excelência. O Conselho de Enfermagem da OE considera competência *“(...) um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades (...)”* (OE, 2004, p.16). De acordo com Benner (2001, p.43) *“(...) competências e práticas competentes,*

referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais.”. A mesma autora descreve 5 níveis de proficiência decorrentes do desenvolvimento de competências em enfermagem e são eles: Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito.

Os contextos de ensino clínico elegidos, como serviços especializados na área da Saúde Mental e Psiquiatria, reuniram as condições essenciais para alcançar e aprofundar conhecimentos e competências, o que promoveu um crescimento profissional e pessoal.

É importante destacar a realização de diversas entrevistas nos dois contextos, todas elas diferentes e sentidas também de forma diferente, que apesar das dificuldades que surgiram, pela falta de aptidão para as realizar, pela ansiedade, timidez e inexperiência, também permitiram demonstrar disponibilidade e favoreceram o estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa. Após estas entrevistas decorreram momentos de partilha com as enfermeiras orientadoras e um profundo trabalho pessoal de auto-reflexão e auto-conciençialização do impacto de cada entrevista no «Eu». Deste modo, refletir criticamente sobre o que se faz, conduz o enfermeiro a ser perito na prestação de cuidados (Lopes, 2006).

Este processo de auto-conhecimento permitiu o desenvolvimento da primeira competência específica do EESMP em que este “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2011, p.4). Possibilitou também estabelecer uma boa e sólida relação terapêutica com o cliente, sendo este um processo contínuo ao longo da vida profissional. Esta competência foi também otimizada através de outros instrumentos desenvolvidos, como a elaboração de um jornal de aprendizagem e de reflexões críticas que concederam o reconhecimento de resistências, preconceitos e medos por forma a não intervir no negativamente no processo terapêutico.

Gradativamente, ao longo das entrevistas, foi possível identificar mais facilmente as dificuldades sentidas e o impacto das características pessoais, nomeadamente a tendência de induzir as respostas da pessoa, não gerir os silêncios e a utilização de frases comuns. De acordo com Chalifour (2008) aperfeiçoar a habilidade de escutar e do silêncio, são ferramentas essenciais para o

sucesso da entrevista e conseqüentemente para o estabelecimento da relação terapêutica enfermeiro/cliente. Para este autor, a escuta consiste numa técnica de comunicar e reconhecer em si os seus valores e interesses de forma a não os sobrepor ao cliente e, o silêncio permite uma continuidade da comunicação, onde se concede espaço para que o cliente se expresse e reflita sobre o que está a sentir. Só com o exercício foi possível treinar e desenvolver a comunicação e conseqüentemente a aptidão de entrevistar, uma vez que não existe competência sem ser na ação (Le Boterf, 2003). Esta atividade foi assim de extrema importância para aperfeiçoar a comunicação e, conseqüentemente foi muito útil na realização das intervenções planeadas, no desenvolvimento de estratégias e competências relacionais e na auto-reflexão, que conduziram ao alcance do objetivo proposto de compreender de que modo as intervenções de enfermagem contribuem para o estabelecimento da relação terapêutica. Nesta perspectiva, estabelecer uma relação terapêutica é fortemente influenciada pelos comportamentos e atitudes do enfermeiro pelo que foi necessário um trabalho intenso de desenvolvimento pessoal e profissional. Simultaneamente, nem sempre é fácil «*chegar ao outro*», pela sua individualidade, pelo que é essencial, desenvolver técnicas de comunicação, demonstrando disponibilidade, compreensão, autenticidade, empatia e respeito. Segundo Townsend (2011) a relação terapêutica consiste na interação entre duas pessoas, normalmente o profissional de saúde e a pessoa alvo da prestação de cuidados, na qual a colaboração dos dois participantes contribui para a promoção do crescimento, prevenção da doença e/ou tratamento. Outro aspeto importante na relação terapêutica consiste na capacitação do cliente, tendo em consideração as suas dimensões e expectativas, de modo a que este tome o comando do seu processo de cuidados, para decidir de forma autónoma, o que se designa de *empowerment*. Segundo Ramos (2001) *empowerment* é um instrumento de trabalho para a enfermagem, que necessita de uma participação ativa tanto do enfermeiro como do cliente e/ou família. O EESMP tem a competência de conceber “(...) estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e factores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental.” (OE, 2011, p. 6).

É sabido que as perturbações de saúde mental não interferem apenas na vida da pessoa portadora, interferindo drasticamente na dinâmica de toda a família, por isso a necessidade desta intervenção alargada cliente/família. Como refere Filho & Ferreira-Borges (2004) o que sucede a um membro da família influencia toda a família, do mesmo modo que o que acontece à família afeta necessariamente todos os elementos. A intervenção com a família tem tido, por parte das equipas de saúde mental, cada vez maior atenção e relevância aquando do planeamento de intervenções. Apesar do projeto desenvolvido não englobar intervenções diretas com as famílias, foi possível, principalmente no serviço de internamento, assistir a uma sessão psicoeducativa em grupo com as famílias, que ocorrem quinzenalmente, sobre o tema alcoolismo e a recaída. Estas sessões permitiram partilhar experiências e desmistificar o estigma da doença, englobar a família no projeto terapêutico e promover a sua capacidade para a integração da pessoa no meio familiar.

Os cuidados de saúde mental assentes em serviços comunitários há muito que são um foco da OMS e, cada vez mais, surgem projetos para substituir a prestação de cuidados hospitalares para cuidados na comunidade. O Programa Nacional para a Saúde Mental (DGS, 2017) apresenta orientações para um serviço de saúde mental mais próximo das pessoas, com uma maior participação das comunidades. Já em 2001 o Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2002) evidenciou que os cuidados na comunidade melhoram a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crónicas, assegura intervenções mais precoces, diminui o estigma associado ao internamento e reduz os custos. Nesta conceção, o estágio decorrido no contexto comunitário permitiu observar e compreender todo o trabalho e esforço efetuado pela equipa multidisciplinar, na promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, tratamento e reabilitação psicossocial. Neste contexto dada as vastas vertentes de intervenção e para melhor compreender o trabalho desenvolvido, foi possível experienciar dois dias na sala de tratamentos e também realizar visitas domiciliárias, que de acordo com Labate, Galera & Avanci (2004), proporcionam observar a pessoa no seu contexto. Foi possível assim ter contacto com a competência do EESMP na implementação “(...) na comunidade programas centrados na população (...)” (OE, 2011, p. 4).

Outra característica muito própria da área da Saúde Mental diz respeito ao trabalho multidisciplinar que é desenvolvido. Em ambos os serviços ocorre semanalmente uma reunião com toda a equipa multidisciplinar, que comporta discutir ideias e opiniões de todos os profissionais sobre casos clínicos, debater o projeto terapêutico dos clientes tomando-se decisões conjuntas para melhores respostas de tratamento e partilhar informação fundamental para um desenvolvimento profissional sempre em prol dos cuidados de excelência à pessoa. Estes momentos, que se revelaram de grande aprendizagem, demonstraram o importante contributo do EESMP uma vez que este tem a competência de se comprometer “(...) com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem (...).” (OE, 2011, p.6), demonstrando a sua relevância na equipa, ao contrário do que se costuma observar no âmbito dos cuidados gerais.

Deste modo, a mobilização de habilidades comunicacionais, a avaliação do impacto da saúde mental na família, a capacidade de empoderar, a prestação de cuidados especializados nos diversos contextos de atuação da saúde mental e o trabalho diferenciado desenvolvido dentro das equipas multidisciplinares, correspondem à aquisição e desenvolvimento da segunda e terceira competência específica do EESMP (OE, 2011).

Para finalizar, uma vez que o Enfermeiro Especialista é o enfermeiro que apresenta um conjunto de competências especializadas relativas a um domínio específico da intervenção, com um conhecimento aprofundado sobre esse campo e que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2011), especificamente na área de Saúde Mental e Psiquiatria, a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de “(...) cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (OE, 2011, p.7) distinguem a prática singular do EESMP comparativamente a outras especialidades. Neste sentido, a OE (2011) reitera que as pessoas que se

encontrem em períodos de sofrimento, alteração ou transtorno mental apresentam maiores ganhos em saúde se cuidados por EESMP, uma vez que estes desenvolvem uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, prevenção da doença mental, tratamento e reabilitação psicossocial, com diminuição do grau de incapacidade inerente a estas perturbações. Assim, o conjunto de intervenções não farmacológicas de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional, realizadas durante o ensino clínico e anteriormente descritas, analisadas e avaliadas, tiveram o desígnio de prestar cuidados de enfermagem especializados aos clientes, sempre numa perspetiva de melhoria contínua, e adquirir e desenvolver as competências específicas do EESMP.

Neste percurso, de forma abrangente, existiu a necessidade de adquirir e/ou desenvolver conhecimentos, atitudes, habilidades e competências com o propósito de progredir no processo de desenvolvimento profissional e pessoal. Outra das vertentes que necessitou de um grande trabalho pessoal foi o autoconhecimento, através da reflexão, tomada de consciência dos sentimentos e emoções que emergiam, dos valores pessoais e das capacidades e limitações, de modo a minimizar a interferência na relação com o outro, e assim caminhar no sentido da melhoria dos cuidados de enfermagem.

5. CONCLUSÃO

Na elaboração deste relatório, baseado nas intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional realizadas, foi possível explicar a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências do EESMP ao longo de todo este processo, ciente de que este foi o início de uma longa caminhada que carece de um contínuo investimento pessoal e profissional, por forma a alcançar uma excelência de cuidados.

As sessões de relaxamento, as sessões de psicoeducação e as sessões mediadas por técnicas expressivas desenvolvidas com a pessoa com dependência de substâncias psicoativas e com a pessoa com depressão, proporcionaram aos participantes a redução da ansiedade, momentos de bem-estar, a participação ativa no seu processo terapêutico, a dotação de informação sobre a doença, muniram-nos de estratégias e técnicas para lidar com situações de ansiedade e ocasionaram a reflexão e tomada de consciência sobre os seus sentimentos e emoções. Associado a estes benefícios para o cliente, a realização de intervenções de enfermagem individuais e em grupo, juntamente com os instrumentos de intervenção utilizados permitiram o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais que favorecem e contribuem para o estabelecimento da relação terapêutica enfermeiro-cliente. Neste seguimento e em concordância com os autores citados ao longo do trabalho é possível evidenciar a efetividade destas intervenções.

As intervenções desenvolvidas permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências na redução da ansiedade através da dinamização de sessões de grupo de relaxamento, psicoeducativas e mediadas por técnicas expressivas, com a pessoa com dependência de substâncias psicoativas e com a pessoa com depressão e consentiram compreender o modo como estas intervenções contribuem para o estabelecimento da relação terapêutica, alcançando assim os objetivos delineados.

Todas as intervenções desenvolvidas tiveram por base os pressupostos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman e o Modelo da Teoria das Relações interpessoais de Peplau. Enquanto o primeiro modelo apoiou a ajuda à pessoa para reequilibrar o seu sistema, uma vez que este estava afetado por stressores

(ansiedade), a segunda teoria fomentando a relação terapêutica, promovendo a qualidade de vida e desenvolvendo da independência e autonomia do cliente e, também, possibilitou o desenvolvimento pessoal e profissional que beneficia a relação e a comunicação com o cliente favorecendo assim o autoconhecimento.

Os resultados obtidos através das intervenções de enfermagem não-farmacológicas desenvolvidas, na redução da ansiedade, são um indicador e uma ferramenta valiosa para a efetividade das mesmas na prática clínica do EESMP.

Este percurso implicou transpor para a prática clínica conhecimentos científicos, técnicos e relacionais e foi facilitado pela partilha de experiências com as orientadoras de estágio e outros enfermeiros do serviço que possibilitou uma evolução pessoal e profissional. A reflexão foi sem dúvida o processo que acompanhou todos os momentos desta caminhada e que viabilizou o desenvolvimento da tomada de consciência e do auto-conhecimento, contribuindo para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EESMP, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2011).

É importante realçar que para obter cuidados de excelência e resultados mais consistentes é necessário a continuidade da realização destas atividades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia- Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Príncípia Editora, Lda.
- Almeida, J. M. C. (2018). *A Saúde Mental dos Portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Almeida, V., Lopes, M. & Damasceno, M. (2005). Teoria da relações interpessoais: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da UCP*, 39, 202-210.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM 5*. M. I. C. Nascimento (5ª Ed.). Climepsi Editores.
- Andrade, L. (2000). *Terapias expressivas*. São Paulo: Vetor.
- Araújo, C., Pinto, E., Lopes, J., Nogueira, L., & Pinto, R. (2008). Estudo caso. Universidade do Minho / Instituto de Educação e Psicologia. (*Mestrado em Educação Área de Especialização em Tecnologia Educativa*.) Acedido em: 15/09/2018. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/219457056/Estudo-Caso>
- Araújo, N. G. (2011). Fobia específica: passo a passo de uma intervenção bem-sucedida. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, 7 (2), 37-45.
- Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2018). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*. Lisboa: SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido em: 12/05/2018. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/181/IV%20INPG%202016_17_PT.pdf
- Baptista, A., Carvalho, M. & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Revista Psicologia*, 19, 266-277.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática divina de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.
- Bloch, S. (1999). *Uma introdução às psicoterapias*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Borges, E. & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: Estratégia de intervenção no stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (10), 37-42.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores (1). 191-200.
- Braga, J., Neto, G., Lima, A., Oliveira, R., Alves, R. & Faria, J. (2016). Jogos cooperativos e relaxamento respiratório: efeito sobre craving e ansiedade. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 22 (5), 403-407. **Doi:** <http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220162205153151>
- Brown, R. & Gerbarg, P. (2017). *Respire- O poder curativo da respiração*. Alfragide: Lua de Papel.
- Bucho, J. (2009). *Arte-terapia: Criação e transformação*. Lisboa: Tuttirév Editorial.
- Cerqueira, G. (2015). *Fatores de influencia dos efeitos das substancias psicoativas no organismo*. Acedido em: 28/05/2017. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0920.pdf>
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica- Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.
- Coleman, J. (1993). The rational reconstructions of society. *American Sociological Review*, 58, 1-15.
- De Almeida, P. & Monteiro, M. F. (2011). Neuropsicologia e dependência química. *Dependência Química: Prevenção, tratamento e políticas publica*, 98-105.
- Decreto Lei n.º 15/2014. Diário da República, 1.ª série — N.º 57 — 21 de março de 2014, 2127-2131.
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2010). Cannabis abuse in patients with psychiatric disorders: An update to old evidence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (1), 41-45.
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal: Saúde Mental em Números - 2013. Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2014). *Portugal: Saúde Mental em números – 2014. Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2017). *Depressão E Outras Perturbações Mentais Comuns Enquadramento Global E Nacional E Referência De Recurso Em Casos Emergentes*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 20/03/2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Ana/Downloads/i023461.pdf>

Fernandes, J. (1990). *Os pós modernos ou a cidade, o sector juvenil e as drogas: estudo teórico-metodológico e pesquisa de terreno*. (Trabalho Académico). Disponível no RCAAP.

