

O AUTOESTIGMA NA POPULAÇÃO COM DOENÇA MENTAL

Relatório de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de
enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

Ana Salomé Pereira Soares, ep6411

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

O AUTOESTIGMA NA POPULAÇÃO COM DOENÇA MENTAL

SELF-STIGMA IN THE POPULATION WITH MENTAL ILLNESS

Relatório de estágio de natureza profissional orientado pela Professora Doutora Júlia Marques e coorientado pela Professora Doutora Graça Pimenta

Ana Salomé Pereira Soares

“Tudo é criado duas vezes: primeiro na mente, depois na realidade”
Robin Sharma

AGRADECIMENTOS

À professora Júlia, que foi incansável ao longo de todo este processo.

Ao enfermeiro Mário, pelo carinho de sempre e os conhecimentos transmitidos.

Ao enfermeiro Jorge, pela confiança que me proporcionou.

À enfermeira Paula, por toda a calma e conhecimento que me passou.

À enfermeira Ana Barbosa, pela vontade e capacidade de transmitir conhecimento.

À professora Graça, pela transmissão de conhecimento.

Aos meus pais, porque sem eles não seria possível.

Ao Castro, por todo o amor, apoio e paciência ao longo deste processo.

À Mó, por ser a minha inspiração.

Às colegas de mestrado, porque percorrer todo este caminho sozinha, seria bem mais difícil.

Aos clientes que fizeram com que todo este trabalho fosse possível.

ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes

ECCI – Equipa de Cuidados na Comunidade

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ISMI – Escala de Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental

MESMP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

NECT – Narrative Enhancement and Cognitive Therapy

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RCT – Randomized Controlled Trial

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

RESUMO

Este relatório, pretende transmitir uma descrição e reflexão sobre o percurso ao longo do estágio realizado, onde foi implementado um projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de diminuir o autoestigma na população com doença mental. Ao longo do relatório, está também espelhado o desenvolvimento das competências do EESMP.

A metodologia utilizada é descritiva tendo por base o processo reflexivo, com recurso a pesquisa bibliográfica que sustenta a nossa intervenção e, ainda a análise e observação direta das experiências proporcionadas.

O desenvolvimento deste projeto permitiu confirmar que as intervenções que incluem a psicoeducação são as que demonstram mais eficácia, assim como as que são trabalhadas entre uma equipa multidisciplinar. Estas passam pela criação e operacionalização de programas de empoderamento das pessoas que sofrem de estigma, assim como, das suas famílias, de modo a permitir o desenvolvimento de competências que lhes permitam gerir de uma forma mais eficaz as consequências do estigma e autoestigma no seu dia-a-dia.

Deste modo, é possível verificar a necessidade de investir na identificação dos fatores causadores de estigma e autoestigma e de promover este tipo de intervenções, com o objetivo de diminuir o autoestigma.

Palavras-chave: Autoestigma, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Pessoa com Doença Mental, Saúde Mental na Gravidez, Psicoeducação.

ABSTRACT

This report transmits a description and reflection about the path made on this intership, where a set of specialized clinical skills were developed on the mental and psychiatric health nursing area, with the purpose of decreasing self-stigma on the mental health's population. Throughout this report, there's also mirrored the development of the Psychiatric and Mental Health Nurse Specialist skill set. A descriptive methodology was used, based on a reflective process using a bibliographic research that sustains our intervention, and also the analysis and direct observation of the experiences we went through.

The development of this project allowed us to confirm that interventions that include psychoeducation are the most effective, as well as the ones actioned by a multidisciplinary team. They start with the creation and operationalization of empowerment programs of people suffering from stigma, as well as their own families, in a way that allows the development of skills on how to effectively manage the stigma and self-stigma consequences on a daily basis.

This way, it is possible to verify the necessity to invest in tools that help us identify the main causes of stigma and self-stigma, and promote this kind of interventions, having the decrease of self-stigma as the main goal.

Keywords: Self-stigma, Mental Health and Psychiatric Nursing, Person with Mental Illness, Mental Health during Pregnancy, Psychoeducation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA CENTRAL	19
1.1. A Doença mental e o Estigma	19
1.2. O Autoestigma	22
1.3. O Autoconceito	29
2. DESCRIÇÃO DO ESTÁGIO NOS DIFERENTES CONTEXTOS	32
3. CONTEXTO CLÍNICO EM ÁREAS DIFERENCIADAS – ESTABELECIMENTO PRISIONAL	34
3.1. Caracterização do contexto clínico.....	34
3.2. Avaliação de necessidades	36
3.3. Atividade diagnóstica	38
3.4. Domínios de enfermagem	41
3.5. Estabelecimento de prioridades, objetivos e critérios de resultado.....	43
3.6. Planeamento e execução das intervenções	45
3.7. Competências comuns e específicas.....	49
3.8. Resultados obtidos/ganhos em saúde.....	65
4. CONTEXTO DE CUIDADOS A PESSOAS COM PROBLEMAS AGUDOS – INTERNAMENTO EM PSIQUIATRIA	68
4.1. Caracterização do contexto clínico.....	68
4.2. Avaliação de necessidades	69
4.3. Atividade diagnóstica.....	70
4.4. Estabelecimento de prioridades, objetivos e critérios de resultado.....	70
4.5. Planeamento e execução das intervenções	73
4.6. Competências comuns e específicas	75
4.7. Resultados obtidos/ganhos em saúde	88
5. CONTEXTO COMUNITÁRIO - UCC	90
5.1. Caracterização do contexto clínico.....	90
5.2. Avaliação de necessidades	91
5.3. Atividade diagnóstica.....	93
5.4. Estabelecimento de prioridades, objetivos e critérios de resultado.....	93
5.5. Planeamento e execução das intervenções	95
5.6. Competências comuns e específicas.....	98
5.7. Resultados obtidos/ganhos em saúde	108

6. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	109
CONCLUSÃO	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXOS.....	125
Anexo 1 - Autorização de utilização da Escala ISMI	
Anexo 2 - Autorização de utilização da Escala de Empowerment	
Anexo 3 - Panfleto com os diferentes tipos de comunicação	
Anexo 4 - Questionário elaborado para avaliação do estigma perinatal	
Anexo 5 - Tabela de Desenvolvimento das Competências Específicas do EEESMP	
Anexo 6 – Relatório Final: Estudos de Caso realizados e integrados no relatório (Plataforma E4nursing)	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema resumo de enquadramento temático.....	31
Figura 2 - Psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental.....	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparação de intervenções direcionadas ao autoestigma em saúde mental...	25
Quadro 2 - Representação do plano de intervenção para o grupo (Contexto Clínico em áreas diferenciadas).....	48
Quadro 3 - Programa de intervenção implementado no grupo (Contexto Clínico em áreas diferenciadas).....	53
Quadro 4 - Representação do plano de intervenção para o cliente (Contexto de cuidados a pessoas com problemas agudos).....	74
Quadro 5 - Programa de intervenção implementado no cliente (Contexto de cuidados a pessoas com problemas agudos).....	82
Quadro 6 - Representação do plano de intervenção para os clientes (Contexto Comunitário).....	97
Quadro 7 - Programa de intervenção implementado no grupo (Contexto Comunitário).....	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados das escalas aplicadas no decurso do programa de intervenção grupo (Contexto Clínico em áreas diferenciadas).....	65
Tabela 2 - Indicadores Sensíveis em Saúde Mental.....	67
Tabela 3 - Resultados das escalas aplicadas no decurso do programa de intervenção (Contexto de cuidados a pessoas com problemas agudos).....	88

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório – Módulo II”, inserida no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, nos anos letivos de 2022/2023, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sob a coordenação do Professor Doutor Wilson Abreu, foi proposta a elaboração de um relatório que retrate a realização do projeto individual de desenvolvimento profissional, significativo e aplicável no contexto clínico de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Este relatório, realizado com a orientação da Professora Doutora Júlia Marques e da Professora Doutora Graça Pimenta, integra um tema transversal “Autoestigma”, que será desenvolvido num projeto de intervenção adaptado às necessidades e população dos contextos, onde será realizado o referido estágio.

Consideramos população um conjunto de pessoas circunscritas a um determinado espaço, num dado tempo.

O tema que alicerça o projeto é a manifestação mais séria do estigma social na pessoa com doença mental. Há evidências de que o estigma internalizado (também denominado autoestigma) afeta muitos domínios da vida de pessoas com doença mental grave. Este está relacionado com crenças de autodesvalorização e autodiscriminação, com diminuição da qualidade de vida, da autoestima, da autoeficácia e com o agravamento de sintomas (Ritsher & Phelan, 2004; Boyd, Adler & Otilingam, 2014) sendo consensual que estes efeitos negativos generalizados podem constituir uma barreira à recuperação (Yanos et al., 2015), diminuição do uso de serviços de saúde mental (Schomerus et al., 2019), diminuição da saúde mental (Illic et al., 2013), desumanização de pessoas com doença mental (Boysen et al., 2020), diminuição do comportamento de procura de ajuda (Evans-Lacko et al., 2012), não adesão ou abandono do tratamento (Corrigan et al., 2014), bem como o aumento da gravidade dos sintomas (Boyd et al., 2014), depressão (Kao et al., 2016) e tendências suicidas (Oexle et al., 2018).

Pelas consequências elencadas anteriormente e, devido à sua elevada prevalência (Mitchell, 2017; Tesfaw et al., 2020; Tzouvara et al., 2016; Young & Ng, 2016; Zamorano et al., 2023; Zarbah

et al, 2023), consideramos pertinente intervir neste âmbito, nos diferentes contextos onde se realizou o “Estágio de natureza profissional com relatório – Módulo I e II”.