Filho, H. C. & Ferreira-Borges, C. (2004). *Usos, Abusos e Dependências: Alcoolismo e Toxicodependência*. (11ª ed.) Climepsi Editores.

Fonte, C. (2006). Comportamentos aditivos: conceito de droga, classificações de drogas e tipos de consumo. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 3, 104-112.

Furegato, A. R. F. (1999). *Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem*. Ribeirão Preto: Scala.

George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional*. (4ª ed.) Porto Alegre: Artmed Editora.

Gonçalves, M., Almeida, L., Simões, M., & Machado, C. (2006). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Vol. I (2ª ed.) Coimbra: Quarteto Editora.

Gouveia, J. (2000). *A ansiedade social: da timidez à fobia social*. Coimbra: Quarteto Editores.

Harrison, P., Geddes, J. & Sharpe, N. (2002). *Introdução à psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Hess, A., Almeida, R. & Moraes, A. (2012). Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. *Estudos de Psicologia*, 171-178.
- Hunsley, J., Elliott, K., & Therrien, Z. (2014). The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments for Mood, Anxiety, and Related Disorders. *Psychology/Psychologie Canadienne*, 55 (3), 161–176. .Doi: 10.1037/a0036933
- Joint Action On Mental Health And Wellbeing (2016). Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia. Acedido em: 13/03/2018. Disponível em: https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/RelatorioNOVA_PT-20160406150225.pdf
- Kaplan, H., Sadock, B., Grebb, J. (1997) – *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª Ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Kessler, R. C., Greenberg, P. E., Mickelson, K. D., Meneades, L. M. & Wang, P. S. (2001) - The Effects of Chronic Medical Conditions on Work Loss and Work Cutback. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43 (3), 218-225.
- Labate, R. C., Galera, S. A. F. & Avanci, R. C. (2004). Visita Domiciliária: Um Olhar da Enfermagem Psiquiátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (5), 627-628.
- Le Boterf, G., (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. Artmed Editora.
- Lemes, C. & Neto, J. (2017). Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde. *Trends in Psychology*, 25, 17-28. DOI: 10.9788/TP2017.1-02
- Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4 (3), 205-225. <http://dx.doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019>
- Matos, E. T. (1997). A colaboração escola-serviços. *Nursing*, 114, 31- 34.

Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa.

Montgomery, S. A. (1993). *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

Neeb, K. (2000). *Fundamentos de enfermagem de saúde mental*. Loures: Lusociência.

Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems model*. (5ª ed.) Boston: Pearson.

Occhini, M. & Teixeira, M. (2006). Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. *Estudos de Psicologia*, 11, 229-236.

Oliveira, M. I. S. (2011). Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: Relato de Caso. *Revista Terapias Cognitivas*, (7), 30-34. Acedido em 26/11/2017. Disponível em: http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=137

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico*. Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Regulamento Nº129/2011 de 18 de Fevereiro. (Diário da República, 2ª série, Nº 35 (18-02-2011), 8669-8673).

Organização Mundial de Saúde (1992). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e directrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial de Saúde (2000). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. (10ª ed) EDUSP

Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 02/10/2018. Disponível em https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

Organização Mundial de Saúde (2007). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Editora Roca, Lda.

- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento – Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Peplau, H. (1963). Interpersonal relations and the process of adaptation. *Nursing Science*, 1 (4), 272-279.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat Editores.
- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B. & Oliveira, A. (2015). Ansiedade, depressão e Stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16 (2), 148-163.
- Pratta, E. & Santos, M. (2009). O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (2), 203-211.
- Ramos, A. (2001). Empoderamento em Saúde: o papel do Enfermeiro. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, 1 (2), 26-31.
- Ramos, R. T. (2006). Antidepressants and dissiness. *J. Psychopharmacol*, 20 (5), 708-713.
- Ramos, R. T. (2009). Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Medicina*, 66 (11), 365-374.
- Read, H. (2001). *A educação pela arte*. São Paulo: Martins Fontes.
- Redman, B. (2002). *A Prática da Educação para a Saúde*. Lisboa: Lusociência.
- Ribeiro, J. (1995). Dependência ou Dependência? Incidências históricas na formalização dos conceitos. *Toxicodependências*, 3, 5-16.
- Rounsaville, B. (2004). Treatment of cocaine dependence and depression. *Biological Psychiatry*. 56 (10), 803-809. Doi: 10.1016/j.biopsych.2004.05.009
- Sadock, B., Sadock, V. & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria*. (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Santos, Z., Oliveira, V. & Pagliuca, L. (2004). Teria de Peplau – Análise crítica de sua aplicação no cuidado de uma pessoa com o diagnóstico de ansiedade. *Rev. RENE. Fortaleza*, 5 (2), 110-117. Acedido em 20/03/2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Ana/Downloads/5628-9365-1-SM.pdf>

Scheffer, M., Pasa, G., & Almeida, R. (2010). Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 26 (3), 533-541.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/default.aspx>

Shah, L., Klainin-Yobas, P., Torres, S. & Kannusamy, P. (2014). Efficacy of Psychoeducation and Relaxation Interventions on Stress-Related Variables in People With Mental Disorders: A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28 (2), 94-101. Acedido em: 15-06-2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2013.11.004>

Silva, A. L. P. (2010). O Tratamento da Ansiedade por intermédio da Acupuntura: Um Estudo de Caso. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30, 200-211.

Silva, D. (2013). *O inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto.

Sousa, A. (2005). *Psicoterapias ativas (arte-terapias)*. Editora Livros Horizonte.

Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Stein, D. (2010). *Manual de perturbações da ansiedade*. Cartaxo: Press CAre, Edições Médicas, Lda.

Teixeira, C. (2006). *A função terapêutica da arte*. Faculdade Integração Zona Oeste.

Teixeira, J. (2005). *Psicopatologia Geral. Introdução, Métodos e Modelos, Psicopatologia Descritiva*. Lisboa: Instituto Superior de Psicopatologia Aplicada.

Teng, C. T., Humes, E. C. & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32 (3), 149-159.

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Tudor, L. (2013). Formal–Non-formal – Informal in Education. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 76, 821– 826. **Doi:**10.1016/j.sbspro.2013.04.213

Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder: Na empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 69(6), 875-899. **Doi:** 10.1037//0022-006x.69.6875

World Health Organization (2004). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*. World Health Organization

World Health Organization (2017). *Depression*. Acedido em 19/09/2018. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization (2017). *Depression and other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Acedido em: 20/01/2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=47842DA328F3A41A66B28C8A19DDC079?sequence=1>

Xavier, M; Baptista, H; Mendes,J; Magalhães, P.& Caldas-de-Almeida, J. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7-19. Acedido em: 13/03/2018. Disponível em: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-4458-7-19>

APÊNDICES

Apêndice I- Cronograma de Estágio

Cronograma de Estágio

Ano	2017															2018												
Mês	Setembro	Outubro					Novembro					Dezembro					Janeiro				Fevereiro				Março			
Dias	25	1	2	9	16	23	30	1	6	13	20	27	1	4	11	18	25	2	8	15	22	29	1	5	12	19	26	1
	30		8	15	22	29	31	5	12	19	26	30	3	10	17	24	31	7	14	21	28	31	4	11	18	25	28	2
Semanas de Estágio	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a	13 ^a	14 ^a	15 ^a	16 ^a	17 ^a	18 ^a	19 ^a	20 ^a	21 ^a	22 ^a	23 ^a					
Locais de Estágio e Nº de horas	284 horas												Férias Letivas	144 horas				Relatório de Estágio 72 horas										



Apêndice II- Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do desenvolvimento do projeto / relatório de estágio, decorrente do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Lisboa, designado “Intervenções não-farmacológicas na redução da ansiedade em enfermagem de saúde mental”, que compreende a realização de sessões de relaxamento baseado em exercícios respiratórios, sessões de psicoeducação e sessões mediadas por técnicas expressivas, solicito a sua participação neste plano de intervenção.

A confidencialidade e o segredo profissional de toda a informação estarão presentes ao longo de todo o processo e após o mesmo. Os resultados serão apenas utilizados neste estudo.

A sua participação será voluntária e poderá abandonar o projeto em qualquer momento.

Declaro ter compreendido as informações que me foram transmitidas e aceito participar.

Assinatura do participante

Lisboa, _____ de _____ de 2017

Muito obrigada pela atenção dispensada.

Enfª Ana Luísa Pinheiro

Estudante de Enfermagem na área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria

**Apêndice III- Plano de Sessão das Sessões de
Relaxamento**

PLANO DE SESSÃO

-

“Relaxamento baseado em exercícios de respiração”



Dinamizador:

Enfª Ana Luísa Pinheiro

Estudante de Enfermagem na área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria

2 Sessões semanais com início a 16/10/2017 e término a 11/12/2017

Horário: 18h00 - 18h30. **Duração:** 30 minutos.

Local:

Ginásio, piso 1

Tema: “Relaxamento baseado em Exercícios de Respiração”.

Grupo-alvo: Utentes internados na _____ que aceitem participar nas sessões planeadas.

Critérios de Exclusão: Utentes sem condições físicas, intelectuais e emocionais, atividade delirante e/ou alucinatória e que apresentem doença degenerativa ou outra condição de saúde que impeça a participação em atividades de grupo ou que essas condições interfiram com a dinâmica do mesmo.

Objetivos:

- Promover o relaxamento como estratégia de redução da ansiedade;
- Introduzir técnicas de relaxamento respiratório;
- Treinar e ensinar técnicas de relaxamento com enfoque na respiração;
- Promover a aquisição de competências de utilização de técnicas de relaxamento no quotidiano, perante situações que desencadeiem ansiedade.

Indicadores de avaliação: Cada participante efetuará o preenchimento do Questionário STAI Forma Y1 e Y2 na sua primeira e penúltima sessão. Na última sessão de cada utente (tendo em consideração a alta clínica programada) é solicitado o preenchimento de um questionário de avaliação das sessões.

Dinamizador: Enf^a Ana Luísa Pinheiro, Estudante de Enfermagem na área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria.

Para a realização destas sessões é fundamental ter-se em conta o ambiente que deverá ser propício à realização do relaxamento, nomeadamente num espaço amplo, confortável, com temperatura adequada, pouca luz e silencioso. O relaxamento poderá ser feito numa cadeira, no entanto é preconizado que seja efetuado num colchão individualizado. Previamente será preparado este ambiente e todo o material necessário à intervenção, seja ele prático ou didático.

Após a apresentação do grupo e da dinamizadora, serão explicadas as regras para sessão, bem como pedido ao grupo que se coloque confortável, nomeadamente que esvazie a bexiga, que desaperte o cinto ou qualquer roupa/acessórios apertados, serão explanadas as fases e os objetivos das sessões e o seu objetivo.

**Apêndice IV- Guiões para as Sessões de
Relaxamento**

GUIA DE SESSÃO “Relaxamento baseado na consciencialização da respiração”

Nota Introdutória:

Antes de iniciar a sessão o orientador certifica-se se os participantes necessitam de ir ao wc, enquanto prepara a sala.

Seguidamente o orientador convida os participantes a deitarem-se em decúbito dorsal sobre os colchões que se encontram dispostos pela sala. Apresenta o relaxamento respiratório como intervenção: a técnica de relaxamento que vai ser utilizada assenta na consciencialização da pessoa sobre o processo de respiração, permitindo o contacto com este, ajudando-a a focar a atenção no controlo voluntário da respiração, com o intuito de alcançar o relaxamento.

Informa que se surgir algum desconforto durante a sessão, os participantes devem parar e em silêncio comunicar ao orientador. Este poderá também descrever os sinais de hiperventilação (p.ex. tonturas, dores de cabeça, perturbação visual, formigueiros, dores no peito, palpitações, entre outras), associados provavelmente pelo ao exercício estar a ser executado depressa ou demasiadamente profundo e, caso aconteça, informa que devem parar o exercício e descansar.

Em seguida coloca música de fundo e inicia as instruções dos exercícios.

“Explorar os movimentos respiratórios”

1º Peço que se coloquem o mais confortável possível, ... Fechem os olhos e concentrem a vossa atenção em vocês próprios... Sintam a respiração tranquila... Sigam o seu fluxo natural... inspirem... expirem...(repetir 3 vezes)... Agora coloquem as mãos, uma de cada lado logo a seguir as costelas (uma mão de cada lado sem se tocarem), com as pontas dos dedos afastada uns centímetros. Sintam as mãos a elevarem-se e a separarem-se à medida que o ar entra, e como se juntam quando o ar sai... ao ritmo natural de cada um. (2 minutos)

2º De seguida coloquem a mão direita sobre a parte mole entre as costelas e o umbigo e a mão esquerda sobre a frente do tórax, por baixo das clavículas... Repare no que acontece por debaixo das suas mãos quando respira, ao seu ritmo natural... Quando o ar entra sintam a expansão a aumentar, primeiro debaixo da

GUIA DE SESSÃO “Relaxamento baseado na consciencialização da respiração”

mão direita, depois elevando-se com o tórax até alcançar a área que se encontra sob a sua mão esquerda. (2 minutos)

“Bolsa de respiração”

3º Agora, coloquem os braços ao longo do corpo ou poísem as mãos suavemente sobre o abdómen... concentre-se no vosso ritmo respiratório, calmamente sem o tentar alterar... Tome consciência da dilatação da parte superior do vosso abdómen quando deixam o ar entrar e, quando o ar sai... repare como ele se afunda... Imaginem agora uma bolsa oca dentro do vosso abdómen. Quando o ar entra (inspira), viaja para dentro, enchendo a bolsa, fazendo com que o abdómen se dilate...quando o ar sai (expira), a bolsa esvazia-se e o abdómen recolhe. (3 minutos)

“Tensão para fora, Paz para dentro”

4º Por fim, ouça a sua respiração sem alterar o padrão normal, calmamente... imaginem as vossas tensões e saírem quando o ar sai.... Imaginem a leva-las para fora, um bocadinho por cada inspiração... e agora imaginem que todas as vezes que deixam o ar entrar, estão a inspirar paz, um bocadinho por cada inspiração... expire tensão... inspire paz... (repetir 3 vezes)... respire calmamente... sentindo paz a percorrer todo o vosso corpo... mantendo sempre a vossa respiração normal. (3 minutos)

Finalização (o dinamizador fica em silêncio durante alguns momentos)

5ª Agora procurem recordar a sensação de paz e, calmamente, ao ritmo de cada um, podem abrir os olhos, espreguiçar... e quando quiserem podem-se sentar nos vossos colchões.

(Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento – Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. (2ª ed.).

Loures: Lusociência)

GUIA DE SESSÃO “Relaxamento através da respiração”

Nota introdutória:

Antes de iniciar a sessão o orientador certifica-se se os participantes necessitam de ir ao wc, enquanto prepara a sala.

O orientador convida os participantes a se colocarem numa posição confortável, preferencialmente deitados nos colchões, ou se preferirem sentados numa cadeira. Prossegue com a apresentação sobre os objetivos do relaxamento como intervenção: 1- Medida preventiva, para proteger os órgãos do corpo de desgaste desnecessário, principalmente os órgãos envolvidos em doenças relacionadas com o stress; 2- Tratamento, para ajudar e aliviar o stress em situações de hipertensão, insónia, asma, pânico e outras; 3- Competência para lidar com a ansiedade e o stress, para acalmar a mente e permitir que o pensamento se torne mais claro e eficaz (cit, in Brown & Gerbarg, 2017).

Informa que se surgir algum desconforto durante a sessão, os participantes devem parar e em silêncio comunicar ao orientador. Este poderá também descrever os sinais de hiperventilação (p.ex. tonturas, dores de cabeça, perturbação visual, formigueiros, dores no peito, palpitações, entre outras), associados provavelmente pelo ao exercício estar a ser executado depressa ou demasiadamente profundo e, caso aconteça, informa que devem parar o exercício e descansar.

Em seguida coloca música de fundo e inicia as instruções dos exercícios.

Exercício:

Coloque-se numa posição confortável;

Feche os olhos, ouça a música e siga as instruções;

Imagine-se num local amplo que lhe transmita bem-estar e tranquilidade (ex. um grande campo de relva)

(pausa)

Agora, afirme mentalmente, eu estou completamente tranquilo e sinto-me bem!
(repetir 2 vezes)

□ Concentre-se na sua respiração, calmamente, ao seu ritmo, feche a boca e respire pelo nariz. Concentre-se no movimento do ar a entrar e a sair, passando pelas vias respiratórias até aos pulmões (manter este exercício durante alguns minutos). (Se não conseguir respirar pelo nariz, poderá fazer a respiração através da boca, com os lábios ligeiramente separados). Procure que a respiração se faça de forma fluente, suave e sem interrupções, nunca forçada. O mais importante é cada um encontrar o seu tempo de inspiração e expiração que vos faça sentir confortáveis.

□ Centre-se na sua respiração, inspire lentamente e sinta o ar entrar chegando a todas as partes do seu corpo...(pausa)...agora expire pausadamente, sentido o ar a sair do seu corpo e com ele todas as suas tensões.... (repetir 3 vezes)

□ Afirme mentalmente, eu estou completamente tranquilo e sinto-me bem;

□ Com calma, conte lenta e silenciosamente na sua mente, enquanto inspira... dois... e expira... dois...

inspira... dois... e expira... dois...

□ Com calma, conte lentamente, enquanto inspira... dois... três... e expira... dois... três...

inspira... dois... três... e expira... dois... três...

inspira... dois... três... e expira... dois... três...

□ Afirme mentalmente, eu estou completamente tranquilo e sinto-me bem;

□ Com calma, conte lentamente, enquanto inspira... dois... três... quatro... e expira... dois... três... quatro...

inspira... dois... três... quatro... e expira... dois... três... quatro

inspira... dois... três... quatro... e expira... dois... três... quatro.

inspira... dois... três... quatro... e expira... dois... três... quatro.

□ Calmamente, conte ainda um pouco mais devagar, enquanto inspira... dois... três... quatro... e expira... dois... três... quatro.

inspira... dois... três... quatro... e expira... dois... três... quatro

inspira... dois... três... quatro... e expira... dois... três... quatro

inspira... dois... três... quatro... e expira... dois... três... quatro.

- Repita para si mesmo: “ **Sinto-me calmo, tranquilo, em paz**”

Finalização

- Quando estiver preparado, lentamente, deixe-se voltar a ter consciência do local onde estamos;
- Diga a si próprio **Sinta-me calmo, tranquilo, em paz**
- Abra os olhos calmamente, ao vosso ritmo, deixe-os percorrer o interior da sala, olhando uns para os outros
- Feche e abra as mãos levemente, dobre e estique os braços algumas vezes, depois as pernas, alongue suavemente o corpo.
- Espreguice-se, ativando todos os músculos e a circulação;
- Vire-se de lado e sente-se devagar, no seu colchão.

(Adaptado de Brown, R. & Gerbarg, P. (2017). *Respire- O poder curativo da respiração*. Alfragide: Lua de Papel)

**Apêndice V - Grelha de Observação das Sessões de
Relaxamento**

- GRELHA DE OBSERVAÇÃO -

“Relaxamento baseado em exercícios de respiração”

Data:

NOME	Nº DE SESSÕES	INSTRUÇÕES		CONCENTRAÇÃO/ ATENÇÃO				SINAIS DE DIFICULDADE/ RESISTÊNCIA EM RELAXAR					OBSERVAÇÕES	
		DIFICULDADE EM CUMPRIR	CUMPRE	MUITO DIFÍCIL	DIFÍCIL	RAZOÁVEL	ELEVADA	ADORMECE	SINAIS DE TENSÃO MUSCULAR (POSIÇÃO VERTICAL DOS PÉS; MÃOS EM EXTENSÃO; FACE COM FEIÇÕES COM RUGAS)	MOVIMENTOS CONSTANTES DE VÁRIAS PARTES DO CORPO	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA PROGRESSIVAMENTE MAIS RÁPIDA	RISOS FREQUENTES DIFÍCEIS DE CONTROLAR		ACCESOS DE TOSSE CONSTANTES (SEM CAUSA FÍSICA)

Observações gerais:

**Apêndice VI- Questionário de avaliação das Sessões
de Relaxamento**

AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE – SESSÕES DE RELAXAMENTO

Após a sua participação nas sessões de relaxamento, gostaria que respondesse a algumas questões, com o objetivo de avaliar a mesma. Assinale com uma a sua resposta.

1) Considera estas sessões uma atividade do seu interesse?

SIM

NÃO

2) Gostou do modo como foram realizadas?

SIM

NÃO

3) Sentiu dificuldades na realização das sessões?

SIM

NÃO

4) Considera que esta atividade lhe proporcionou momentos agradáveis e de relaxamento?

SIM

NÃO

5) No seu quotidiano, considera a hipótese de realizar esta atividade?

SIM

NÃO

6) De um modo sucinto, relate os aspetos, das sessões de relaxamento, que considerou mais positivos e os que poderiam ser melhorados.

Data: _____

Grata pela sua colaboração!

Enf^a Ana Luísa Pinheiro

Estudante na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Apêndice VII- Apresentação Power-Point da Sessão
Psicoeducativa “Ansiedade – Todos a
vivenciamos!!”**

ANSIEDADE



Todos a vivenciamos!!

ANSIEDADE

Sumário:

- Definição
- Situações potenciadoras de ansiedade
- Sinais e Sintomas
- Ciclo ansiedade
- Estratégias para reduzir a ansiedade



ANSIEDADE

Resposta adaptativa a uma ameaça que prepara o organismo para a fuga ou luta.

(Sadock, Sadock & Ruiz, 2017)

É gerada automaticamente como resposta a um estímulo e provoca também uma resposta a esse mesmo estímulo.

(Montgomery, 1995)

Todas as pessoas no mundo, em algum momento das suas vidas, já experienciaram sentimentos de ansiedade, contudo sem efeito duradouro.

ANSIEDADE

Caracteriza-se por um sentimento de preocupação, uma sensação desagradável de tensão e apreensão, fazendo antecipar um perigo futuro, que pode ou não acontecer, mas também pode surgir a partir de algo que acontece no "agora".

Enquanto resposta emocional, a ansiedade pode estimular-nos na realização de uma tarefa, tornando-nos melhores e mais atentos, pois ativa o corpo e a mente a responder à situação.

ANSIEDADE

Sentimentos que a pessoa com ansiedade pode vivenciar:

- ✓ Tristeza
- ✓ Culpa
- ✓ Vergonha
- ✓ Medo
- ✓ Fúria

mas também:

- ✓ Curiosidade
- ✓ Interesse
- ✓ Excitação



ANSIEDADE

**EM QUE SITUAÇÕES DA SUA VIDA
SENTE/SENTIU ANSIEDADE?**



ANSIEDADE

Que situações são potenciadoras de ansiedade?

- Questões financeiras;
- Trabalho;
- Relacionamentos interpessoais;
- Solidão;
- Doença;
- Luto;
- Entre outras...

ANSIEDADE

COMO SE SENTE PERANTE SITUAÇÕES QUE LHE CAUSAM ANSIEDADE?



ANSIEDADE

SINAIS E SINTOMAS

FÍSICOS	PSÍQUICOS
Falta de ar / respiração ofegante	Insónia
Dor no peito	Irritação
Rubor da face	Inquietação
Dor de cabeça	Perda da concentração
Sudorese	Perda de confiança
Tensão muscular e cansaço persistente	Condutas compulsivas (alimentos, tabaco, álcool, drogas)
Tremores	Pensamentos negativos
Taquicardia / Palpitações / HTA	Diminuição da capacidade de pensar com clareza
Alterações gastrointestinais	Sentir-se preocupado

ANSIEDADE

Reação natural e necessária ao corpo, mas quando surge sem causa aparente ou em intensidade exagerada, traz consequências comprometedoras para a vida da pessoa.



ANSIEDADE

Ameaça



ANSIEDADE E ALCOOLISMO

Muitas pessoas que experimentam estados constantes de ansiedade sobre situações sociais, trabalho, relacionamentos e/ou outros aspectos da vida quotidiana usam, muitas vezes, uma cerveja ou um copo de vinho para negar o seu mal-estar (atitude de fuga).



Diapositivo apresentado só no serviço de internamento.

ANSIEDADE E ALCOOLISMO

Aparentemente, o álcool ajuda a pessoa a enfrentar os problemas a curto prazo e assim aliviar a ansiedade, parece ter um efeito relaxante e tranquilizante, contudo apresenta muitos **efeitos negativos** e com o tempo essa estratégia pode trazer gravíssimas consequências.



Diapositivo apresentado só no serviço de internamento.

ANSIEDADE E ALCOOLISMO

O recurso ao consumo de bebidas alcoólicas (ou de qualquer substância psicoativa) contra a ansiedade aumentam 3 a 6 vezes o risco de dependência (doença do alcoolismo/adicção).

Emoções negativas, nomeadamente a ansiedade, são um fator predominante que surge antes do primeiro consumo.

↓
Recaída



Diapositivo apresentado só no serviço de internamento.

ANSIEDADE E ALCOOLISMO



Diapositivo apresentado só no serviço de internamento.

ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Apesar da ansiedade e a depressão serem distintas do ponto de vista fenomenológico, na prática estes dois construtos são difíceis de dissociar.



Diapositivo apresentado só no serviço comunitário.

ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Existem autores que referem não existir depressão sem ansiedade, nem ansiedade sem depressão.

(OMS, 2000)

Alguns estudos evidenciam, também, que sintomas de ansiedade estão frequentemente presentes na depressão.

(Montgomery & Asberg, 1979 citada por Montgomery, 1995)



Diapositivo apresentado só no serviço comunitário.

ANSIEDADE E DEPRESSÃO



Diapositivo apresentado só no serviço comunitário.

ANSIEDADE

O QUE FAZ PARA REDUZIR A ANSIEDADE??



"UMA PESSOA NÃO PODE DECIDIR NÃO SER MAIS ANSIOSA"

(Anxiety Care UK)



ANSIEDADE

Estratégias / Técnicas para reduzir a ansiedade:

- Utilizar técnicas de relaxamento (tomando consciência da sua respiração, concentrar-se na respiração e respirar profunda e calmamente), proporciona relaxamento - trás maior clareza de pensamento;
- Reconhecer os sinais de ansiedade;
- Conversar / Partilhar (sentimentos e emoções);
- Fazer exercício físico, atividades prazerosas, alimentar-se e dormir bem - melhoram a sensação de bem-estar;



ANSIEDADE

Estratégias / Técnicas para reduzir a ansiedade:

- Aumentar as informações e conhecimento sobre os problemas que lhe estão a afetar, para os analisar melhor (não sobrevalorizar);
- Aceitar que não se pode controlar tudo - a solução nem sempre está em vós;
- Admitir a possibilidade de que nem sempre as coisas acontecem como nós imaginamos;

ANSIEDADE

Estratégias / Técnicas para reduzir a ansiedade:

- Enfrentar os seus medos, evitar fugir às situações que lhe causam ansiedade;
- Munir-se com "ferramentas" internas que o fortaleçam;
- Peça Ajuda.



Nem todos os dias são bons, mas há *algo bom* em cada dia.

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!!

**Apêndice VIII- Apresentação Power-Point da Sessão
Psicoeducativa “O meu EU!!”**



O MEU "EU"



CONSEQUÊNCIAS DO USO DO ÁLCOOL

Apesar da sua conotação liberal/licita, o álcool altera a consciência e provoca graves efeitos sobre o bem-estar físico, emocional e social.

✘ Dependência;



✘ Diminuição do desempenho profissional (diminuição da concentração, atenção, desemprego);

✘ Perda de memória (destruição dos neurónios);



2

CONSEQUÊNCIAS DO USO DO ÁLCOOL

✘ Alterações do Sistema Nervoso Central (diminuição da resposta aos estímulos, tremores, desequilíbrio, descontrolo dos esfíncteres);



✘ Problemas orgânicos (alterações gastrointestinais, alterações cardiovasculares; alterações hepáticas (esteatose; cirrose e neoplasia);

✘ Dificuldade em controlar os impulsos;

3

CONSEQUÊNCIAS DO USO ABUSIVO DO ÁLCOOL

✘ Problemas relacionados com o sono e a sexualidade;



✘ Isolamento social
(degradação familiar);



✘ Problemas económicos, sociais e judiciais
(dívidas; acidentes de viação; regulação
do poder paternal; comportamentos de risco,
conduta agressiva/violenta).

4

CONSEQUÊNCIAS DO USO DO ÁLCOOL

Autoestima

Autoconfiança

Autoimagem

Autoconceito

5

Autoestima



6

Autoestima



- É a valorização, geralmente positiva, que temos de nós mesmos, isto é, a opinião emocional favorável que cada pessoa tem de si própria.
- A autoestima é um sentimento valorativo do conjunto das nossas características físicas, mentais, comportamentos, emoções e crenças que formam a personalidade.
- A autoestima positiva é importante para uma vida satisfatória. Quanto maior for a nossa autoestima melhor trataremos as outras pessoas, com respeito, estima e boa vontade, pois não veremos os outros como ameaça (não precisamos de "pisar" o outro para nos sentirmos melhor).