Com a elaboração deste relatório pretendemos dar a conhecer os objetivos gerais e específicos que foram estabelecidos para o desenvolvimento do estágio, assim como o conjunto de competências clínicas especializadas que ambicionamos concretizar em cada um dos contextos e que, conjuntamente com as competências gerais, definem o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Neste sentido, o relatório constitui uma abordagem consciente das oportunidades e intervenções realizadas, tendo em conta os objetivos da Unidade Curricular em que se insere, constituindo-se um elemento de avaliação, que permite promover a responsabilização pessoal e individual na construção do percurso académico e profissional, numa perspetiva de aprendizagem significativa, caracterizada pelo espírito empreendedor.

A metodologia utilizada é descritiva tendo por base o processo reflexivo, com recurso a pesquisa bibliográfica que sustenta a nossa intervenção e, ainda a análise e observação direta das experiências proporcionadas.

Este relatório está estruturado no enquadramento da temática central, numa breve caracterização dos contextos clínicos, onde é apresentada a avaliação das suas necessidades, concretizado um estudo de caso utilizando a plataforma e4nursing com a atividade diagnóstica realizada, os domínios e diagnósticos de enfermagem elegidos, estabelecimento de prioridades, objetivos e critérios de resultado, o planeamento das intervenções realizadas, assim como os resultados obtidos/ganhos em saúde. São também abordadas as competências comuns e específicas dos três contextos e termina com uma análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio de natureza profissional realizado.

1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA CENTRAL

1.1. A Doença mental e o Estigma

A doença mental afeta a funcionalidade, atividades de vida diária e interação social da pessoa que dela padece. É um processo complexo que requer constantes adaptações e reajustes na gestão à doença e às dificuldades que dela emergem. Para além das necessidades e dificuldades dos processos crónicos, estas têm de lidar todos os dias com obstáculos sociais impostos pela sociedade.

Segundo Bento (2014), a doença mental ainda é, para alguns, considerada como um assunto que não deve ser abordado de forma similar a qualquer outro assunto de relevância na saúde, contribuindo, assim, para exclusão e isolamento social destas pessoas. Podemos então designar de “estigmatização” ou simplesmente “estigma” a este tipo de consequências negativas (Yang et al., 2013).

O estigma foi inicialmente descrito por Erving Goffman em 1963, tendo o mesmo identificado o estigma como qualquer característica ou atributo pelo qual uma pessoa é desvalorizada, desacreditada e/ou marginalizada.

Segundo Goffman (1975) o estigma incide na identificação que um grupo social faz de uma pessoa ou grupo de pessoas, a partir de um determinado problema físico, comportamental ou social, sendo entendido como diferente e negativo. A pessoa vítima do estigma é desvalorizada pelos outros, uma vez que a sua identidade social e categoria em que é colocada são alvo de desconsideração. O medo de ser vítima desta diferença, é uma das principais razões pelas quais muitos indivíduos com doença mental não procuram ajuda. Este estigma pode significar ser excluído por amigos e familiares, ser discriminado por profissionais de saúde ou ser tratado de forma injusta no local de trabalho (Pietrus, 2014).

A origem do estigma advém da categorização que fazemos das pessoas através do primeiro contacto que temos com esta. Ao fazê-lo, estamos a criar preconceções, atribuindo expectativas não reais, que perfaz uma identidade social que não é real, mas sim virtual, surgindo, assim, os estereótipos.

Pessoas com doença mental, têm associados estereótipos como serem mais perigosas, incapacidade de recuperação e incompetência, sendo desvalorizadas quando comparadas com pessoas com alguma doença a nível orgânico (Thornicroft et al., 2009, como citado em Martinez et al., 2011), resultando em altos níveis de estigmatização (Thornicroft et al., 2009, como citado em Corrigan, 1998). Para além disto, são vítimas de atitudes desvalorizadoras das suas capacidades (Thornicroft et al., 2009, como citado em Slovi et al., 2018), levando a relações interpessoais negativas, comportamentos como discriminação, agressão ou rejeição (Thornicroft et al., 2009, como citado em Haslam, 2006). Derivado deste estigma, estes indivíduos acreditam que um diagnóstico de doença mental pode afetar a sua identidade social e as relações com os outros (Thornicroft et al., 2009; Gallagher et al., 2010), constituindo uma grande barreira no acesso aos cuidados de saúde (Caplan, 2016).

Assim, neste contexto, o estigma tem sido identificado como um grande problema para clientes e familiares, dificultando o acesso ao tratamento médico e psicológico adequado, podendo resultar no agravamento da condição de uma pessoa ou em múltiplos reinternamentos (Corrigan et al., 2014, Rüsck et al., 2014). Além disso, o impacto do estigma é tão grande, que alguns clientes o descrevem como similar aos sintomas do seu distúrbio (Gluck, 2019) assim como, um fardo nas suas vidas públicas e privadas (Gaebel et al., 2011; Krupchanka et al., 2016; Zweifel, 2021).

A literatura identifica múltiplas dimensões ou tipos de estigma relacionado à saúde mental.

Segundo Livingston & Boyd (2010) e Subu et al. (2021), relativamente à pessoa com doença mental, existem três níveis de estigma: o estigma social (estigma público ou promulgado), estigma institucional (relacionado com culturas institucionais e os profissionais que lidam com as pessoas com doença mental) e o estigma internalizado, conhecido como autoestigma.

O estigma social ocorre quando grande parte da população concorda com os estereótipos e rotulagens negativas (Corrigan et al., 2012). Estes rótulos estão associados ao eventual perigo, fraqueza e inutilidade dos indivíduos, provocando atitudes e atos de discriminação, rejeição ou

omissão relativamente aos mesmos (Corrigan & Shapiro, 2010). Os indivíduos estigmatizados experienciam a discriminação através do evitamento, coerção ou segregação.

A própria família, pode ser uma fonte de preconceito e discriminação (Loch, 2012), denotando, por vezes, a existência de um isolamento e exclusão social nos elementos da família das pessoas com doença mental (Struening et al., 2001).

A imprevisibilidade comportamental, a perigosidade, a incompetência, a infantilidade, a culpabilidade e o contágio são alguns estereótipos negativos associados à pessoa com doença mental, que resultam em reações emocionais negativas como o medo, a raiva, a pena e a repugnância (Barrantes et al., 2017). E, apesar do aumento do conhecimento e da aceitação da doença mental na sociedade, algumas destas crenças continuam muito presentes na atualidade.

Este estigma resulta em discriminação na obtenção de habitação, emprego e noutros setores sociais e afeta também pessoas que detenham menos poder, recursos e com menos influência política (Link & Phelan, 2001). Estas atitudes são influenciadas por aspetos culturais, pelo nível de educação e o tipo de relacionamento e proximidade com o cliente com doença mental (Cheang & Davis, 2014). Quando convivemos diariamente com alguém que tem doença mental, a aceitação perante a doença aumenta e as atitudes estigmatizantes diminuem.

O estigma institucional está relacionado com as políticas das instituições públicas e privadas, incluindo os profissionais e funcionários que nelas trabalham (Kingdon et al., 2004). As atitudes dos profissionais de saúde, perante a doença mental, acabam por ser mais paternalistas ou negativas. Contudo, estas acabam por ser mais positivas do que as do público em geral.

O autoestigma ocorre quando as pessoas internalizam atitudes públicas negativas sobre a sua própria condição. Uma vez que uma pessoa internaliza estereótipos negativos, ela pode ter reações emocionais negativas.

Podemos concluir que o estigma é um processo complexo que deve ser abordado tendo em conta várias dimensões: a forma como o estigma é percebido pela pessoa que provoca a estigmatização; a forma como o estigma é percebido pela pessoa que é alvo do mesmo; a existência ou não de um sentimento de pertença a um grupo e o grau desse mesmo sentimento; a reação tanto do estigmatizador como do estigmatizado às consequências do estigma.

No nosso projeto de intervenção pretendemos dar ênfase à forma como o estigma é percebido pela pessoa que é alvo do mesmo.

1.2. O Autoestigma

O autoestigma é a manifestação mais séria, dentro do estigma, em pessoa com doença mental (Yang et al., 2013). Está relacionado com crenças de autodesvalorização e autodiscriminação, com diminuição da qualidade de vida, da autoestima, da autoeficácia e com o agravamento de sintomas (Raposo, M. E., 2020 como citado em Ritscher & Phelan, 2004; Boyd et al., 2014).

São inúmeras as consequências associadas ao autoestigma, destacando-se as que interferem no processo terapêutico (acesso aos cuidados, aceitação do diagnóstico, adesão ao tratamento, barreira na recuperação), nas queixas físicas (influenciando o nível de energia, com alterações do padrão de sono e repouso, mobilidade, desconforto e sensação de dependência da medicação (Oliveira et al., 2016), no autoconceito (aumentando a percepção de desvalorização e discriminação com conseqüente redução do empoderamento e tomada de decisão) e no funcionamento familiar [Raposo M. E., 2020 como citado em Jorm et al. (2006) e Pyne et al. (2004)].

O termo autoestigma tem vindo a ser usado nos grupos marginalizados, para se referir às visões estigmatizadas que estes têm relativamente a si mesmos. Estes, incorporam no seu processo de significação pessoal os estereótipos e preconceitos presentes na sociedade, que nós definimos como “estigma social”, como referido em cima (Tapia et al., 2015). Assim, podemos deferir que o autoestigma advém do estigma público.

Alguns autores (Corrigan et al., 2006; Watson et al., 2007) referem que o autoestigma é um fenómeno progressivo. O processo de internalização do estigma público ocorre através de uma série de etapas que se sucedem (Corrigan et al., 2009; Corrigan et al., 2006).

Neste modelo, uma pessoa com uma condição indesejada está ciente do estigma público sobre a sua condição (consciencialização) e acredita que o estereótipo é verdadeiro e descritivo de si próprio, concordando com ele (concordância estereotipada). Posteriormente, a pessoa concorda que esses estereótipos se aplicam a ela mesma (autoconcordância) levando à internalização do estigma. Isto pode levar a prejuízos, a reduções significativas da autoestima e da autoeficácia (Corrigan et al., 2006), interferindo na realização do objetivo de vida (Corrigan, et al., 2009).

Os efeitos negativos do autoestigma na autoestima e na autoeficácia, podem perdurar após o tratamento bem-sucedido dos sintomas psicológicos, continuando a diminuir o bem-estar (Link et al., 1997) e a interferir na capacidade de alcançar os objetivos de vida (Luoma et al., 2015).

Até que a pessoa seja influenciada pelo estigma, não ocorre dano à autoestima ou à autoeficácia, podendo estes reduzir os resultados nocivos do autoestigma.

Empoderar os indivíduos, parece ser uma forma eficaz de reduzir a autoestigmatização, encorajar as pessoas a acreditar que podem alcançar os seus objetivos de vida e contornar outras consequências negativas que resultam da autoestigmatização. O empoderamento é, de certa forma, o outro lado do estigma, envolvendo poder, controlo, ativismo, indignação justa e otimismo (Corrigan & Rao, 2012).

A investigação tem demonstrado que aceitar a doença mental está associado à diminuição dos efeitos negativos da autoestigmatização na qualidade de vida, encorajando assim as pessoas a se moverem para alcançar os seus objetivos de vida (Corrigan et al., 2010).

Quando as pessoas são abertas sobre a sua condição, a preocupação com o sigilo é reduzida. Quando os seus colegas e familiares as apoiam, mesmo depois de saberem da sua condição, percebem que a sua abertura promove uma sensação de poder e controlo sobre as suas vidas (Corrigan et al., 2011). Outra estratégia que tem evidenciado sucesso, com um relato de menor autoestigma e maior qualidade de vida, é a envolvimento dos clientes com doença mental grave em programas de autoajuda e de apoio mútuo (Corrigan et al., 2011).

Ainda assim, é importante percebermos que nem todos os clientes com doença mental grave internalizam o estigma, sendo importante estarmos atentos para conseguirmos desenvolver estratégias para a sua diminuição e/ou resolução.

Com a crescente consciência do impacto do autoestigma na doença mental, surgiu o interesse no desenvolvimento de intervenções para combatê-lo. As revisões de literatura dirigidas para as intervenções que se concentram no autoestigma, têm procurado aumentar a autoestima, a esperança e a autoeficácia (que têm sido consistentemente associadas inversamente ao autoestigma) e diminuir a evitação social (Yanos et al., 2015).

Foram identificadas seis abordagens, todas em grupo, com apenas uma abordagem (Programa de Redução do Autoestigma) combinando os formatos de grupo e individual. O

número de sessões varia muito, variando de três (*Coming Out Proud*) a 20 sessões (*NECT*). Três das abordagens têm a psicoeducação e a reestruturação cognitiva como principais mecanismos de ação, enquanto as outras três incluem narrativa ou partilha de histórias. No quadro que se segue, apresentamos as diferentes abordagens:

Quadro 1*Comparação de intervenções direcionadas ao autoestigma em saúde mental*

Programa de Intervenção/Autores	Formato	Número de sessões	Estratégia	Eficácia
<i>Autoconceito Saudável</i> McCay et al. (2006, 2007) - Dirigido a indivíduos que experimentaram recentemente o seu primeiro episódio psicótico.	Grupo (5 elementos)	12 Com a duração de 90 minutos.	Psicoeducação, Apoio, Ênfase em Atributos Positivos Temas: <ol style="list-style-type: none">1) Desenvolver uma interpretação pessoalmente aceitável da experiência da doença.2) Minimizar atitudes autoestigmatizantes.3) Reduzir o envolvimento.4) Desenvolver um senso de futuro, esperanças e sonhos.5) Desenvolvimento e busca de objetivos de vida significativos para cada indivíduo.	Impacto significativo no autoestigma, esperança e autoestima. Estudo não randomizado (n=52) e RCT (n=67) em adultos jovens com transtorno do espectro da esquizofrenia.
<i>Programa de Redução do Autoestigma</i> Fung et al. (2011)	Grupo e Individual	12 sessões de Grupo e 4 Individuais.	Psicoeducação, Reestruturação Cognitiva, Entrevista Motivacional, Treinamento de Habilidades Sociais. Temas: <ol style="list-style-type: none">1) As duas primeiras sessões envolvem psicoeducação sobre recuperação e estigma.2) As cinco seguintes envolvem CBT e MI e incluem discussão sobre social e autoestigma como barreiras à recuperação e estratégias para combater o autoestigma.3) As duas sessões individuais que se seguem, dizem respeito ao treino de habilidades sociais em torno da assertividade e como lidar com situações sociais estigmatizantes.4) As duas seguintes são sobre o atingimento de metas, incluindo definição de metas e planeamento de ações.5) A sessão final é usada como revisão e encerramento.	Impacto significativo na autoestima e na participação no tratamento. RCT de (N = 66)

Programa de Intervenção/Autores	Formato	Número de sessões	Estratégia	Eficácia
<p><i>Acabar com o autoestigma (ESS)</i></p> <p>Lucksted et al. (2011)</p>	<p>Grupo (5 a 8 elementos – grupo fechado)</p>	<p>9 sessões 75 a 90 minutos de duração, geralmente realizadas uma vez por semana.</p>	<p>Psicoeducação, Reestruturação Cognitiva</p> <p>Combinam informação, reflexão e partilha de experiências, suporte mútuo e discussão, prática de habilidades/estratégias, exercícios interativos e prática domiciliar.</p> <p>As estratégias incluem:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sessão 1: diferenciar mitos e estereótipos de fatos. 2) Sessão 2 e 3: usar princípios cognitivo-comportamentais para mudar o pensamento autoestigmatizante. 3) Sessão 4: fortalecer aspetos/visões positivas de si mesmo. 4) Sessão 5: aumentar a sensação de pertença e reduzir a alienação na comunidade, com a família/amigos (sessão 6). 5) Sessão 7: responder ao preconceito e discriminação social. 6) Sessão 8: analisa, pratica e integra ainda mais todas as estratégias. 7) Sessão 9: orienta os participantes a planear os próximos passos para reduzir o autoestigma além do curso. 	<p>Impacto significativo no autoestigma, recuperação, suporte social percebido e autoestima.</p>

Programa de Intervenção/Autores	Formato	Número de sessões	Estratégia	Eficácia
<p><i>Melhorar a Narrativa e Terapia Cognitiva (NECT)</i></p> <p>Yanos, Roe & Lysaker, (2011); Yanos et al., (2012); Roe et al. (2010, 2014).</p>	<p>Grupo</p>	<p>20 sessões divididas em 5 etapas 60 minutos.</p>	<p>Psicoeducação, Reestruturação Cognitiva, Aperfeiçoamento Narrativo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Descrever a si mesmos, as suas experiências com doenças ou tratamentos psiquiátricos e as interações e influências mútuas entre si e a doença ao longo do tempo. 2) Psicoeducação mais estruturada que apresenta os conceitos de estigma e autoestigma. 3) Reestruturação cognitiva para identificar e combater crenças autoestigmatizantes. 4) Concentra-se no aprimoramento da narrativa. Os participantes são incentivados a contar histórias pessoais e refletir sobre elas. 5) Termina como começa: com o convite aos participantes para descreverem a si próprios, a sua experiência com a doença ou tratamento psiquiátrico e as interações e influências mútuas entre si e a doença ao longo do tempo, desta vez após a intervenção. 	<p>Impacto significativo no autoestigma, esperança, auto-estima e qualidade de vida subjetiva.</p> <p>Estudo não controlado (n=34).</p>

Programa de Intervenção/Autores	Formato	Número de sessões	Estratégia	Eficácia
<i>Assumindo-se orgulhosamente</i> Corrigan et al. (2013); Rusch et al. (2016)	Grupo	3 sessões	Discussão dos prós e contras da divulgação, contar a história de alguém. Concentra-se em encorajar as pessoas com doença mental a explorar e considerar a revelação como um método primário de superar o autoestigma.	Impacto significativo no stress do estigma, sigilo e stress da revelação. Estudo quase experimental (n>100)
<i>Intervenção Photovoice Antiestigma</i> Russinova et al. (2014)	Grupo	10 sessões de 90 minutos.	Psicoeducação, Tiragem e partilha de fotografias, escrever narrativas relacionadas com fotografias. Os participantes são ensinados a usar a metodologia photovoice, que envolve o uso de câmaras para fotografar “objetos ou eventos nas suas vidas diárias que os preocupam”. Posteriormente são encorajados a gerar narrativas sobre si mesmos que se relacionem com as fotos.	Impacto significativo no autoestigma, enfrentamento do estigma social, maior aumento no senso de ativismo comunitário e perceção de recuperação e crescimento. RCT médio (n = 82)

Nota. Adaptado de Yanos et al., 2015

As intervenções de autoajuda individualizadas para o autoestigma podem ser uma estratégia para aqueles incapazes ou relutantes em participar de intervenções em grupo. Há evidência de que o apoio dos pares pode ser bem-sucedido em capacitar os indivíduos a perseguir os seus objetivos de vida e em se envolver com os serviços (Corrigan et al., 2006). No entanto, a investigação aponta para uma maior eficácia das intervenções administradas pelo terapeuta, quando comparadas com as intervenções de autoajuda (Mills et al., 2020).

Na revisão da literatura e meta análise dirigida para o impacto da intervenção dos pares, constatou-se que o autoestigma e a pressão do estigma podem ser amenizados e que, a recuperação e o empoderamento, também podem ser melhorados. A intervenção liderada por pares pode aumentar a autoeficácia e a vontade de procurar ajuda profissional, mas não tinha efeito significativo sobre os sintomas clínicos e abstinência (Sun et al., 2022).