7

Autoestima



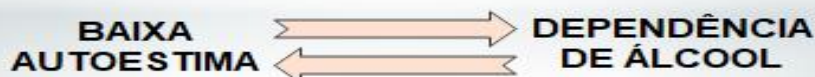
Autoestima é o que cada um pensa e sente sobre si mesmo.



Autoestima

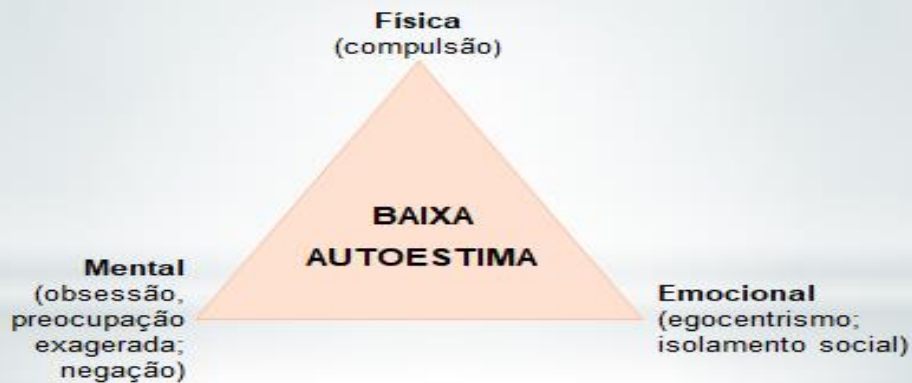


- Por sua vez, a baixa autoestima é um problema comum, na maioria dos alcoólicos/aditos.
- O transtorno com o álcool tem uma influência negativa na autoestima positiva. Assim, quanto maior o transtorno com álcool, menor o autoestima, por outro lado, a autoestima negativa/baixa favorece a auto depreciação do sujeito, condição que poderá ser causa da dependência do álcool.



9

Autoestima



10

Autoestima



Como melhorar a autoestima:

- ✓ Fazer afirmações positivas de uma forma persistente e determinada;
- ✓ Aceitar elogios das outras pessoas;
- ✓ Pedir e aceitar ajuda e confiar nas suas competências individuais e recursos;
- ✓ Estabelecer novos objetivos;
- ✓ Passar algum tempo sozinho (com os seus pensamentos e sentimentos, por ex. através de técnicas de relaxamento);
- ✓ Desenvolver a autoconfiança e acreditar no poder da intuição;
- ✓ Agir segundo aquilo que considera correto.

Pessoas positivas atraem pessoas positivas.

Autoestima



Quando a autoestima é saudável, o medo de aceitar novos desafios e desenvolver novas aptidões é compreendido como o impulso para a confiança.

Uma autoestima saudável provoca sentimentos de autoconfiança, resiliência, ser amado e dar amor e motivação para enfrentar os desafios do dia-a-dia.

12

Autoconfiança



13



Autoconfiança

Confiança em si mesmo; convicção que uma pessoa tem, de ser capaz de fazer ou realizar alguma coisa.



Consiste numa atitude positiva em relação às próprias capacidades e desempenho.

Pessoas autoconfiantes são decididas, sem serem arrogantes, são seguras, têm facilidade em expressar as suas opiniões, enfrentar desafios, dominar novos trabalhos e tomar decisões sensatas mesmo sob pressão.

14



Autoconfiança

A autoconfiança é inconstante ao longo da vida, decorrente das experiências, como rejeições, perdas, conflitos, crises e erros, e a forma como as enfrentamos, podem afetar a autoconfiança.

Por isso é fundamental enfrentar os nossos medos e superar as nossas fragilidades.

A autoestima exerce uma influência fundamental na autoconfiança, assim, gostar de si mesmo e acreditar que consegue é essencial para o êxito.



15



Autoconfiança

A pessoa dependente de substâncias psicoativas, nomeadamente de álcool, apresenta uma maior autoconfiança e melhora a sua opinião sobre si mesma (efeito placebo), no entanto tal opinião é só sua e não é partilhada pelos outros.



Autoconfiança

Como melhorar a autoconfiança:

- ✓ Estar disposto a correr riscos. Errar em alguma decisão é inevitável, mas quando assume o direito de decidir, vai corrigindo os seus caminhos e adquirindo autoconfiança.
- ✓ A tomada de decisão, melhora à medida em que a pratica com mais frequência. Quanto mais decisões toma, mais percebe que controla a sua vida.
- ✓ Defina objetivos realistas, por vezes é necessário reformula-los para os alcançar.

17



Autoconfiança

Como melhorar a autoconfiança:

- ✓ Combata os pensamentos negativos e as auto-verbalizações negativas que podem destruir a sua confiança. Lutar pelos seus objetivos nem sempre será uma tarefa fácil, mas com persistência é possível alcançá-los. Quem confia em si mesmo, não desiste dos seus projetos.



18



Autoconfiança

A autoconfiança é necessária em tudo que fazemos. Na profissão, nos relacionamentos ou em qualquer outra situação nada nos motivará melhor que a nossa própria convicção de que podemos ser ou fazer algo.

A dose certa de autoconfiança, permite perceber os riscos de forma racional, fortalecendo-o no sentido de os enfrentar, estando mais preparado e mais forte.

Já experimentou confiar em si?

TENTE..

Não sabe do que é capaz!

Autoimagem



20

Autoimagem



- A autoimagem é quem ou o que cada um pensa ser, descrição que a pessoa faz de si mesma (**Retrato mental**).
- São o conjunto de ideias, conceitos, atitudes, opiniões e imagens que uma pessoa tem de si mesmo, bem como a imagem que pensa que transmite aos outros.
- A autoimagem é a ligação da noção que a pessoa tem de si mesma com a percepção dos outros em relação a ela.

21

Autoimagem



É baseada na experiências vivenciadas, estímulos presentes e expectativas futuras.

- Inclui:
- Traços psicológicos
 - Imagem corporal
 - Qualidades e defeitos
 - Possibilidades e limitações
 - Forças e fraquezas

O reconhecimento de nós mesmos, tendo em consideração os valores culturais e estéticos, as nossas potencialidades, emoções e sentimentos.

22

Autoimagem



Alterações físicas na pessoa com dependência alcoólica:

- Emagrecimento (má alimentação);
- Ascite e icterícia (alterações hepática);
- Vermelhidão da face;
- Pele seca, áspera e descamativa (desidratação);
- Rugas e olheiras.



23

Autoimagem



DESCUIDO COM A HIGIENE PESSOAL



A imagem corporal que cada um tem de si, nem sempre corresponde ao que é observável pelos outros!!

Autoconceito



25



Autoconceito

É a "perceção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si."

É um constructo que ajuda a compreender aspetos importantes do comportamento humano, como a uniformidade, a consciência e a coerência da conduta observável. (Vaz Serra, 1988)



Modo como as outras pessoas observam um indivíduo.



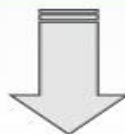
Noção que o indivíduo tem do seu desempenho em situações específicas.



Confronto da conduta da pessoa com a dos pares sociais.



Avaliação de um comportamento específico em função de valores veiculados.



Aprendam a conhecer o vosso EU sem a dependência de substâncias!!

27

ENSADOR



*O sucesso nasce do
querer, da determinação
e persistência em se chegar
a um objetivo. Mesmo não
atingindo o alvo, quem busca
e vence obstáculos, no mínimo
fará coisas admiráveis.*

José de Alencar

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!!

**Apêndice IX- Plano de Sessão da Dinâmica de Grupo
«Á Descoberta de Nós Próprios»**

“À DESCOBERTA DE NÓS PRÓPRIOS”

Objetivo Geral:

- Estimular a percepção individual e interpessoal e promover a união do grupo.

Objetivo Especifico:

- Estimular as clientes a expressar e partilhar sentimentos e opiniões.
- Permitir que as clientes reconheçam as suas próprias qualidades.
- Estimular a união do grupo e a criação de laços afetivos mais fortes.
- Promover o diálogo e o convívio entre as clientes.
- Incentivar à reflexão acerca dos seus próprios sentimentos.

Descrição da Atividade:

- ✓ Os participantes deverão sentar-se em cadeiras, ao redor de uma mesa
- ✓ Será distribuída uma folha, com uma tabela específica, e uma caneta, por cada uma das participantes;
- ✓ Na primeira linha da tabela, cada participante deve escrever o seu nome e fazer um desenho que o identifique;
- ✓ Quando terminar, deverá passar a folha ao participante que estiver do seu lado direito que, por sua vez, irá escrever, na linha do meio, uma palavra que descreva uma qualidade da pessoa identificada na primeira linha, passando, posteriormente, ao participante seguinte, até rodar todas os participantes e voltar à pessoa inicial;
- ✓ Quando a folha chegar à pessoa respetiva, esta deverá escrever, na última linha, uma qualidade própria que a defina;
- ✓ Por fim, um de cada vez, todos os participantes irão mostrar a sua folha e ler, em voz alta, as qualidades identificadas;
- ✓ Posteriormente, proceder-se-á a uma partilha acerca das emoções sentidas.

“À DESCOBERTA DE NÓS PRÓPRIOS”

NOME: _____

DESENHO QUE ME DEFINE:

QUALIDADES:

A MINHA MAIOR QUALIDADE:

Apêndice X- Jornal de Aprendizagem



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM E ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA
ANO LETIVO 2017 / 2018

UNIDADE CURRICULAR:

ESTÁGIO COM RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIATRIA

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Discente:

Ana Luísa Pinheiro nº 7759

Docente:

Professor Doutor Luís Nabais

Enfermeiro Orientador:

Enfermeira Chefe Especialista SMP

Lisboa

Outubro de 2017

Jornal de Aprendizagem segundo Ciclo Reflexivo de Gibbs

1 - Descrição	<p>A 16 de Outubro de 2017, iniciei a orientação de sessões de relaxamento, como intervenção de âmbito psicoterapêutica na redução da ansiedade, na , no contexto do ensino clínico, no seguimento da implementação do projeto de estágio elaborado no semestre anterior.</p> <p>Antes do início da sessão propriamente dita, reuni-me na sala de atividades com o grupo de utentes internados no momento naquela instituição (7), onde pedi o consentimento de cada um para a participação na mesma, apresentei a atividade que iria orientar, bem como os seus objetivos. Naquele momento distribui e auxiliei os participantes no preenchimento do questionário de auto-avaliação de STAI Y. Posteriormente, encaminhámo-nos para o ginásio, já previamente preparado, onde se realizou a sessão. Esteve presente a Enfermeira A. que estava escalada nesse dia.</p> <p>Fiz uma nota introdutória sobre o relaxamento e a sessão em si, coloquei a música e literalmente segui o guião da sessão, sem pausas, sem repetição das técnicas, dos exercícios. Permaneci sentada junto ao computador, num dos cantos da sala, que não me permitia a visualização total de todos os participantes. A sessão tinha um tempo estimado de 30 minutos para a sua realização, apesar desta ter durado efetivamente 15 minutos, situação que foi evidenciada por uma participa que referiu “Já acabou?!”.</p>
2 - Sentimentos	<p>É fulcral para o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional, refletir sobre o que vivi, pensei e senti durante a orientação de intervenções de âmbito psicoterapêutico em grupo, especificamente sobre as sessões de relaxamento baseadas em exercícios de respiração, a fim de identificar o meu padrão de pensamento e assim identificar aspetos positivos e definir estratégias de mudança e melhoria da minha ação.</p> <p>Mesmo antes de iniciar a sessão experienciei diversos sinais e sintomas de ansiedade, nomeadamente preocupação e medo, de como se iria desenrolar a sessão e se seria capaz de a ministrar e gerir sozinha, bem como as reações dos próprios participantes e, fisicamente, também senti alguma</p>

	<p>tensão muscular. No entanto, contrariamente senti motivação para dar início à dinamização desta atividade terapêutica.</p> <p>Inicialmente senti algum bloqueio e até vergonha. A voz saiu trémula e as palavras apressadas.</p> <p>Estes sentimentos e emoções apoderaram-se de tal forma que me concentrei unicamente no guia da sessão, pelo que li palavra por palavra, sem pausas, não dando tempo para a repetição e apreensão das instruções dadas.</p>
<p>3 – Avaliação; 4 – Análise</p>	<p>Foi um momento enriquecedor, pois para além de ser mais uma aprendizagem enquanto profissional, na gestão de grupos, na orientação de intervenções e atividades de âmbito psicoterapêutico, que me dão oportunidade de melhoria continua e crescimento, reforçou também a minha capacidade pessoal de enfrentamento de novas situações e gestão da minha própria ansiedade.</p> <p>Afastada agora da situação, tomo consciência que o meu estado de ansiedade, interferiu no meu desempenho e conseqüentemente no resultado que deveria/poderia ter no outro, prejudicando dinâmica do grupo, bem como a eficácia da intervenção terapêutica.</p> <p>Esta situação acabou por me trazer alguma frustração para comigo própria, no entanto, também senti satisfação pela capacidade de gestão do grupo, principalmente no momento da partilha, e organização da própria intervenção, o que permitiu reforçar a minha auto-estima bem como auto-confiança, a fim de aperfeiçoar nas sessões seguintes.</p> <p>Esta análise surge de uma reflexão individual, mas também da partilha efetuada com a Enfermeira que estava presente.</p>
<p>5 - Conclusão</p>	<p>Após refletir sobre este momento, considero um momento de grande aprendizagem, desenvolvimento pessoal e profissional, mas principalmente na auto-consciência de mim na interação com o outro, como o “meu eu” tem interferência no outro e também o que o outro desperta em mim.</p> <p>Apesar de haver muitos aspetos a melhorar nas próximas sessões, foi sem dúvida um momento muito enriquecedor.</p>

6 – Planear a ação	<p>Apesar da dificuldade que senti na gestão das minhas emoções e pensamentos, e das mesmas terem interferido no desenrolar da intervenção, esta experiência foi de facto positiva, pois as aprendizagens recolhidas vão permitir corrigir alguns aspetos, nomeadamente não ficar “presa” ao guião, dar as instruções mais pausadamente e repeti-las, percorrer a sala de forma a visualizar todos os participante e até poder auxilia-los na execução das técnicas.</p>
---------------------------	--

Apêndice XI- Reflexão Crítica I



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM E ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA
ANO LETIVO 2017 / 2018

UNIDADE CURRICULAR:

ESTÁGIO COM RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIATRIA

REFLEXÃO CRÍTICA

Discente:

Ana Luísa Pinheiro nº 7759

Docente:

Professor Doutor Luís Nabais

Enfermeiro Orientador:

Enfermeira Especialista SMP

Lisboa

Janeiro de 2018

REFLEXÃO CRÍTICA

A interação que irei descrever ocorreu no dia 3 de Janeiro de 2018, no contexto do Ensino Clínico no

, na sequência de uma visita domiciliária.