Ainda subsistem, no entanto, questões sensíveis como o momento de tais intervenções (por exemplo, no início do tratamento ou quando a condição se estabilizar, quando há risco de se tornar crónico ou logo após a alta de um tratamento hospitalar? Bem como o tipo de estratégia: em grupo ou individualmente, por meio de colegas ou profissionais, pessoalmente ou por outros meios? É também necessária uma reflexão sobre a eventual necessidade de abordar o autoestigma em doenças mentais diferentes, uma vez que pessoas com diferentes doenças mentais podem ter necessidades variadas e depender de outros fatores (potencialmente estigmatizantes). A investigação deve ser definida num processo participativo junto com as pessoas afetadas pela doença, considerando os fatores contextuais de modo a garantir que reflitam as suas necessidades.

1.3. O Autoconceito

Ao abordarmos o autoestigma, temos também de nos referir ao autoconceito, Gecas (1982) citado por Serra (1987), considera-o como o conceito que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico, social e espiritual ou moral. O autoconceito determina a identidade de um indivíduo, permitindo compreender a continuidade e coerência do comportamento humano ao longo do tempo.

Sequeira (2006) menciona que o autoconceito pode dividir-se em duas dimensões: as identidades e a autoestima. Qualquer pessoa pode comportar diversas identidades e dedicar mais tempo àquela que se encontra num plano hierárquico mais elevado e com o qual se mostra mais envolvida. A autoestima relaciona-se com os aspetos avaliativos e emocionais, servindo de suporte à formação de sentimentos de competência, através de um processo de autoatribuições e comparação social, ligados a tarefas. A autoestima é a parte afetiva do autoconceito. Como acréscimo às componentes já descritas, fala-se também na imagem corporal.

O mesmo autor refere que o desenvolvimento do autoconceito é beneficiado pelas experiências interpessoais e culturais que criam sensações positivas e um sentido de valor, percepção de competências em áreas valorizadas pelo indivíduo e sociedade, autorealização ou implementação e a realização do verdadeiro potencial do indivíduo.

Existem também alguns aspetos da identidade que são impostos às pessoas, como o diagnóstico de uma doença crónica. A literatura empírica sugere que tal diagnóstico, mesmo quando a doença se pode ocultar, pode ter um efeito estigmatizante (Quinn & Earnshaw, 2013), na medida em que outros veem a pessoa como diferente de forma negativa, por estar “doente” (Goffman, 1963). Quando confrontado com uma doença crónica, a ideia de si próprio, também pode ser alterada. Isto ocorre porque esse novo aspeto estigmatizado da identidade de alguém, deve ser integrado para restabelecer um senso de identidade coerente (Charmaz, 2002; Leventhal et al., 1999).

O “eu” pode, portanto, ser reconstruído à medida que os indivíduos compreendem como as suas vidas se adaptaram à convivência com a doença (Kralik et al., 2004).

Earnshaw et al., 2013, argumentam que o autoestigma deveria estar mais relacionado a resultados afetivos porque envolve sentir-se “menos do que” os outros e está associado a inúmeros fatores negativos de saúde mental. Existem dois pressupostos relevantes que explicam como o estigma pode afetar negativamente o autoconceito (Camp et al., 2002; Link et al. 1989). Em primeiro lugar supõe-se que as pessoas com doença mental reconhecem e compartilham as representações negativas que os outros associam à doença mental. Em segundo lugar, presume-se que ser diagnosticado com uma doença mental torna essa condição uma componente central da identidade ou autoconceito de alguém. Essas suposições indicam que os indivíduos estão cientes dos valores culturais negativos e representações da doença mental e, que aqueles que se identificam com essas representações culturais desvalorizadas, terão mais sentimentos negativos representantes da própria identidade.

De seguida apresentamos um esquema resumo que enquadra a temática e as nossas opções.

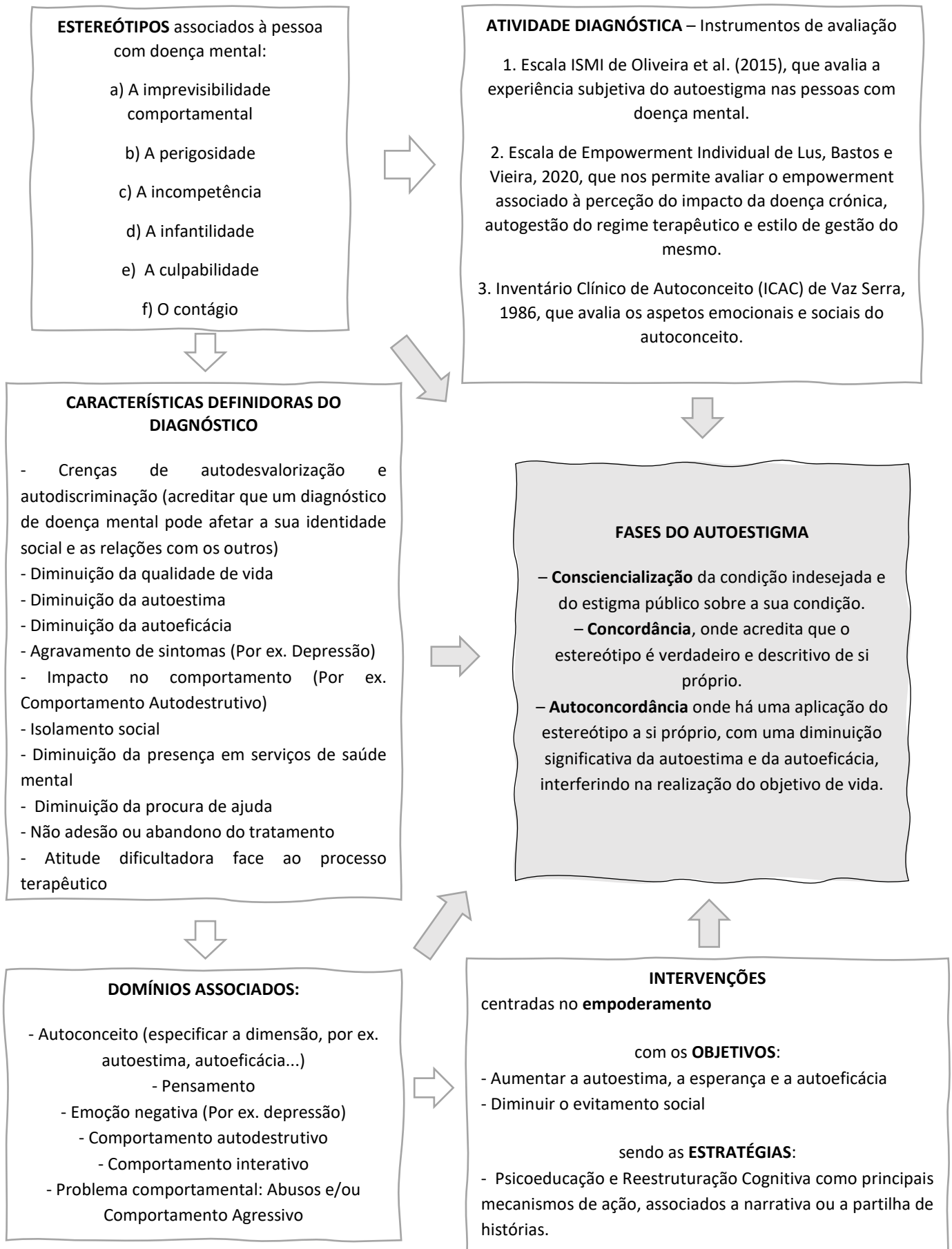


Figura 1 - Esquema resumo de enquadramento temático

2. DESCRIÇÃO DO ESTÁGIO NOS DIFERENTES CONTEXTOS

Neste capítulo faremos a relação entre as atividades desenvolvidas em cada um dos três contextos clínicos onde se realizaram os estágios e desenvolveram as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), existem algumas competências, que um enfermeiro tem de adquirir, para que lhe seja atribuído o título de enfermeiro especialista. Desta forma, apresento os objetivos centrais que presidiram ao desenvolvimento dos estágios:

- Concretizar o projeto individual de desenvolvimento profissional, que foi elaborado no Módulo I, e que consideramos relevante para a aplicação integrada de conhecimentos inscritos na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, sendo aplicável aos contextos clínicos da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica onde realizei os estágios de natureza profissional.
- Consolidar a consciência profissional, sobre o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.
- Demonstrar autodeterminação no processo de aprendizagem através de um espírito empreendedor.
- Aprofundar competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados, de especial complexidade, no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.
- Incorporar na prática clínica, no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, a melhor evidência disponível.
- Integrar a equipa multidisciplinar do contexto clínico, afirmando e expandindo competências de suporte ao exercício profissional de outros enfermeiros, numa lógica de promoção e desenvolvimento de aprendizagens profissionais significativas.
- Apostar na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, no contexto da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dirigido às necessidades dos clientes.

Como objetivos específicos pretendo:

- Adquirir capacidade de reflexão na ação e sobre a ação, demonstrando tomada de consciência enquanto pessoa e enfermeira, sustentado por processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.
- Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental, executando uma avaliação abrangente das suas necessidades nos contextos diversos onde será realizado o estágio de natureza profissional.
- Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.
- Prestar cuidados no âmbito psicoterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa, ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitária, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

3. CONTEXTO CLÍNICO EM ÁREAS DIFERENCIADAS – ESTABELECIMENTO PRISIONAL

Este estágio foi realizado de 7 de fevereiro a 16 de março de 2023, num total de 90h.