Considerarei um momento desafiante e passível de retirar diversas aprendizagens quer profissionais, quer pessoais.

Esta visita ocorreu no seguimento de um pedido de ajuda do pai do Sr. D.. Este recorreu á instituição referindo que o filho apresentava comportamentos desajustados quer em família quer em sociedade. A descrição deste pai fazia referência também a um comportamento patológico por parte da esposa e da sogra, de sobreproteção do filho e de negação da doença do mesmo. Apesar do Sr. D. anteriormente ter aceite ser seguido em psiquiatria, atualmente rejeita qualquer seguimento e não adere á terapêutica instituída, sendo esta administrada na comida ás escondidas do próprio.

A equipa, constituída por uma Enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria, um médico psiquiatra e eu, deslocou-se assim á casa da família á hora marcada. Fomos amavelmente recebidos pelos pais do Sr. D. e mais tarde juntou-se a nós a avó. A mãe e a avó apresentaram surpresa pela nossa presença (estas não tinham conhecimento da nossa visita). O Sr. D., um jovem com idade aparente á real, vígil e orientado no tempo e espaço, auto e alopsiquicamente, apresentou-se reativo á nossa presença, com discurso rígido e áspero, demonstrando uma atitude e postura desconfiadas e de distanciamento, com alguma agitação psicomotora, referindo repetidamente que não estava doente e não precisava de ser visto por nenhum psiquiatra (sem critica nem insight), tendo recusado veemente interagir/conversar connosco, saído assim da sala.

Depois de vários minutos de intervenção com os pais onde explicamos o objetivo da visita (uma vez que a mãe não tinha conhecimento da mesma), a importância do Sr. D. ser observado e acompanhado em consulta de psiquiatria e até eventual necessidade de internamento, a mãe, muito colaborante, apresentou um discurso calmo e coerente, mas de desculpabilização dos comportamentos do filho realçando a sua funcionalidade e a boa relação que tem com o mesmo, apesar de numa forma ténue admitir a necessidade de avaliação médica, mas rejeitar por completo a possibilidade de internamento. Contrariamente o pai manteve-se numa

atitude observadora, mostrando-se muito depreciativo relativamente ao que a esposa dizia, através de expressões faciais, braços permanentemente cruzados e movimentos constantes do corpo, por outro lado as poucas palavras proferidas por este foram em tom agressivo para com a sogra, mandando-a frequentemente calar.

Todos os elementos da equipa multidisciplinar entrevistaram de forma calma, sem julgamentos ou pressões e de forma congruente e quando decidiam terminar a visita o Sr. D. regressou á sala, conversando connosco, desde as escadas que davam ao segundo andar, evitando a aproximação e mantendo-se num patamar mais elevado, descendo progressivamente as escadas, aproximando-se calmamente. Tal facto deveu-se à equipa ter mantido a mesma atitude e comportamento calmo, confiante e empático, solicitando diversas vezes para que o Sr. D. se aproximasse de nós e se sentasse para conversar. O utente manteve reiteradamente o discurso que não ia a nenhuma consulta, que estava bem e que se tinham enganado na pessoa. Apesar de no momento não ter havido mudanças no discurso do Sr. D., penso que esta intervenção teve impacto terapêutico pois o utente aproximou-se de tal modo que permitiu o contacto físico no momento da despedida.

Após mais de uma hora de visita, saímos deixando em aberto a possibilidade quer do utente quer da família nos contactarem para definirmos estratégias benéficas para todos. Naquele momento tive a oportunidade de me aproximar da mãe e através do toque lhe demonstrar/confirmar a minha compreensão, mas também de lhe transmitir apoio e confiança.

Já com a equipa fora de casa o pai do utente vem ter connosco e insiste na necessidade de internamento do filho, mas principalmente numa “descompensação psicológica” sic, da sua esposa que tem prejudicado grandemente o filho. Ficou combinado com este uma consulta nas próximas 2 semanas com o utente e os pais ou só estes últimos.

Depois desta intervenção um turbilhão de pensamentos, sentimentos e emoções emergiram em mim, em relação ao Sr. D. mas principalmente á mãe deste e relativamente á dinâmica familiar existente. Senti uma angústia por ver aquela mãe num grande sofrimento, pois tem noção da necessidade de acompanhamento do filho, mas por outro lado quer protege-lo na esfera familiar e assim entra na negação de uma possível doença psiquiátrica do filho. Senti também alguma desilusão por naquele momento, não termos conseguido um resultado mais profundo, nomeadamente persuadir o Sr. D. a ser avaliado psiquiatricamente. No entanto após

a partilha, entre a equipa no final da visita, e reflexão sobre a situação conseguiu-se transmitir compreensão empática com a família e criar-se uma relação terapêutica que permitirá a continuidade da intervenção na família/utente.

O momento em que me aproximei da mãe do Sr. D. foi muito importante, pois senti que era importante para a mesma, mas também foi uma necessidade minha de demonstração de compreensão e aceitação. Relativamente ao pai do utente emergiu em mim um sentimento de desconfiança, pois quando pediu ajuda não referiu que a esposa não iria ter conhecimento da visita e expos um comportamento da mesma extremamente desajustado quanto á realidade, que de facto não se verificou. Senti também alguma repugnância pela forma austera e agressiva com que se dirigiu á sogra.

Daqui realço o facto da necessidade de ajuda não só do utente, mas também de um conhecimento e intervenção da dinâmica familiar que se verificou ser conflituosa e instável.

Selecionei este momento específico pois, para mim, foi uma interação que considerei desafiante e difícil de gerir, e que fez surgir em mim diversos pensamentos e sentimentos. Tudo começa por ser um ambiente desconhecido, em que não sabia o que iria encontrar pois também não tinha muitas informações da situação (só o que me tinha sido relatado durante o percurso ate ao domicilio da família), bem diferente ao ambiente controlado e conhecido em que laboro diariamente. Senti alguma ansiedade e desconforto pois nestas visitas existem fatores que não conseguimos controlar, que se foram dissipando, mas também entusiasmo por intervir no ambiente da pessoa, proporcionando uma intervenção mais ajustada á sua realidade.

Penso que a minha intervenção foi importante para o utente e a família, pois foi muito congruente e coerente entre todos os elementos da equipa, acreditando ter tido ressonância em todos os elementos presentes naquela sala. Considero que intervi de forma assertiva, tentando estabelecer empatia e compreender tanto o sofrimento como as preocupações do utente e da família naquele momento.

Apêndice XII- Reflexão Crítica II



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM E ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA
ANO LETIVO 2017 / 2018

UNIDADE CURRICULAR:

ESTÁGIO COM RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIATRIA

REFLEXÃO CRÍTICA

Discente:

Ana Luísa Pinheiro nº 7759

Docente:

Professor Doutor Luís Nabais

Enfermeiro Orientador:

Enfermeira Especialista em SMP

Lisboa

Janeiro de 2018

REFLEXÃO

Esta reflexão tem como intuito realizar uma análise crítica sobre as intervenções de âmbito psicoterapêutico, nomeadamente a orientação de sessões de relaxamento baseadas em técnicas/exercícios respiratórios, que tenho vindo a dinamizar no contexto do Ensino Clínico no

na sala de soroterapia.

Apesar de ser um continuar da implementação do projeto de estágio e que iniciei no anterior ensino clínico, estas atividades terapêuticas tem-se perspectivado um grande desafio, estando-me a proporcionar muitas aprendizagens quanto á saúde mental e psiquiatria, ao conhecimento das patologia psiquiátrica, ás intervenções do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria mas acima de tudo tem-me permitido desenvolver conhecimentos sobre mim mesma, sentindo-me neste momento diferente e com mais capacidade de intervir com a pessoa e entrar de forma mais eficaz na relação, pois tenho mais consciência de mim e o que isso pode implicar na relação.

Os utentes que participam nestas sessões encontram-se em regime de ambulatório, em que maioritariamente apresentam diagnósticos de Depressão Major. Aqui encontrei os primeiros obstáculos, se por um lado o tempo de tratamento e a assiduidade do mesmo é muito variável, por outro a minha experiência nesta área em concreto, que é diminuta, tendo-me impulsionado a aprofundar conhecimentos sobre esta patologia para me permitir compreender melhor estas pessoas, estabelecer uma relação empática e terapêutica e encontrar estratégias de intervenção o mais eficaz. A especificidade desta psicopatologia exigiu mais de mim na realização destas intervenções de âmbito psicoterapêutico, pois a motivação, a capacidade de concentração e a predisposição destas pessoas pequena e inconstante. Este é outro obstáculo que ainda estou a ultrapassar com o objetivo de atingir os objetivos desta intervenção, nomeadamente que os participantes consigam ter o maior benefício possível da mesma e conseqüentemente se sintam motivados e participativos.

O modo como se desenrolaram as sessões no contexto clínico anterior e os resultados que obtive, estas dificuldades com que me deparei, despertaram em mim alguma apreensão, frustração e até desmotivação, que tenho vindo a “combater” comigo mesma, pois tem sido mais demorada a visualização de resultados e exigem

de mim uma maior concentração de forma a adaptar, no momento, cada sessão à resposta de cada grupo. Estes sentimentos surgem pela exigência que deposito em mim e, inicialmente, pensar que os comportamentos de desinteresse demonstrados por alguns participantes se pudessem dever a mim. Foi aqui que fiz um grande trabalho pessoal, com a ajuda das partilhas que fiz com a minha orientadora, em que tomei consciência que a dificuldade de participação dos utentes passa não por mim, mas essencialmente pelas características pessoais da pessoa e da psicopatologia que apresenta. Tenho, assim, trabalhado estratégias de forma a não evidenciar alguma ansiedade que apresento em cada sessão. Gradualmente tenho sentindo mais confiança e motivação, descentrando-me destes meus sentimentos e emoções, tentando ir ao encontro das necessidades do grupo.

Até ao momento já orientei 5 sessões de relaxamento baseadas em exercícios de respiratórios, que aos poucos vou observando algumas melhorias em cada pessoa e os momentos finais de partilha, têm sido mais substanciais com a participação ativa de todos os participantes.

Apêndice XIII- Estudo de caso

8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM E ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA

DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

ANO LETIVO 2017 / 2018

UNIDADE CURRICULAR:

Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

Discente:

Ana Luísa da Paixão Pinheiro nº 7759

Regente da UC:

Prof. Drª Francisca Manso

Orientador:

Prof. Drº Luís Nabais

Orientador clínico:

Enfermeira Especialista em SMP

Lisboa

Dezembro de 2017

“O álcool não faz as pessoas fazerem melhores as coisas; ele faz com que elas
fiquem menos envergonhadas de fazê-las mal.”

William Osler

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. CONTEXTUALIZAÇÃO CLÍNICA	6
2. PROCESSO DE ENFERMAGEM	7
2.1 Identificação do cliente e informações gerais	7
2.1.1 Motivo do Internamento e Procura dos Cuidados	7
2.2 HISTÓRIA DE ENFERMAGEM	8
2.2.1 História Pessoal Sumária	8
2.2.2 Antecedentes Pessoais de Saúde	9
2.2.3 Antecedentes Familiares e caracterização familiar (genograma) e Apreciação da variável Sociocultural (ecomapa)	9
2.2.4 História de Saúde Atual, na admissão	11
3. CARACTERIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA	13
4. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM ATUAL	17
4.1 Análise segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman	17
4.2 Apreciação da Variável Fisiológica	18
4.3 Exame físico na admissão	20
4.4 Apreciação da variável psicológica	20
4.5 Apreciação da variável Sociocultural	21
5. TRATAMENTOS RELACIONADOS	21
5.1 Terapêutica farmacológica	22
5.2 Intervenções não farmacológicas	24
6. PLANO DE CUIDADOS	24
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
BIBLIOGRAFIA	28

INTRODUÇÃO

Este estudo de caso foi realizado no decorrer da Unidade Curricular Estágio com Relatório, no âmbito do 8.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ano letivo de 2017/2018), que decorreu na

O caso selecionado para a realização deste processo de enfermagem refere-se ao Sr. A., que apresenta o diagnóstico de síndrome de dependência alcoólica.

A síndrome de dependência alcoólica, é uma doença não só caracterizada pelas manifestações físicas e psíquicas que afetam o indivíduo, mas também pelo conjunto de comportamentos e sintomas que afetam o indivíduo, a família, o trabalho e a comunidade, ou seja, a totalidade dos problemas ligados ao álcool.

Para a realização deste trabalho segui como modelo teórico de enfermagem, o Modelo dos Sistemas de Cuidados de Saúde de Betty Neuman e utilizei a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), para elaboração do plano de cuidados.

Este estudo de caso encontra-se numa contextualização clínica, onde é feita uma abordagem da patologia e o processo de enfermagem, onde estão explícitos os dados inerentes à pessoa em estudo, destacando-se a entrevista diagnóstica, história clínica, genograma, ecomapa e plano de cuidados.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO CLÍNICA

A pessoa com comportamentos aditivos apresenta características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas, como por exemplo: substâncias psicoativas, jogo, internet, sexo, compras, etc. envolvendo também um potencial de prazer. O contínuo deste tipo de comportamento associado a fatores biológicos, psicológicos, genéticos e ambientais contribuem para o surgimento da dependência. Entende-se assim por dependência “um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se, por exemplo, após o uso repetido da substância.” (SICAD, 2013)

Entende-se como substância psicoativa toda a substância que causa mudanças na consciência, no humor, nos pensamentos e nos comportamentos, associando-as diretamente às “funções cognitivas e comportamentais.” (Cerqueira, 2015, p.1). Estas substâncias psicoativas podem pertencer à classe de depressoras (álcool, sedativo/hipnóticos, etc), estimulantes (anfetaminas; cocaína, etc), opióides (morfina; heroína, etc) e alucinogénicas (LSD, haxixe etc) consoante a ação que têm no cérebro, tendo por isso repercussões diferentes sobre o comportamento do indivíduo. (OMS, 2004)

Assim, a pessoa com dependência de substâncias psicoativas apresenta um desejo intenso de consumo dessas mesmas substâncias, uma continuação descontrolada dos consumos independentemente das consequências, dando uma alta prioridade aos consumos em prejuízo de outras atividades e obrigações do seu quotidiano, provocando um aumento da tolerância, isto é, necessidade de aumentar a dose que lhe proporcione o deleite desejado e em alguns casos consumir outras substâncias, e de sintomas de privação quando o consumo é descontinuado.

Segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental (2017), a substância psicoativa com maior prevalência de consumo experimental (ao longo da vida), entre a população geral em Portugal, com idades entre os 15 e os 64 anos, é o álcool, oscilando entre um mínimo de 73,6% (registado em 2012) e um máximo de 86,3% (registado em 2016/17). A prevalência do seu consumo, nos últimos 12 meses, entre 2012 e 2016/17, é menor.

Apesar destes dados favoráveis, é necessário ter em consideração os danos nefastos quer para o indivíduo, quer para a sociedade, que a dependência do álcool provoca e por isso mantém-se o enfoque de uma intervenção neste âmbito.

2. PROCESSO DE ENFERMAGEM

2.1 Identificação do cliente e informações gerais

Nome: Sr. A.

Data de Nascimento:

Género: Masculino

Raça: Melanodérmico

Estado Civil: Solteiro

Nacionalidade/ Naturalidade: Cabo Verde

Morada: Condição de Sem abrigo

Escolaridade: 2º Ciclo

Profissão/ Situação Profissional: Pedreiro, desempregado há cerca de 10 anos

Contactos principais: Assistente Social
Dra M.

Data de Internamento: 09 de Novembro de 2017

Diagnóstico Médico: Síndrome de Dependência Alcoólica´

Religião: Católica

2.1.1 Motivo do Internamento e Procura dos Cuidados

Qualquer pessoa com necessidade de internamento na tem sempre, previamente, pelo menos uma consulta médica em regime de ambulatório, onde é discutido com o cliente a sua situação clínica, tratamento e projeto terapêutico.

O Sr. A.. recorreu a uma primeira em consulta em 24 de Abril de 2013, altura em que solicitou internamento. Uma vez que este não ocorreu no imediato, abandonou as consultas.

Em Agosto de 2017, é marcada nova consulta pela , que atualmente acompanha e apoia o cliente, tendo sido proposto internamento pela médica Dra. A. e aceite pelo cliente, uma vez que cumpria

diversos critérios, nomeadamente clínicos, de emergência social e existência de uma forte motivação/desejo por parte do cliente.

2.2 História de Enfermagem

A entrevista ao cliente foi realizada em dois momentos, na admissão a 09 de Novembro de 2017 e complementada posteriormente no dia 19 de Novembro de 2017. Esta situação deveu-se ao nível de alcoolemia que o cliente apresentava na admissão (álcool teste 3,05g/l) e as alterações do estado mental que surgiram posteriormente.

2.2.1 História Pessoal Sumária

O Sr. A. deixou a sua terra Natal aos 15 anos de idade. Viveu diversos anos no Algarve, com o seu pai e posteriormente com a mãe que também emigra para Portugal, tendo perdido o contacto com os irmãos mais novos que emigraram para França. Teve alguns relacionamentos amorosos, sendo os mais relevante as relação com a Sra. M. com quem viveu em união de facto cerca de 4 anos e posteriormente a união de facto com a mãe do seu único filho, que durou 11 anos. Esta relação foi pautada por vários conflitos e assente em consumos de várias substâncias psicoativas de ambos. Separou-se há cerca de 20 anos tendo vindo viver para Lisboa em 2011 “á procura de uma vida melhor” sic, deixando de ter contacto permanente com o filho. Atualmente, tem contacto pontual com o mesmo e com os netos, “não falo com eles há mais de um ano, nem os vejo há mais de dois” sic. Sofreu alguma vicissitudes com dificuldade em encontrar trabalho, não associando tal situação ao consumo de álcool. Está em situação de sem abrigo desde que chegou a Lisboa, tendo vivido em alguns albergues Lisboetas, nomeadamente em

estando

desde há 5 meses a ser acompanhado e apoiado pela

e a viver num quarto disponibilizado por esta equipa na zona do .

2.2.2 Antecedentes Pessoais de Saúde

O Sr. A. é portador do vírus da Hepatite C diagnosticada há 3 anos, sem acompanhamento.

Tem consumos esporádicos de Cocaína inalada, desde a adolescência, sendo o último há cerca de 2 meses e consumos de heroína injetada durante 2 anos, entre os 25 e 27 anos, não tendo feito qualquer tratamento de desintoxicação, “parei sozinho” sic.

Fumador desde os 20 anos, de 20 cigarros /dia, atualmente motivado para desabituação tabágica.

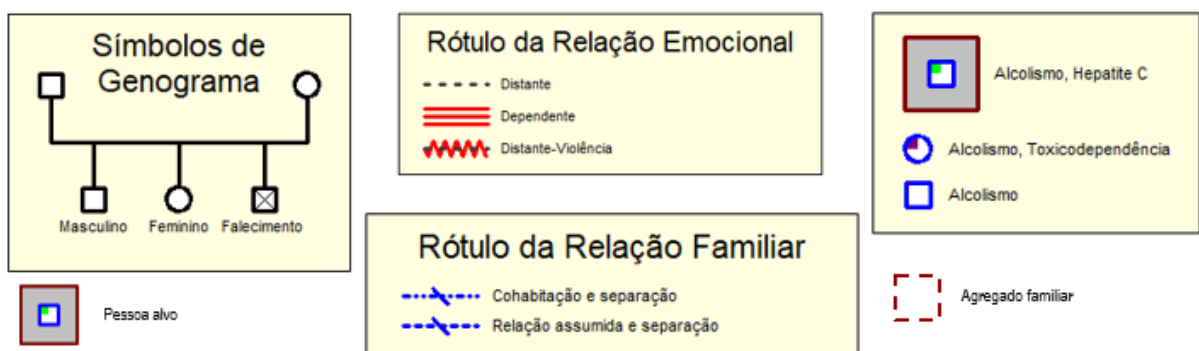
Refere alucinações auditivas e visuais (alteração da perceção), associadas aos consumos, mas também à abstinência das substâncias psicoativas, não tendo diagnóstico clínico de outra patologia mental nem qualquer internamento associado a estes sintomas psiquiátricos.

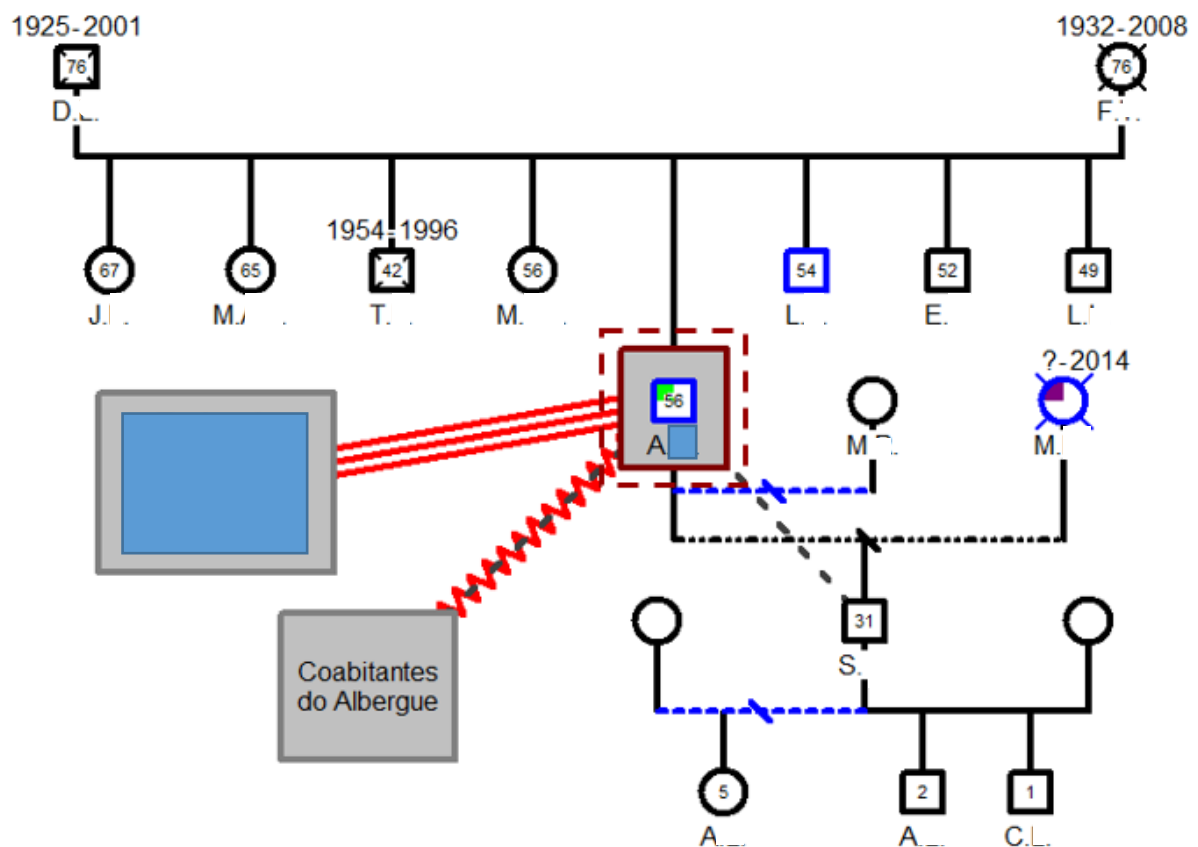
Nega internamentos anteriores e não faz qualquer tipo de terapêutica.

Desconhece alergias.

2.2.3 Antecedentes Familiares e caracterização familiar (genograma) e Apreciação da variável Sociocultural (ecomapa)

O genograma e ecomapa relativos ao Sr. A. L., apresentado de seguida, representam quatro gerações, contando com os elementos familiares e relações mais relevantes face à pessoa em estudo.





Através da análise do genograma pode verificar-se que o Sr. A. é um de oito irmãos descendentes da relação entre o Sr. D. e a Sra. F., ambos já falecidos. Segundo a pessoa em estudo, o seu pai terá falecido em 2001 devido a uma “trombose” sic e a sua mãe em 2008 por doença prolongada que não sabe especificar. No que diz respeito aos seus irmãos, o Sr. A. sabe apenas referir que T. faleceu aos 42 anos de idade por um motivo que desconhece e que o seu irmão mais novo L. apresenta antecedentes de alcoolismo. Segundo o mesmo, o motivo do distanciamento entre ele e os seus irmãos está relacionado com a sua vinda para Portugal, na época para acompanhar o seu pai, e com o facto de atualmente a maioria residir em países diferentes e distantes entre si.

O Sr. A. mudou-se para Portugal na década de 80 para junto do seu pai, tendo iniciado a sua vida profissional no Algarve. Anos depois desta mudança na sua vida, e após o relacionamento com a Sra. M., o Sr. A. iniciou a sua relação com a Sra. M.. Segundo o mesmo, este relacionamento terá durado cerca de 11 anos e dele nasceu o seu único filho, S., com o qual mantém uma relação distante. A ex-cônjuge do Sr. A., para além dos antecedentes de alcoolismo, mantinha consumos frequentes de outras substâncias psicoativas, e acabou por falecer há

aproximadamente 3 anos, por complicações associadas aos consumos que mantinha. Relativamente ao seu filho, o Sr. A. sabe referir que o mesmo tem três filhos, conhecendo apenas o neto mais velho, fruto de uma relação anterior à atual.

O Sr. A. terá vindo para Lisboa há cerca de anos, mantendo-se desde então desempregado e residindo em albergues. Atualmente, as únicas relações que mantém são com a Equipa de Emergência da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, da qual depende, e com os coabitantes da casa onde tem o quarto. Com estes últimos, o Sr. A. reconhece que a relação que mantém se caracteriza como distante e conflituosa, particularmente quando se encontra sob o efeito do álcool ou com alterações da perceção.

2.2.4 História de Saúde Atual, na admissão

O Sr. A. chegou á sozinho, cerca da 10:30 no dia 09 de Novembro de 2017.

Apresenta idade aparente coincidente com a real, e apresentação descuidada, nomeadamente défice nos cuidados de higiene e vestuário, pele corada e desidratada. Estabelece contacto com o olhar, atitude colaborante e desinibida, mas desconfiado, fazendo constantes reparos ao que o entrevistador escrevia. Deteta-se discreta diminuição da concentração, atenção focada nas ações do entrevistador e alguns lapsos de memória.

Em relação ao estado de consciência, apresenta-se vígil, e quanto à orientação encontra-se orientado no tempo, no espaço, auto e alo psiquicamente.

Apresenta humor eufórico, com alguma labilidade emocional, no entanto congruente com o discurso que apresenta. Tem um discurso e linguagem fluente, espontâneo, com um ritmo acelerado.

Não se deteta alterações do pensamento ou da perceção.

Apresenta insight e juízo crítico, bastante solidificados, quanto á patologia e à motivação para o tratamento.

Questionado acerca da sua família e pessoas significativas, refere que os seus pais e avós maternos foram as pessoas mais importantes e marcantes na sua vida e que sente um grande desgosto e tristeza desde a morte da mãe.

Quanto à sua situação atual, expõe querer tratar-se da doença do álcool “quero tratar-me para arranjar trabalho e ter dinheiro para ter uma casa para viver, e poder visitar o meu filho e os meus netos” sic.

No decorrer da entrevista, quando questionado sobre os problemas que o álcool acarretou para a sua vida o Sr. A. identificou:

- Familiares – divórcio, afastamento do filho e dos netos;
- Sociais – isolamento social; condição de sem abrigo;
- Laborais – desemprego;
- Judiciais – nega;
- Físicos/mentais – Alteração da perceção, nomeadamente alucinações visuais e auditivas, nega crises convulsivas.

Relativamente à sua história de consumo de álcool, apurou-se:

- Início – 20 anos;
- Abuso e dependência – 2010/2011;
- Bebidas preferidas – Vinho Tinto (3 a 5 litros/dia);
- Último consumo – 09/11/17 às 9:00
- Padrão de consumo – Inicia em jejum e consome ao longo do dia (se acordar consome ao meio da noite);
- Sintomas de privação – alterações visuais (“nevoa” sic), vômitos, alucinações auditivas e visuais;
- Alterações de comportamento – heteroagressividade (associada às alucinações auditivas), “falamos de mim e eu enervo-me e zango-me” sic;
- Maior período de abstinência – 1 ano (entre 2013 e 2014), após a consulta na
;
- Associação da dependência – Socialização, integração no grupo de amigos, uma vez que “sempre fui tímido e era o modo de conseguir estar com os outros” sic.

Existe também história de consumos de cocaína e opióides (heroína) com início aos 20 anos. A primeira na forma inalada e mantém consumos esporádicos e a segunda na forma injetável durante 2 anos, entre os 25 e os 27. Iniciou também consumo de tabaco aos 25 anos que se mantém na atualidade na quantidade de 20 cigarros por dia.

3. CARACTERIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA

O alcoolismo ou síndrome de dependência alcoólica, mais do que um vício, é uma doença crônica, primária e progressiva, em que o indivíduo apresenta uma dependência do álcool do ponto de vista físico e psíquico, causando um conjunto de sintomas comportamentais e físicos, evidenciando sintomas de privação, uma tolerância elevada ao álcool e *craving* (APA, 2013).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais DSM-V, para se diagnosticar a síndrome de dependência alcoólica, o indivíduo tem que manifestar num período de 12 meses pelo menos 2 dos seguintes critérios de diagnóstico:

1. **Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;**
2. **Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool;**
3. **Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos;**
4. ***Craving* ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool;**
5. **Uso recorrente de álcool, resultando no insucesso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa;**
6. **Uso continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos;**
7. **Importantes atividades sociais, profissionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de álcool;**
8. **Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física;**
9. **O uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool;**
10. **Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspetos:**
 - a. **Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado;**
 - b. **Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.**

11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:

a. Síndrome de abstinência de álcool (pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas – taquicardia, tremores digitais, sudorese, náuseas, vômitos, insônia, alucinações ou ilusões, ansiedade, agitação psicomotora ou crises convulsivas);

b. Álcool (ou uma substância estreitamente relacionada, como benzodiazepinas) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

O desenvolvimento da dependência está relacionado com a conjugação de vários fatores individuais e fatores relacionados com o meio. Os fatores individuais, ou seja, fatores fisiológicos, psicológicos, genéticos, entre outros, são fatores intrínsecos ao indivíduo. Sabe-se que a síndrome de dependência alcoólica apresenta um padrão familiar que é explicado por influências genéticas, embora varie de pessoa para pessoa, como a existência de certas características da personalidade compartilhadas por membros da mesma família. Esta pode ser uma das causas que levam à procura do efeito psicofarmacológico do álcool e, conseqüentemente, ao desenvolvimento da síndrome de dependência alcoólica.

De acordo com Abbas, Aster & Kumar (2013), o álcool possui uma função depressora do Sistema Nervoso Central, provocada pela sua ação antagonista do recetor NMDA (N-Metil-D-Aspartato) de Glutamato (principal neurotransmissor estimulante) e à potencialização dos recetores GABA (Ácido GamaAminobutírico) (principal neurotransmissor inibitório), afetando inicialmente as estruturas subcorticais que modulam a atividade cortical cerebral e, conseqüentemente, causando uma desorganização no comportamento cortical, motor e intelectual. De seguida, os neurônios corticais, e posteriormente os centros medulares inferiores, incluindo o tronco cefálico que é responsável por controlar a respiração, sofrem os efeitos depressores do álcool. O aumento dos níveis de dopamina, outro neurotransmissor afetado pelo álcool, também explica o desenvolvimento da dependência, através da ativação direta do sistema de recompensa do cérebro, diminuindo a tensão, ansiedade e produzindo um sentimento de alívio e de bem-estar.

O Sr. A., no momento da entrevista de acolhimento, verbalizou que associa a sua dependência do álcool à dificuldade na socialização e integração em grupo de amigos. O cliente admite, também, que consumia para não lidar dificuldades que estava a sentir, quando se mudou para Lisboa. Deste modo, os “problemas de comportamento, ansiedade, insônia e depressão são outros fatores que acompanham o consumo e que, por vezes, o antecedem.” (APA, 2013, p. 492).

Relativamente aos fatores ligados ao meio que influenciam o consumo do álcool e, conseqüentemente, o desenvolvimento da síndrome de dependência alcoólica, estão entre

eles os fatores socioculturais e económicos, como hábitos, tradições, mitos, normas, disponibilidade do álcool, entre outros.

O alcoolismo apresenta várias etapas. O alcoolismo agudo, ou embriaguez, está relacionado com os efeitos depressores do álcool no sistema nervoso central, provocando breves estados de excitação psíquica, como euforia, seguida de uma diminuição da tensão, da ansiedade e desinibição. Na fase seguinte da embriaguez, podem aparecer sinais e sintomas como alterações do pensamento, equilíbrio, atenção, coordenação motora, sensibilidade, bem como, náuseas, vômitos e taquicardia. Finalmente, a fase mais avançada da embriaguez é caracterizada por confusão, sono profundo, coma e até mesmo, morte por hipoglicémia, depressão respiratória, cardiovascular e hipotermia.

No alcoolismo crónico as repercussões do consumo excessivo de álcool manifestam-se no sistema digestivo através de glossites, esofagites, gastrites, neoplasias, síndrome de mal absorção intestinal, lesões pancreáticas agudas ou crónicas e hepatopatias (esteatose, hepatite, cirrose). No sistema cardiovascular, o miocárdio sofre alterações como hipertrofia ou dilatação, provocando insuficiência cardíaca, quadros de miocardiopatias, perturbações arteriais, fragilidade nas paredes vasculares e hipertensão arterial. No sistema hemático podem ocorrer alterações como a anemia e trombocitopenia, bem como, alterações de outros componentes sanguíneos. Relativamente ao aparelho locomotor, o alcoólico está sujeito a uma maior frequência de traumatismos, atrofia óssea, osteopenia, osteomalácia, osteoporose e miopatia alcoólica (Barrias, Breda & Mello, 2001).

As primeiras manifestações neuropsiquiátricas do alcoolismo crónico compreendem alterações na personalidade, no humor, alterações no sono, memória, atenção e pensamento. O delírio alcoólico ou *delirium tremens*, surge numa fase mais avançada, sendo caracterizada por um quadro de confusão, agitação psicomotora, alucinações visuais, tremores generalizados e podendo ser precedido de uma ou mais crises convulsivas. Polinevrites, nevrite ótica retro-bulbar, encefalopatia Porto-Cava, síndrome de Wernicke-Korsakoff e demência alcoólica, são outras manifestações neuropsiquiátricas provocadas, tal como as anteriores, pela ação direta do álcool no sistema nervoso central, por diversos fenómenos metabólicos complexos e pela carência de várias vitaminas, nomeadamente, a vitamina B1 ou Tiamina.

O Sr. A. encontrar-se na fase do alcoolismo crónico, apresentando a nível físicas esteatose hepática, evidenciada numa ecografia abdominal e alterações analíticas a nível da Gamaglutamil aminotransferase (GGT). Quanto a manifestações psíquicas decorrentes do consumo de álcool, o cliente apresenta alterações da memória, discretos tremores das

extremidades dos membros superiores e refere por vezes, alterações de percepção auditivas e visuais.

Em suma, a OMS caracteriza o alcoolismo como a totalidade dos problemas ligados ao álcool no indivíduo. Estes podem ser relacionados com:

- O indivíduo – manifestações físicas e psíquicas relacionadas com os efeitos do álcool;
- A família – dificuldades e carências materiais, perturbações relacionais, deterioração progressiva do lar e desagregação familiar;
- O trabalho – aumento do risco de acidentes de trabalho, diminuição de rendimento profissional, despromoção profissional e financeira e desemprego;
- A comunidade/sociedade – a prática de comportamentos que infringem a ordem pública, a segurança e a lei.

4. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM ATUAL

4.1 Análise segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Fatores de Stress Intrapessoais:

- Baixa auto-estima;
- Dependência de substâncias psicoativas;
- Insegurança;
- Solidão.

Fatores de Stress Interpessoais:

- Falecimento dos pais;
- Ligação distante com os irmãos, filho e netos;
- Relação amorosa falhada, tendo resultado em separação;
- Relação distante e conflituosa com colegas de casa.

Fatores de Stress Extrapessoais:

- Desemprego;
- Condição de sem abrigo.

Fatores de Defesa:

- Relação de apoio e acompanhamento com a assistente social Dra. M. J. da Equipa de Emergência da Santa casa da Misericórdia de Lisboa;
- Relação terapêutica com a equipa multidisciplinar da UAL;
- Motivação para a abstinência total de substâncias psicoativa;
- Boa adesão terapêutica;
- Motivação na integração social.

Fatores de Reconstituição:

- Manutenção da terapêutica;
- Obtenção de uma atitude assertiva;
- Estimulação da auto-estima;
- Integração em comunidade terapêutica.

4.2 Apreciação da Variável Fisiológica

Segundo as normas da UAL, os parâmetros vitais, nomeadamente a pressão arterial e a frequência cardíaca, são avaliados diariamente nos primeiros 10 dias de internamento e a avaliação do peso semanalmente á terça-feira, com o objetivo de vigiar a evolução do estado de saúde do cliente. Assim, é apresentada na tabela 1 os parâmetros, os dados antropométricos e valores dos testes de pesquisa de substâncias psicoativas do Sr. A. L. avaliados nos seus primeiros 10 dias de internamento e sempre que a situação o exigiu.

O cliente apresentou-se hemodinamicamente estável, verificando-se aumento ponderal.

Sendo política de funcionamento da unidade, como forma de obter um conhecimento mais detalhado do estado clínico dos clientes e dirigir os cuidados e intervenções em função do mesmo, todos os clientes têm de apresentar uma bateria de MCDT (Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutico), nomeadamente análises sanguíneas, RX de tórax e ECG (eletrocardiograma) e Ecografia abdominal com relatório, atualizados (validade de 3 meses) que fornecem à equipa no momento do internamento.

Os exames do Sr. A. apresentavam alterações nas análises sanguíneas com um valor elevado de GGT, 349 UI/l, e na ecografia abdominal que demonstrava um ligeiro aumento de volume do fígado, evidenciando aspetos sugestivos de esteatose hepática difusa.

4.3 Exame físico na admissão

Aparência geral e comportamento: apresenta idade aparente coincidente com a real, aparência descuidada. Comportamento adequado, contudo ligeiramente desinibido. Comunicativo, com discurso congruente.

Peso, Altura e Sinais Vitais: Ver tabela 1

Cabeça e pescoço: Crânio de tamanho proporcional ao corpo, apresenta boa mobilidade nos movimentos e sem cicatrizes ou lesões visíveis. Rosto simétrico. Pele e mucosas coradas e desidratadas (descamativa e áspera). Escleróticas anictéricas. Nariz e ouvidos sem alterações. Arcada dental incompleta, com um grande número de caries.

Tórax e abdômen: Simétrico, sem deformidades. Apresenta diversas cicatrizes dispersas, que refere estarem associadas a “desentendimentos com colegas” sic.

Membros superiores e inferiores: Simétricos e proporcionais ao tamanho do corpo, pele seca e sem cicatrizes ou lesões significativas. Unhas curtas, mas sujas.

Genitais: Atendendo á privacidade do cliente em estudo, não foi observado, tendo sido referido pelo cliente que não apresentava qualquer alteração.

4.4 Apreciação da variável psicológica

Quanto ao exame do estado mental, no momento da admissão o doente encontrava-se:

Avaliação da atitude e Comportamento: Atitude colaborante e algo desconfiada;

Humor e Afetividade: Eufórico com alguma labilidade;

Discurso e Linguagem: Discurso congruente e ligeiramente acelerado;

Percepção: Sem alteração da percepção;

Pensamento: Coerente;

Consciência, atenção e memória: O Sr. A. apresenta-se consciente e vígil, atento e com alguns lapsos de memória;

Orientação: Orientado no tempo e espaço, auto e alo psiquicamente;

Insight e Juízo crítico: Apresenta insight e juízo crítico relativamente á doença e necessidade de tratamento, encontrando-se motivado.

4.5 Apreciação da variável Sociocultural

O Sr. A. refere que ao longo da sua vida sempre teve dificuldade na integração social, sendo razão que manifesta para o início dos consumos de álcool, no entanto o desenvolvimento da doença veio acentuar mais essa dificuldade de socialização estando atualmente afastado de toda a sua família, nem tendo qualquer pessoa ou relação significativas. Está desempregado á cerca de 6 anos, altura em que migrou para Lisboa, não tendo forma de sustento, estando atualmente depende do apoio

Integração cultural e Social, tendo vivido anteriormente em diversos albergues da cidade.

5. TRATAMENTOS RELACIONADOS

O internamento na está organizado de acordo com um programa psicoterapêutico dividido em 3 áreas de intervenção:

1. Área médica – ocupa-se de aspetos relacionados com a desintoxicação física de substâncias aditivas e qualquer outro problema físico;
2. Área de enfermagem – que assegura os cuidados continuados;
3. Área psicoterapêutica – responsável por aplicar o programa psicoterapêutico.

Baseando-se, assim, numa adaptação do **Modelo Minnesota**, que pretende ajudar o cliente na construção de um novo projeto de vida, que inclua a abstinência total do consumo de álcool e outras substâncias e uma melhor qualidade de vida.

Este modelo baseia-se no conceito da pessoa como um ser holístico e, como tal, a sua abordagem no tratamento da doença é holística, existindo uma parceria nos cuidados entre a equipa multidisciplinar e a pessoa. Relativamente à abordagem terapêutica, esta respeita os princípios inerentes à terapia cognitiva-comportamental, terapia sistémica, terapia relacional-emotiva, terapia da realidade e terapia emocional, dando ênfase nas relações e na ajuda mútua. As suas intervenções passam pela terapia de grupo, pela psicoterapia emocional de grupo, por palestras educativas, pela realização de leituras e trabalhos terapêuticos, pela participação nas reuniões de Alcoólicos Anónimos, de conferências e sessões de informação com famílias.

Toda esta intervenção é orientada para a abstinência total de álcool e outras substâncias alteradoras de humor, seguindo a filosofia dos 12 passos dos Alcoólicos Anónimos e respeitando o conceito de adição, como uma doença primária, crónica e progressiva do cérebro.

O tratamento é dirigido também por forma a cumprir o projeto terapêutico que é definido com o cliente antes do seu internamento. Este projeto consiste no tipo de seguimento pós alta. No caso do cliente, o projeto consistia nos grupos pós alta, seguimento em ambulatório na _____ e nas reuniões semanais nos Alcoólicos Anónimos. No entanto e dada a fragilidade social e familiar do Sr. A. a equipa multidisciplinar em parceria com o cliente propôs um seguimento em comunidade terapêutica. No entanto, deparou-se com a impossibilidade integrar tal projeto pelo facto do cliente se encontrar ilegal no país, pois o seu visto de permanência está caducado há 10 anos. Tal facto fez com que o internamento se prolongasse para a resolução do mesmo, tendo sido feitas diligências no SEF.