3.1. Caracterização do contexto clínico

O estágio em unidades de serviços diferenciados decorreu num Estabelecimento Prisional. Este estabelecimento prisional está organizado em duas áreas: a área administrativa e área prisional. O espaço de alojamento prisional distribui-se por pavilhões. Um destes pavilhões é constituído por camaratas de observação, que surgiram devido a uma necessidade de integração dos reclusos vindos de liberdade, que não têm necessidade de ser internados nas enfermarias, mas também não possuem condições imediatas de autonomia física e mental para serem colocados no Pavilhão de Regime Comum. A maioria destes indivíduos é toxicodependente, encontrando-se extremamente debilitados, precisando de ajuda e orientação em diversas áreas.

Em todos os pavilhões, existem salas de distribuição de metadona, onde os reclusos se dirigem para a realização da toma diária da mesma. Este é um programa estruturado com regras que os reclusos têm de cumprir. É realizada diariamente entre as 8h30 e as 9h30.

Junto dos serviços clínicos da área prisional, existe também uma secção que presta cuidados sociais e de saúde, com o objetivo de ajudar os seus membros que têm problemas relacionados com a toxicodependência. Estes, assumem o compromisso de não consumir drogas. Para isso, estes realizam diversas atividades, diariamente, orientadas pela equipa multidisciplinar que os acompanha, de modo a desenvolverem comportamentos de grupo por modelagem. Aqui, a abstinência não é suficiente, pretende-se que o indivíduo compreenda os motivos dos seus consumos e dependência. É um tratamento livre de todas as drogas, incluindo medicação de substituição proporcionando um espaço de aprendizagem e de experimentação de

competências pessoais e sociais, que facilitem e promovam a organização de um projeto de vida sem drogas.

Já dentro da área dos serviços clínicos, existe uma sala de atendimento de enfermagem onde se realizam vários procedimentos: avaliação de sinais vitais, pesquisas de glicemia capilar, tratamento de feridas, administração de medicação, triagem de consultas médicas, emergências/urgências, entre outros. Nesta sala está afixado um mapa mensal de decanoatos, prescrito pelo psiquiatra, onde consta a identificação do recluso, a terapêutica a administrar e o dia da administração. É da responsabilidade dos enfermeiros que se encontram na sala de atendimento, averiguar diariamente quais os reclusos que têm tratamento. Paralelamente à sala de atendimento, existe uma sala de emergência, devidamente equipada para dar assistência a qualquer situação de emergência (overdose, paragem respiratória, choque anafilático, etc.).

Os enfermeiros estão habilitados para atuar em situações de emergência, mas, no entanto, devem contactar o médico de permanência a fim de obter orientação clínica ou encaminhar o recluso para o hospital.

Existem também salas de preparação de medicação, sendo a mesma administrada em três tomas: pequeno-almoço, almoço e jantar.

A enfermaria é a unidade de internamento que se encontra localizada nos serviços clínicos do Estabelecimento Prisional, permitindo, pela proximidade dos técnicos, uma melhor adequação do tratamento prestado. Destina-se a reclusos que necessitem de acompanhamento, vigilância e apoio, por parte dos profissionais de saúde, para o seu bem-estar e qualidade de vida, uma vez que, nos pavilhões e devido a fatores extrínsecos existentes, a continuidade do tratamento é dificultada.

Os serviços de saúde na área prisional são prestados a todos os reclusos que o necessitem, diariamente. Existem diferentes enfermeiros que, no turno desse dia, ficam responsáveis pelos cuidados aos reclusos:

- Que se encontram na enfermaria.
- Pela preparação e administração da medicação a todos os reclusos que dela necessitam.
- Pela administração da metadona.
- Pela prestação de cuidados gerais que qualquer recluso necessite.

- Pela triagem de sintomas que os clientes apresentem e pretendam ser observados pelos médicos de clínica geral e psiquiatras que trabalham no estabelecimento prisional.

Os serviços clínicos são compostos por uma equipa multidisciplinar, constituída por: cinco médicos de clínica geral e psiquiatria, doze enfermeiros pertencentes ao quadro e três avançados. Destes, oito são especialistas em saúde mental e psiquiatria, sendo os restantes enfermeiros especializados (dois em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, um em enfermagem pediátrica e outro em enfermagem médico-cirúrgica). Os três restantes são enfermeiros de cuidados gerais. Integra também uma equipa de psicólogos, técnicos superiores de reeducação, auxiliares de ação médica, guardas prisionais e vários administrativos.

O Estabelecimento Prisional, como a maioria das prisões em Portugal, encontra-se sobrelotado. A par desta problemática de sobrelotação a literatura aponta para uma prevalência consistentemente superior de patologia psiquiátrica nesta população quando comparadas com a população em geral (Pinto, 2021). A faixa etária da população reclusa situa-se entre os 30 e 39 anos, sendo a razão da mortalidade nestes estabelecimentos a doença (82,8%) e o suicídio (17,2%). Esta população, comparativamente, apresenta uma taxa de suicídio superior à população em geral (DGRSP, 2019). Relativamente ao tipo de crime que envolve estupefacientes, no ano de 2021, 1742 reclusos foram detidos por esse motivo, dos quais 1320 reclusos se dedicavam ao tráfico e 403 reclusos traficavam e consumiam.

Dentro do estabelecimento prisional existem reclusos a partir dos 18 anos e com diferentes tipos de comorbilidades associadas. Podemos encontrar diferentes necessidades nos reclusos, nomeadamente, algumas patologias mais comuns de ordem cardíaca e metabólica como a Hipertensão Arterial e a Diabetes *Mellitus*, assim como patologias do foro psiquiátrico, como a depressão e algumas perturbações da personalidade. Dentro desta área, um dos maiores problemas encontrados junto dos reclusos é a toxicod dependência. Muitos deles realizam medicação para a abstinência do álcool, fazem metadona e encontram-se na unidade para conseguirem deixar a dependência.

3.2. Avaliação de necessidades

Neste contexto, os clientes que integram os serviços clínicos são maioritariamente clientes com abuso de substâncias. O consumo de substâncias é muitas vezes o motivo para entrada na atividade criminal (Gonçalves, 2020; O'Malley, 1992; Schumann, 2003).

O inquérito nacional sobre comportamentos aditivos em meio prisional, realizado pelo SICAD em 2014, constata que 22% dos reclusos declarou como motivo do(s) crime(s) a obtenção de dinheiro para o consumo de drogas e 42% declarou estar sob o efeito de drogas quando cometeu o(s) crime(s). Para além disso, 30% já consumiu alguma vez durante a reclusão e, 25,9%, consumiu nos últimos 12 meses em reclusão (Gonçalves, 2020).

Diversos estudos (Benjamin, 2017; Degenhardt, 2011; Degenhardt, 2019; Krebs, 2014; Nosyk, 2015; Prendergast, 2002) relacionam o tratamento para a Perturbação de Uso de Substâncias (DSM-V) como um meio de redução das problemáticas já mencionadas (Gonçalves, 2020). Os programas de tratamento têm impacto em diversas áreas, refletindo-se na abstinência, na baixa taxa de atividade criminosa, menor número de recaídas, melhoria nas relações sociais, na saúde física e emocional, melhor funcionamento na comunidade e na família, maiores níveis de empregabilidade e, conseqüentemente, ganhos na qualidade de vida e satisfação (Gonçalves (2020), como citado em Stark, 1992; Holcomb, 1997; Perreaulta, 2010; McNeese-Smith, 2014; Benjamin, 2017).

A literatura refere que estes indivíduos, estão frequentemente sujeitos a uma forte estigmatização a nível social. Devido a esta discriminação, o sucesso nas diferentes áreas da vida, como o emprego, os relacionamentos e a saúde, são afetadas negativamente pelo estigma. Um estudo da OMS refere que, de 18 condições de saúde diferentes, o abuso de drogas foi classificado como o primeiro ou o segundo mais estigmatizado em 12 dos 14 países analisados e, o alcoolismo, classificado entre o segundo e o sétimo em 13 países (Crapanzano et al., 2019; Room et al., 2001).

Os clientes, sobre os quais recaiu a nossa intervenção, têm entre os 25 e os 55 anos de idade. O membro mais recente, acabou de ingressar no grupo, enquanto que o mais antigo já se encontra há cerca de 5 anos na unidade. De todos os membros do grupo, cerca de 4 são reincidentes no estabelecimento prisional, sendo que apenas 1 destes é devido ao consumo.

O tempo que ainda lhes resta de cumprimento da pena, também varia entre 1 mês e 14 anos, sendo que, alguns, consoante aquilo que é decretado pelo juiz, têm saídas ao exterior. Quando regressam destas saídas, são realizados testes para deteção de consumo de drogas.

Quando são abordados sobre o porquê de estarem na unidade, é comumente referido que acreditam que este mundo das drogas não é benéfico para eles e pretendem desenvolver uma vida livre deste vício quando estiverem em liberdade. Referem que têm como objetivo estar estáveis a nível financeiro para proporcionarem o melhor às suas famílias, uma vez que têm filhos.

3.3. Atividade diagnóstica

É uma maneira uniforme ou padronizada de identificar, focar e rotular fenômenos que são passíveis de intervenção de enfermagem (Doenges & Moorhouse, 2010). É a abordagem inicial no processo de decisão clínica.

Deste modo, para além da entrevista clínica, utilizamos três escalas para nos auxiliar na identificação de autoestigma, dos aspetos emocionais e sociais do autoconceito e do Empowerment. Estas três escalas foram utilizadas no contexto de diferenciadas: estabelecimento prisional e no contexto de internamento de agudos.

Van Brakel (2006) determina que são necessários instrumentos válidos para a avaliação do estigma e autoestigma, de modo a aumentar a nossa compreensão dos mesmos e dos fatores que ocorrem para a sua ocorrência.

Desta forma, Oliveira et al. (2015) examinaram as propriedades psicométricas, da versão em português, da escala do autoestigma, em pessoas com doença mental (ISMI), numa amostra de 253 clientes adultos com doença psiquiátrica. Os resultados reforçaram a ideia da natureza transcultural do estigma internalizado ou autoestigma, demonstrando que a versão em português da escala ISMI possui propriedades psicométricas adequadas.

Esta escala é de autopreenchimento, contém 28 itens, divididos por 5 subescalas e avalia a experiência subjetiva do autoestigma nas pessoas com doença mental. As subescalas são:

- Afastamento social, referente ao evitar relacionar-se e falar de si próprio por sentir que a experiência de ter uma doença mental é uma sobrecarga. Evitar aproximar-se de pessoas que não têm uma doença mental, socializar ou falar sobre si mesmo, uma vez que se sente um fardo, deslocado ou inadequado, até para com os seus entes queridos. Esta subescala integra 8 itens (8, 10, 11, 12, 13, 19, 24, 26);

- A alienação, que diz respeito à experiência subjetiva de não se sentir integrado na sociedade. Sentir-se constrangido, envergonhado, inferior ou desapontado consigo mesmo por estar doente. Sentir que a doença é culpa sua. Acreditar que a doença mental arruinou a sua vida. Sentir que os outros são incapazes de os entender. Esta conta com 7 itens (1, 4, 5, 7, 15, 16, 20)

- Adesão aos estereótipos, que se refere ao grau de concordância com os estereótipos atribuídos às pessoas com doença mental. Aplicação dos estereótipos a si mesmo, como pessoas com doença mental serem violentas, não poderem viver uma vida boa ou gratificante, não poderem fazer certas coisas típicas (como por exemplo casar, trabalhar num emprego estável, contribuir para a sociedade) e poderem tomar decisões por si mesmo. Esta subescala contém 5 itens (9, 17, 18, 22, 28)

- Experiência de discriminação, relacionado com a percepção da pessoa relativamente à forma como é tratada pelos outros. A sensação de se sentir discriminado, apadrinhado, ignorado ou não levado a sério. Acreditar que os outros não iriam querer uma relação com eles, sentindo-se incapaz de realizar tarefas. Esta conta com 5 itens (2, 3, 14, 21, 27)

- Resistência ao estigma que se refere à experiência de resistir e/ou de não se sentir afetado pelo estigma, com 3 itens (6, 23, 25) de cotação invertida. Cada item é avaliado com uma escala de quatro pontos que varia de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente), sendo que os valores mais altos indicam níveis mais altos de autoestigma. A pontuação total de cada subescala resulta da soma das pontuações dos itens respondidos, divididos pelo número total de itens respondidos. (Por exemplo, se alguém responder 6 dos 7 itens da subescala “Alienação”, o total da subescala será obtido pela soma dos 6 itens respondidos, divididos por 6). A pontuação final deverá variar de 1 a 4 por dimensão (Ritsher et al., 2003; Oliveira, 2009, citado por Oliveira et al., 2015).

Esta escala foi aplicada aos clientes com doença mental nos dois primeiros contextos de estágio, com o objetivo de avaliar o nível de autoestigma de cada cliente e ajudar a direcionar o planeamento e desenvolvimento das intervenções de enfermagem em relação ao autoestigma na pessoa com doença mental.

A autorização para a aplicação da escala foi pedida aos autores, sendo a mesma autorizada (Anexo 1).

Também utilizamos o Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) de Vaz Serra (1986), para avaliar os aspetos emocionais e sociais do autoconceito. É um instrumento de autopreenchimento e fornece informações “(...) sobre os diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é” (Serra, 1986), que poderão ser úteis para a intervenção psicoterapêutica.

É uma escala composta por 20 itens, numa escala tipo Likert, de 1 a 5 pontos, de acordo com as possibilidades de resposta: “Não concordo”, “Concordo pouco”, “Concordo moderadamente”, “Concordo muito” e “Concordo muitíssimo”, sendo que quanto mais alta for a classificação obtida, melhor será o autoconceito do indivíduo. Importa ressaltar que os itens 3, 12 e 18 estão elaborados de uma forma negativa, pelo que a sua pontuação deverá ser invertida, mantendo o princípio de que uma maior pontuação expressa um autoconceito mais elevado.

Este inventário permite calcular seis fatores do autoconceito:

1. Aceitação/Rejeição Social (1, 4, 9, 16 e 17) – Avalia, como o próprio nome indica, a percepção do indivíduo em se sentir, ou não, aceite socialmente.
2. Autoeficácia (3, 5, 8, 11, 18 e 20) – Avalia a percepção do indivíduo, da sua capacidade em enfrentar e resolver problemas de forma eficaz. Assim, os valores mais altos indicam independência e os mais baixos, dependência.
3. Maturidade Psicológica (2, 6, 7 e 13) – Traduz sentido de responsabilidade, tolerância pelos outros, franqueza na expressão das opiniões e gosto pela verdade.
4. Impulsividade-Atividade (10, 15 e 19) – Avalia a iniciativa do indivíduo para colocar em prática uma ideia ou ação.
5. Fator 5 e 6 – De caráter misto, sem qualquer denominação nem classificação pelo autor.

Na sua validação apresentou uma boa consistência interna, boa estabilidade temporal. A correlação entre uma classificação pessoal de autoconceito e a nota global da escala, foi positiva e significativa, o que é sugestivo de uma boa validade do constructo (Almeida, et al., 1995; Serra, 1986).

O inventário foi já aplicado em diversos trabalhos, confirmando que o ICAC é um instrumento com excelentes níveis de validade e fidelidade, sensível ao bom ou mau ajustamento do indivíduo (Rocha, 2009).

O inventário encontra-se disponível na Internet para consulta e utilização.

Por último, foi também utilizada a Escala de *Empowerment* Individual (Luz et al., 2020) no contexto da doença crónica.

A avaliação do nível de *empowerment*, permite-nos compreender o impacto dos cuidados de saúde na autogestão do regime terapêutico (Luz et al., 2020).

A construção desta escala foi realizada a partir da revisão da literatura, através da identificação de dimensões comuns a escalas de avaliação do empowerment. Esta escala permite avaliar o *empowerment* nas pessoas com doença crónica, associado à percepção do impacto da doença crónica, autogestão do regime terapêutico e estilo de gestão do mesmo (Luz et al., 2020).

Como resultado final, foi obtido um instrumento com 25 itens, divididos por sete dimensões: autopercepção, participação nas decisões em saúde, mestria, determinação, identidade, autonomia e relação com os profissionais de saúde (Luz et al., 2020).

A escala apresenta boas propriedades psicométricas, com valores de alfa superiores a 0,70 no seu global e em cada uma das dimensões, exceto na “Identidade” e “Autonomia e poder”, que apresentam valores inferiores (Luz et al., 2020).

É, por isso, uma escala válida e fiável que avalia o nível de *empowerment* no contexto da doença crónica, que ajuda os profissionais de saúde a explorar o impacto do resultado na autogestão do regime terapêutico, nos indicadores de controlo da doença e na qualidade de vida (Luz et al., 2020).

A autorização para a aplicação da escala foi pedida aos autores, tendo a mesma sido autorizada (Anexo 2).

3.4. Domínios de enfermagem

O processo de diagnóstico requer pensamento crítico e capacidade de tomada de decisão por parte do enfermeiro (Woolley, 1990; Fonteyn, 1991).

Sustentamos a nossa abordagem na ontologia multilingue NursingOntos (ESEP, 2023). Uma ontologia trata-se de uma descrição de conceitos e as suas relações, que caracterizam de forma explícita, uma conceptualização, ou seja, uma representação formal do conhecimento (Gruber, 1993). Em enfermagem, de acordo com os momentos da conceção de cuidados, esta deve comportar quatro classes de informação: dados que resultam de avaliação a partir do cliente, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem (ESEP, 2023).

Silva (2006), preconiza que a resposta humana às transições, representa o objeto de estudo da Enfermagem, sendo o modelo teórico de referência a Teoria das Transições de Meleis.

Uma transição, é o processo que ocorre quando há incorporação das mudanças no modo de viver, com reorientação e redefinição do modo de ser e de estar de quem vive a transição (Click & Meleis, 1986; Bridges, 2004; Kralik et al., 2006). Estas mudanças podem estar associadas ao processo de desenvolvimento da pessoa ao longo do ciclo de vida (transições desenvolvimentais), à necessidade de desempenho de um novo papel relacionado com a saúde (transições situacionais) ou a mudanças decorrentes de um processo de doença (transições de saúde-doença) (Chick & Meleis, 1986).

De acordo com Meleis et al. (2000), existem propriedades inerentes à transição, que caracterizam o modo como cada pessoa vive uma situação de crise e de mudança, devendo os enfermeiros ter uma estrutura para a avaliação dos fatores facilitadores ou dificultadores que lhes possibilite entender a experiência de transição individual dos clientes. A facilidade ou a dificuldade no processo de adaptação dependerá do equilíbrio entre as exigências associadas à transição e os recursos pessoais. Existem dois tipos de condicionalismos: os internos ou pessoais, que se reportam aos fatores intrínsecos da pessoa, e os externos ou comunitários, relacionados com os processos familiares e com os recursos que a pessoa apresenta à sua disposição. Os recursos internos compreendem os significados, expectativas, as atitudes e as crenças, o status socioeconómico e a preparação ou o conhecimento acerca do próprio processo de transição. Os recursos externos, incluem o apoio da família, a informação adquirida através dos profissionais de saúde e o contacto com pessoas que vivenciaram uma transição semelhante, de forma a esclarecer ou clarificar dúvidas (Meleis et al., 2000).