5.1 Terapêutica farmacológica

Salvo indicações específicas em contrário, conforme as normas sobre a desintoxicação alcoólica na _____, todos os clientes internados com síndrome de dependência alcoólica, fazem o seguinte esquema terapêutico:

- **Diazepam** – até 60 mg PO por dia em 4 ou 6 tomas com intervalos regulares, como indicada na tabela 2. Segundo prescrição médica, o Sr. A. fez Diazepam 50 mg em redução de esquema lento;

Tabela 1 - Redução esquema lento Diazepam

Data/ Hora	0	4	6	8	12	16	18	20	Total mg
1º dia	10	10		10	10	10		10	60 mg
2º dia	10	10		5	10	10		10	55 mg
3º dia	10	10		5	5	10		10	50 mg
4º dia	10	10		5	5	5		10	45 mg

5º dia	10		10		10		10		40 mg
6º dia	10		10		5		10		35 mg
7º dia	10			10		10			30 mg
8º dia	10			5		10			25 mg
9º dia	10			5		5			20 mg
10º dia	10					5			15 mg
11º dia	10								10 mg
12º dia	5								5 mg

- **Tiamina** – 300 mg PO por dia durante 10 dias. Em caso de má absorção, administra-se 200 mg PO + 100 mg injetável. Completados os 10 dias, passa para 100 mg PO por dia até ao fim do internamento;
- **Multivitaminas** – 3 id PO, durante 10 dias, passando depois para 2 id por dia PO durante todo o internamento;
- **Ácido Fólico** – 2 id por dia PO durante 10 dias, passando depois para 1 id por dia PO durante todo o internamento;
- **Dissulfiram** – 125 mg PO por dia a partir do 7º dia de internamento se GGT for inferior a 600 UI/l;

Para além dos fármacos acima mencionados, no momento do internamento e segundo prescrição médica, ao cliente foi prescrito Quetiapina 100 mg ao deitar. Como terapêutica em SOS foi prescrito paracetamol 1000 mg PO até 3 id, captopril 25 mg se hipertensão; lactulose 2 saquetas PO até 2 id, diazepam 10 mg PO, olanzapina 5 mg orodispersível até 3 id, tiamina EV e Soro Fisiológico 0,9% 1000 ml 1id.

Ao longo do internamento, foi necessário ajustar a terapêutica, a 13/11 foi prescrita olanzapina 5 mg orodispersível ao jantar e trazadona 100 mg ao deitar. Por quadro de alteração da percepção foi efetuada nova revisão terapêutica a 14/11 com a prescrição de 1 mg de risperidona PO 3 id, tendo a 17/11, por melhorias da sintomatologia, reajustado para 1 mg 1 id.

5.2 Intervenções não farmacológicas

Associado à terapêutica farmacológica e de uma forma complementar a hidratação oral, água ou chá, nos primeiros 5 dias de 1,5 a 3 litros por dia e uma dieta equilibrada e fracionada, revela-se muito importante. Juntamente, a intervenção não farmacológica do enfermeiro especialista em enfermagem, de saúde mental e psiquiatria nomeadamente os jogos e atividades de âmbito psicoterapêuticas, como as sessões diárias de relaxamento, sessões semanais de psicoeducação, terapia de grupo e as entrevistas individuais numa abordagem cognitivo-comportamental assente na relação de ajuda e aliança terapêutica. Nestas atividades o cliente apresentou-se sempre muito participativo de forma pertinente, vislumbrando-se mudanças no seu comportamento.

6. PLANO DE CUIDADOS

Os diagnósticos de enfermagem identificados no plano de cuidados são baseados na CIPE Versão 2 (2011).

INÍCIO	TERMO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
09/11	13/11	Autocuidado: Higiene dependente em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none">- Gerir o ambiente físico.- Incentivar o autocuidado: higiene.
09/11		Abuso do álcool	<ul style="list-style-type: none">- Gerir o ambiente físico.- Disponibilizar presença.- Promover a expressão de sentimentos e emoções.- Promover a identificação dos fatores, impacto e efeitos secundários do consumo abusivo do álcool.- Incentivar a mudança de comportamentos.- Incentivar a identificação de metas específicas para a manutenção da abstinência.- Oferecer o reforço positivo para a mudança de comportamentos.

			<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar sintomas de privação alcoólica.
09/11		Ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir o ambiente físico. - Disponibilizar presença. - Oferecer escuta ativa. - Estabelecer a confiança. - Promover a expressão de sentimentos e emoções. - Promover a identificação do foco da ansiedade. - Executar técnicas de relaxamento. - Incentivar a utilização de estratégias e técnicas de relaxamento. - Gerir a terapêutica.
09/11		Baixa auto-estima	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir o ambiente físico. - Disponibilizar presença. - Oferecer escuta ativa. - Estabelecer a confiança. - Providenciar apoio emocional. - Promover a expressão de sentimentos e emoções. - Promover a auto-estima. - Incentivar a utilização de afirmações positivas. - Oferecer o reforço positivo.
09/11	19/11	Risco de comportamento agressivo	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir o ambiente físico. - Gerir a comunicação. - Providenciar apoio emocional. - Promover o autocontrolo. - Vigiar comportamento agressivo. - Gerir a terapêutica.

09/11	15/11	Desidratação	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar a hidratação oral. - Incentivar a hidratação da pele e mucosas. - Vigiar a pele. - Vigiar as mucosas.
09/11	30/11	Insónia	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir o ambiente físico. - Promover a identificação de fatores despoletantes. - Incentivar a utilização de estratégias e técnicas de relaxamento. - Vigiar o sono. - Gerir a terapêutica.
09/11		Memória comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir o ambiente físico. - Gerir a comunicação. - Providenciar apoio emocional. - Executar terapia de orientação para a realidade. - Executar técnicas de estimulação cognitiva. - Incentivar a utilização de técnicas de estimulação cognitiva.
09/11		Processo social comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a relação social. - Planear atividades de distração. - Incentivar a participação nas atividades propostas.
13/11	17/11	Perceção comprometida: Alucinação	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir o ambiente físico. - Gerir a comunicação. - Executar terapia de orientação para a realidade. - Vigiar alucinação. - Gerir a terapêutica.
09/11	11/11	Cateter venoso periférico	<ul style="list-style-type: none"> - Inserir cateter venoso periférico.

			<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar cateter venoso periférico. - Remover cateter venoso periférico. - Vigiar sinais de infecção.
09/11		Monitorização de sinais vitais	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a tensão arterial. - Avaliar a frequência cardíaca. - Avaliar a temperatura corporal. - Avaliar a dor.

O plano de cuidados de enfermagem elaborado para o Sr. A. permitiu a continuidade de cuidados, adequar a intervenção e avaliar os resultados das intervenções de enfermagem instituídas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade da doença da dependência do álcool em si e o caso do cliente aqui estudado, possibilitaram uma oportunidade para aprofundar o conhecimento sobre esta doença e criar um plano de cuidados para este cliente, de modo a estruturar melhor o conhecimento sobre a saúde mental e psiquiatria e aumentar as competências na intervenção especializada.

O cerne de aprendizagens e consolidação de conhecimentos e competências que retiro deste estudo de caso e ensino clínico, é a influência da síndrome de dependência alcoólica nas várias áreas da vida da pessoa, a nível biológico, psicológico, social e o modo como esta doença afeta a família, e da importância que as intervenções não farmacológicas de âmbito psicoterapêutico, assentes na relação de ajuda entre enfermeiro e cliente, têm.

Permitiu-me também refletir sobre a comunicação, a relação, a assertividade e sobre cada intervenção em si, tendo percebido que apesar de a literatura nos indicar estratégias e técnicas adequadas para diferentes situações e abordagens, elas apenas são linhas orientadoras, pois vai depender da unicidade de cada pessoa e do próprio interveniente e da consciência dele na intervenção. Assim depreendo que não existem abordagens erradas e sim intervenções mais ou menos eficazes.

BIBLIOGRAFIA

- Abbas, A.; Aster, J. & Kumar, V. (2013). *Patologia Básica*. (9ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Association, American Psychiatric (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora, Lda.
- Barrias, J., Breda, J. & Mello, M. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Lisboa ISBN 972-9425-93-0.
- Cerqueira, G. (2015). *Fatores de influencia dos efeitos das substancias psicoativas no organismo*. Acedido em 28-12-2017. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0920.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE Versão 2*. Lisboa: Lusodidacta.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Genebra: WHO.
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017* Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências - SICAD (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Apêndice XIV – Folheto «Inspire...Expire...Relaxe!!!»

Treine a sua Respiração

- 1) Encontre uma posição confortável, sentado ou deitado e feche os olhos;
- 2) Coloque as mãos no abdômen, inspire e sinta que o abdômen se movimenta para cima, as mãos sobem com o movimento da barriga, mas as costas continuam descontraídas e em contacto com o chão.
- 3) Expire completamente e sem criar nenhuma tensão muscular ao nível dos ombros ou costas, sinta as mãos a se afundarem na barriga, sentindo-as descer, num movimento abdominal para dentro;
- 4) Depois de cada inspiração pode fazer uma curta suspensão da respiração (1 a 2 seg), para otimizar as trocas gasosas.
- 5) Procure que a respiração se faça de forma fluente, sem interrupções e sem forçar. O mais importante é encontrar um tempo de inspiração e expiração que o faça sentir confortável.

Adaptação: Brown e Gerburg, (2017)



Vantagens do Relaxamento através de exercícios respiratórios :

- ⇒ Fácil aprendizagem;
- ⇒ Diminuição da frequência cardíaca, pressão arterial, adrenalina e glicose;
- ⇒ Diminuição da irritabilidade; ansiedade, tensão muscular e fadiga;
- ⇒ Podem ser realizadas em qualquer local e/ou momento;
- ⇒ Proporcionam maior equilíbrio emocional.

Respirar para relaxar



Elaborado por: Ana Luísa Pinheiro, Estudante do 8º Curo de Mestrado em Enfermagem e Especialização na área de Saúde Mental e Psiquiatria
Orientação: EnF!
Docente: Prof. Luís Nabais



INSPIRE...

EXPIRE...

RELAXE!!!



RELAXAMENTO

É “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo.”

Ryman (1995) citado por Payne (2003, p. 3)



Benefícios do Relaxamento

O relaxamento é uma estratégia benéfica na redução da ansiedade.

Uma mente tranquila está muito mais apta a lidar com a ansiedade. Quando os indivíduos estão relaxados fisicamente, o organismo funciona melhor; a mente adquire maior eficácia e as soluções para os problemas, tão difíceis quando estamos tensos, tornam-se quase evidentes.

Feisato (2004)

CONHECE ESTES SINAIS E SINTOMAS??



ANSIEDADE

Aprenda a usar a sua respiração para reduzir a ansiedade!



Respiração abdominal

O controlo da respiração “(...)” pode aliviar os sentimentos e emoções negativas, como o medo, a ansiedade, a frustração, a raiva, a depressão, a culpa, a confusão, a inquietude e os desconfortos físicos.”

Brown e Gerburg, (2017)

**Apêndice XV – Resultados do Questionário de Auto-
avaliação STAI Y - Inventário Estado-Traço de
Ansiedade – Contexto de Internamento**

**Resultados do Questionário de Auto-avaliação STAI Forma Y1 e Y2 - Inventário
Estado-Traço de Ansiedade – Contexto de Internamento**

Resultados da Escala STAI Participantes e nº de sessões	Escala STAI Forma Y-1 – 1º Momento	Escala STAI Forma Y-1 - 2º Momento	Escala STAI Forma Y-2 - 1º Momento	Escala STAI Forma Y-2 - 2º Momento
A – 4	45	44	67	50
B – 8	40	30	48	46
C – 8	42	28	35	25
D – 6	41	28	38	34
E – 7	37	32	64	45
F – 4	37	30	46	31
G – 5	46	36	39	42
H – 7	55	30	63	35
I – 4	44	50	56	53
J – 10	41	29	45	45
K - 11	23	34	80	46
L – 9	45	20	49	33
M – 8	42	29	51	34
N – 9	37	45	55	64
O – 8	30	34	60	38
P – 7	30	29	48	35
Q – 7	48	23	50	34
R – 6	37	35	53	44
S – 6	49	32	59	51
T – 5	58	20	58	38
U – 3	54	34	50	44
V – 3	39	28	45	39

**Apêndice XV – Resultados do Questionário de Auto-
avaliação STAI Y - Inventário Estado-Traço de
Ansiedade – Contexto Comunitário**

**Resultados do Questionário de Auto-avaliação STAI Forma Y1 e Y2 - Inventário
Estado-Traço de Ansiedade – Contexto Comunitário**

Resultados da Escala STAI Participantes e nº de sessões	Escala STAI Forma Y-1 - 1º Momento	Escala STAI Forma Y-1 - 2º Momento	Escala STAI Forma Y-2 - 1º Momento	Escala STAI Forma Y-2 - 2º Momento
a – 4	67	64	80	76
b – 8	66	53	39	38
c – 8	77	62	70	70
d – 6	53	47	60	64
e – 7	63	59	72	70
f – 4	43	42	71	69

ANEXOS

**Anexo I- Questionário de Auto-avaliação STAI Y -
Inventário Estado-Traço de Ansiedade**

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Self-Evaluation Questionnaire

Desenvolvido por Charles D. Spielberger em colaboração com R.L. Gorsuch, R. Lushene, P.R. Vagg e G.a. Jacobs

STAI Forma Y-1

Nome _____ Data _____

Idade _____ Sexo: M ____ F ____

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica como se sente neste momento. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira como se sente agora.

		Nada	Um pouco	Moderada mente	Muito
1	Sinto-me calmo	1	2	3	4
2	Sinto-me seguro	1	2	3	4
3	Estou tenso	1	2	3	4
4	Sinto-me cansado	1	2	3	4
5	Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6	Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7	Presentemente, preocupo-me com possíveis desgraças	1	2	3	4
8	Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9	Sinto-me amedrontado	1	2	3	4
10	Sinto-me confortável	1	2	3	4
11	Sinto-me auto-confiante	1	2	3	4
12	Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13	Sinto-me trémulo	1	2	3	4
14	Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15	Sinto-me descontraído	1	2	3	4
16	Sinto-me contente	1	2	3	4
17	Estou preocupado	1	2	3	4
18	Sinto-me confuso	1	2	3	4
19	Sinto-me firme	1	2	3	4
20	Sinto-me bem	1	2	3	4

Tradução Portuguesa: Américo Baptista, 1986

Consulting Psychologists Press, 577 College Avenue, Palo Alto, California 94306

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

STAI Forma Y-2

Nome _____ Data _____

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica como se sente habitualmente. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira como se sente habitualmente.

		Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
21	Sinto-me bem	1	2	3	4
22	Sinto-me nervoso e agitado	1	2	3	4
23	Sinto-me satisfeito comigo mesmo	1	2	3	4
24	Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4
25	Sinto-me falhado	1	2	3	4
26	Sinto-me tranquilo	1	2	3	4
27	Estou "calmo, fresco e concentrado"	1	2	3	4
28	Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar	1	2	3	4
29	Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
30	Estou feliz	1	2	3	4
31	Tenho pensamentos que me perturbam	1	2	3	4
32	Falta-me auto-confiança	1	2	3	4
33	Sinto-me seguro	1	2	3	4
34	Tomo decisões facilmente	1	2	3	4
35	Sinto-me inadequado	1	2	3	4
36	Estou contente	1	2	3	4
37	Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam	1	2	3	4
38	As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha mente	1	2	3	4
39	Sou uma pessoa firme	1	2	3	4
40	Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais	1	2	3	4

Tradução Portuguesa: Américo Baptista, 1986

Consulting Psychologists Press, 577 College Avenue, Palo Alto, California 94306

**Anexo II- Desenhos realizados na Sessão mediada
por técnicas expressiva**