A transição envolve a criação de novos significados e perceções e a reformulação dos mesmos em relação ao ambiente que o envolve (Meleis et al., 2010). De modo a entendermos se este processo constitui um evento saudável, devemos recorrer aos indicadores de resultado: a mestria e as identidades flexíveis e integradoras (Meleis et al., 2010). A mestria centra-se no desenvolvimento de competências e condutas ao longo de todo o processo de transição para gerir a nova situação. Os níveis de mestria, indicam-nos os ganhos em saúde alcançados no decurso de toda a experiência. O indicador referente às identidades flexíveis e integradoras, indica que uma transição saudável deve incluir uma reformulação da identidade do cliente/indivíduo, da qual resulta a integração de novos conhecimentos com o propósito de alterar os seus comportamentos (Meleis et al., 2010; Wilson, 1997, cit. Por Davies, 2005).

Desta forma, podemos concluir que os enfermeiros são agentes facilitadores de transição, intervindo sobre as mudanças e exigências deste processo. Contudo, para que isto ocorra, as estratégias de enfermagem devem partir da perspectiva de quem a experiência, inferindo sobre as necessidades do cliente (Zagonel, 1999). No entender de Meleis et al. (2010), compete ao enfermeiro orientar, preparar, informar e promover a aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição nos clientes (Meleis et al., 2010).

Com o intuito de integrar conceitos teóricos que enformam a prática, realizamos um estudo de caso, em cada um dos contextos de estágio, concebendo os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades do cliente.

Neste contexto de estágio, os domínios aos quais demos ênfase na nossa avaliação, foram:

- No processo corporal: a consciência, o sono e os processos cardiorrespiratório, gastrointestinal e urinário.
- No processo psicológico: o autoconceito (avaliando o autoestigma), a emoção, o pensamento e a memória.
- Na ação: o autocuidado (autogestão do regime terapêutico), o comportamento interativo e o problema comportamental (abuso do tabaco, álcool e drogas).
- Na transição no desenvolvimento humano: o comportamento de procura de saúde.

3.5. Estabelecimento de prioridades, objetivos e critérios de resultado

Um diagnóstico de enfermagem é voltado a um problema e/ou necessidade no âmbito de promoção da saúde ou de um risco potencial (Herdman, 2012).

Uma vez estabelecidos os diagnósticos de enfermagem, foram delineadas prioridades, objetivos e critérios de resultado específicos para cada local de estágio. Deste modo, organizamos a informação por contextos clínicos de estágio.

Assim, no meu primeiro contexto clínico, trabalhei com um grupo de clientes que se encontravam num estabelecimento prisional a cumprir um programa de desintoxicação. Após a

avaliação de necessidades e identificação dos diagnósticos de enfermagem, elaborei o plano de cuidados, priorizando os problemas identificados, e estabeleci os resultados ou metas passíveis de serem atingidos no tempo disponível. Deste modo, estabeleci um plano de intervenção, selecionando as intervenções consideradas mais adequadas de acordo com a evidência científica.

As suas necessidades centravam-se na aquisição de estratégias para conseguirem lidar com as intercorrências do quotidiano, no decurso do tratamento, no pós tratamento e, ainda, durante e após a reclusão, onde não há espaço para os consumos.

Face aos domínios identificados neste contexto de estágio, descritos acima, os diagnósticos de enfermagem identificados foram:

- Autoconceito comprometido (com presença de comportamentos de desvalorização pessoal, pensamentos sobre si e o seu desempenho, negativos, opinião e/ou imagem mental negativa e desvalorização de perceções positivas referidas por outras pessoas).
- Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor.
- Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono.
- Potencial para melhorar comportamento de procura de saúde.
- Potencial para melhorar conhecimento sobre padrão alimentar saudável.
- Potencial para melhorar conhecimento sobre padrão de exercício físico saudável.
- Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo.
- Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco.

Estabeleci como objetivos:

- Promover o auto e heteroconhecimento.
- Promover a socialização.
- Melhorar a confiança em si e nos outros.
- Melhorar a autoestima e autoconfiança.

- Compreender o impacto do estigma e da discriminação na saúde mental e no autoconceito.
- Clarificar crenças e valores.
- Promover uma comunicação mais eficaz.
- Promover o conhecimento sobre identificação de sinais precoces de alerta de uma recaída e como a prevenir.

Como critérios de resultado estabeleci:

- Que os clientes desenvolvam autoconhecimento e conhecimento dos restantes membros do grupo.
- Que os clientes socializem entre eles.
- Que os clientes adquiram sentimentos de mais autoconfiança e de mais confiança no outro.
- Que os clientes verbalizem sentimentos de autoestima e autoconfiança.
- Que os clientes identifiquem o estigma e a discriminação de que são alvo e, de que forma, estes impactam a sua saúde mental.
- Que os clientes verbalizem as crenças e valores de uma forma clara, sem associação de mitos.
- Que os clientes sejam capazes de efetuar uma comunicação mais eficaz no seu dia-a-dia, nos momentos de conflito e quando necessitam de pedir ajuda.
- Que os clientes sejam capazes de identificar sinais de alerta de quando estão prestes a ter uma recaída e saibam como a devem prevenir.

3.6. Planeamento e execução das intervenções

Os tratamentos mais comumente usados na Europa no âmbito do consumo de substâncias (OEDT, 2010), são os programas, onde é utilizada medicação (metadona, naltrexona e buprenorfina), e os programas psicoterapêuticos (abordagem da terapia cognitivo-comportamental, a abordagem em 12 etapas e a abordagem estruturada em comunidade

terapêutica). A abordagem da terapia cognitivo-comportamental possui diferentes níveis de intensidade, onde o objetivo é obter experiências de aprendizagem social e entender e tratar o comportamento problemático relacionado com as drogas e agressões relacionadas com as substâncias. A abordagem em 12 etapas é baseada na aprendizagem social dentro de uma abordagem entre pares, onde os novos membros do grupo recebem instruções sobre formas de ingressar numa vida livre de drogas por indivíduos com mais experiência. A abordagem estruturada da comunidade terapêutica baseia-se no tratamento hierárquico e visa ensinar novos comportamentos, atitudes e valores, reforçados pelo apoio da comunidade terapêutica e de pares. São geralmente programas residenciais de longo prazo que enfatizam a socialização, estilo de vida e mudança de comportamento onde não é usado tratamento farmacológico. Os programas psicoterapêuticos consistem na educação do cliente para lidar com sintomas negativos e com a angústia emocional e ainda, no uso de técnicas de aconselhamento, com o objetivo de proporcionar ao cliente conforto psicológico que lhe permita orientar a sua atenção para um estilo de vida em direção à abstinência (Gonçalves, 2020; Schumann, 2003; Rangé, 2008; Gomes, 2011; Stover, 2014).

Como referido anteriormente após o estabelecimento de prioridades, objetivos e critérios de resultado, elaboramos um plano das intervenções a serem realizadas.

Atendemos ao autoestigma presente nas pessoas com abuso de substâncias que acreditam que as crenças negativas da sociedade são verdadeiras para elas. Como salientado anteriormente, o autoestigma prevê piores resultados funcionais e de tratamento. A investigação sobre o estigma tem analisado o impacto de um único estigma nas pessoas, sem considerar os efeitos potenciais de múltiplos rótulos estigmatizantes. Pessoas com doença mental e histórico de sentença criminal, entretanto, podem sofrer múltiplos estigmas relacionados à doença mental e ao histórico de cadastro (West et al., 2015).

A literatura tem apontado duas abordagens proeminentes para a redução do autoestigma:

- Intervenções que tentam alterar as crenças e atitudes estigmatizantes do indivíduo.
- Intervenções que melhoram as competências para lidar com o autoestigma através de melhoria na autoestima, capacitação e comportamento de procura de ajuda. A psicoeducação é a intervenção mais testada (Mitall et al., 2012).

Desta forma e, com base na literatura, foram executadas intervenções psicoterapêuticas que tiveram como base o modelo de abordagem cognitivo comportamental - Rational Emotional Behavior Therapy (REBT), de Albert Ellis (1955). Este modelo ajuda os clientes a desafiarem as suas crenças disfuncionais e irracionais, focado no aqui e no agora (Ellis et al., 1988).



Figura 2 - Rodrigues, G. (2022). *Psicoeducação em Terapia Cognitivo-comportamental*

As crenças, tal como os comportamentos, podem ser modificadas, podendo desencadear respostas emocionais positivas. Esta foi a premissa para a nossa intervenção.

A nossa abordagem auxiliava-nos na consciencialização das consequências dos comportamentos individuais, relativamente ao comportamento aditivo e ao desviante. Isto porque, os consumos, juntamente com as crenças irracionais, apresentam vários tipos de reforços, como por exemplo as crenças de que a droga reduz a tensão, melhora a performance social e previne o desconforto emocional, o que pode contribuir para a manutenção do padrão de consumos mal adaptativos (Ellis et al., 1988), potenciando a recaída, quando estes são confrontados com acontecimentos desagradáveis. É importante edificar a construção de que a mudança é possível, e de que o comportamento (negativo) tido no passado, não tem de ser uma condenação simbólica e permanente.

Recorremos à intervenção psicoeducacional com o intuito de lhes proporcionar conhecimento para que possam ser ativos e estar preparados para lidar com as mudanças a partir de estratégias de enfrentamento, fortalecimento da comunicação e de adaptação (Bhattacharjee et al., 2011). Consideramos que a maneira mais efetiva para auxiliar as pessoas é ensiná-las a se ajudarem, propiciando consciencialização e autonomia.

Tendo em conta o apresentado, planeamos intervir no autoestigma, no autoconceito e no empowerment junto do grupo de clientes, de modo a evitar recaídas, diminuir a atividade criminosa e obter ganhos na satisfação e qualidade de vida, promovendo melhoria nas relações sociais, na saúde física e emocional e conseqüentemente um melhor funcionamento na comunidade e na família.

Quadro 2*Representação do plano de intervenção para o grupo*

	1ª semana (6/2 a 12/2)	2ª semana (13/2 a 19/2)	3ª semana (20/2 a 26/02)	4ª semana (27/2 a 5/3)	5ª semana (6/3 a 12/3)	6ª Semana (13/6 a 16/3)
Realização da avaliação inicial	Aplicação das escalas, entrevistas e observação					
Análise dos resultados, identificação das necessidades e elaboração do plano de intervenção		X				
Plano de intervenção			Sessão 1	Sessão 2	Sessões 3 e 4	Sessões 5 e 6
Estudo de caso		X	X	X	X	X
Avaliação do processo			X	X	X	X
Avaliação dos resultados (repetição avaliação inicial)						X
Síntese do relatório						X

3.7. Competências comuns e específicas

De acordo com o Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto de 2018, o enfermeiro especialista deve ser capaz de desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Neste subcapítulo pretendo descrever as competências que considero ter desenvolvido no contexto de estágio de diferenciadas.

Relativamente à competência:

a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

Considero que esta competência foi adquirida em todos os contextos de estágio e sempre que tinha alguma interação junto dos clientes e família. Considero que o elevado conhecimento e consciência de mim própria enquanto pessoa e enfermeira é algo que se conquista com a prática, a experiência, reflexão e conhecimento. Fruto também do “amadurecimento pessoal e profissional”.

Considero que o autoconhecimento que vamos adquirindo com a experiência, nos proporciona o sentido de “corrigir” e melhorar a experiência anterior, por forma a proporcionar melhores cuidados e melhor regulação emocional nas nossas ações.

Quando estamos perante um cliente e estamos a desenvolver a nossa intervenção junto do mesmo, temos sempre de ser capazes de identificar emoções, sentimentos, valores e outros fatores intrínsecos a nós que nos estejam a dificultar a interação, de modo a alcançar os objetivos pretendidos e conseguirmos executar o nosso trabalho de uma forma exímia, para o sucesso da intervenção.

Todas as formas de terapia, requerem um relacionamento interpessoal, com o objetivo de ajudar o cliente, permitindo a este compreender o terapeuta e ao terapeuta compreender as interpretações da experiência do cliente.

Também é importante a capacidade de saber estabelecer limites, tendo em vista o bem-estar do cliente e o objetivo/eficácia da técnica. Na terapia o relacionamento tem um propósito, que requer consentimento e compromisso para trabalhar em direção aos objetivos acordados.

Todos os autores identificam a relação terapêutica como o pilar da enfermagem em saúde mental (McAllister et al., 2019).

Considero que o consegui fazer com todos os clientes com quem trabalhei. Consegui estabelecer uma relação terapêutica, tendo sido uma relação diferente com cada um dos clientes, que procurou centrar-se no respeito, equilíbrio e no espaço de reflexão, de modo a provocar mudanças positivas. Isto implicou que eu tivesse autoconfiança, sendo capaz de ajudar o cliente e a sua família. Essa ação foi realizada no contexto do estar presente, da escuta ou nas intervenções psicoterapêuticas.

Procurei, ao longo do meu desenvolvimento e atividade, enquanto futura especialista:

- Identificar as emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que pudessem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.
- Gerir os fenómenos de transferência e contra-transferência, impasses ou resistências que pudessem ocorrer na relação terapêutica.
- Manter os limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico.

No que diz respeito à monitorização das minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, concretizei-as através da minha reflexão autoavaliativa e da interação com o meu tutor e supervisor de estágio.

No que diz respeito ao

b) Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental, procurei recolher a informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes respeitando também os princípios éticos e deontológicos da profissão.

Nos primeiros turnos realizados por mim, tinha como objetivos: obter o “consentimento informado”, realizar a aplicação das escalas junto da população-alvo e efetuar a entrevista clínica para o desenvolvimento do meu caso clínico. Obtive então o consentimento informado,

depois de analisado e assinado pelos participantes. Após a concordância em participar, fiz também a aplicação dos questionários junto da população selecionada. Desta forma, dei resposta à unidade de competência “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente”, através da recolha de informação para a avaliação das necessidades.

Com a realização da entrevista clínica e observação do cliente pude “Executar uma avaliação global que me permitiu uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” assim como “Realizar e implementar um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados”.

A entrevista clínica decorreu de forma colaborativa em cerca de 1h30. Preparei um guião estruturado para a realização da entrevista, contudo, no decorrer da mesma, algumas questões foram alteradas, outras não foram colocadas e foram ainda desenvolvidas novas questões que não faziam parte do guião. As entrevistas realizadas no âmbito da saúde são mesmo assim, adaptadas à situação e ao sentido oportuno da captação de informação, sem perder a meta e os objetivos propostos. Consegui obter os dados que necessitava para formular diagnósticos e desenhar as intervenções adequadas ao cliente, dando assim resposta à unidade de competência “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade”. Saliento a colaboração do cliente que estabeleceu uma comunicação fácil, apesar de se encontrar reservado na exposição de alguns fatos/situações de vida. Considero que consegui estabelecer uma relação de confiança de modo a que este revelasse os dados essenciais para a identificação dos diagnósticos de enfermagem. A disponibilidade e o tempo despendido, proporcionaram ao cliente um maior relaxamento e uma atitude menos defensiva, o que possibilitou o questionamento socrático, ajudando o cliente a identificar com maior facilidade os padrões comportamentais disfuncionais que apresenta. No final da entrevista, agradeceu-me por aquele momento. Senti que tinha realizado a entrevista de forma adequada à situação e cliente, respeitando a sua individualidade e que tinha atingido os objetivos. Pela partilha, e por este momento constituir o início do envolvimento deste cliente no processo terapêutico, posso afirmar que, no MESMP, foi o primeiro momento em que senti que estaria a intervir de uma forma significativa junto de um cliente. Foi uma experiência de crescimento pessoal e profissional gratificante.

Posteriormente analisei a informação obtida através da recolha de dados e programei as intervenções no tempo disponível. No quadro seguinte apresento o programa de intervenção implementado para o grupo.

Quadro 3*Programa de intervenção implementado no grupo*

SEMANA DE REALIZAÇÃO	TEMA	OBJETIVOS	ATIVIDADE
3ª semana (20/2 a 26/02)	O valor da socialização	<ul style="list-style-type: none">• Promover e estimular o auto e heteroconhecimento.• Promover a socialização.• Reforçar a confiança em si e nos outros.• Contribuir para a melhoria da autoestima.	<ul style="list-style-type: none">• A dinamizadora, enquanto segura o novelo de lã, inicia o exercício mencionando o que é para si a amizade e a importância que esta tem na sua vida.• Depois, passa o novelo a um dos elementos (ficando a segurar a ponta do fio) e convida-o a falar sobre o mesmo.• Quando chega ao último elemento, a dinamizadora estimula o grupo a falar sobre o significado daquela “teia”, da importância das ligações e relações interpessoais.• Depois faz-se o caminho inverso desfazendo a “teia” e, cada elemento, refere o que se lembra da apresentação do elemento que vai receber o novelo.• No final, a dinamizadora reforça os aspetos positivos e estimula a partilha de emoções e sentimentos.
4ª Semana (27/2 a 5/3)	Doença mental: factos e mitos	<ul style="list-style-type: none">• Compreender o impacto do estigma e da discriminação na saúde mental.• Perceber o que é um mito, identificar quais os principais mitos que afetam a pessoa com doença mental e como explicá-los.• Promover e estimular a socialização.• Promover o hétero e autoconhecimento.• Promover a autoaceitação.	<ul style="list-style-type: none">• Distribuir os mitos, em cima da mesa, voltados para cima, em forma de círculo.• Numa primeira abordagem, cada cliente é convidado a escolher até três dos mitos que entende que o afeta.• Numa segunda abordagem, são convidados a escolher o mito com que não concordam de maneira alguma expondo as razões da sua discordância.• No final, é aberta uma discussão em que expõem de que modo os três mitos escolhidos inicialmente se manifestaram nas suas vidas e quais as implicações que causaram nas suas vidas.

SEMANA DE REALIZAÇÃO	TEMA	OBJETIVOS	ATIVIDADE
		<ul style="list-style-type: none"> Reforçar a autoconfiança. 	<ul style="list-style-type: none"> Cada cliente poderá manifestar a sua opinião, partilhando experiências ou saberes com o grupo. No final, cada mito será rasgado pela pessoa que o escolheu, sendo os papéis colocados no caixote do lixo, como representação de que podemos sempre agir perante aquilo que nos causa algum malefício.
5ª semana (6/3 a 12/3)	Chegar ao outro	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer a importância de comunicar. Conhecer as regras para uma comunicação eficaz. Clarificar crenças e valores. Desconstruir perceções negativas. Promover e estimular o auto e heteroconhecimento. Promover a socialização. Reforçar a confiança em si e nos outros. Contribuir para a melhoria da autoestima. Treinar competências de coping. 	<ul style="list-style-type: none"> Pequena explicação e exposição sobre os diferentes tipos de comunicação. Apresentação de cenários que descrevem situações alvo de estigma e, através de um roleplay, os participantes têm de decidir e apresentar a melhor forma de comunicar/gerir a situação apresentada. Os elementos que não participaram falam sobre os pontos a melhorar na interação, dando sugestões para melhorar.
5ª semana (6/3 a 12/3)	Gerir Conflitos	<ul style="list-style-type: none"> Promover o autoconhecimento. Promover e estimular a socialização. Reforçar a confiança em si. Treinar competências de comunicação. Contribuir para a melhoria da autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> Inicialmente é projetado um vídeo de uma situação de interação social com conflito. Após assistirem ao vídeo, é realizada uma discussão onde os participantes procuram identificar os pontos que dificultaram a interação entre os intervenientes do vídeo, a nível da comunicação verbal e não verbal, e são solicitadas sugestões para o desenvolvimento de uma comunicação mais adequada e, conseqüentemente, para a gestão do conflito. São solicitadas também as estratégias que estes utilizam quando estão perante uma situação de conflito.

SEMANA DE REALIZAÇÃO	TEMA	OBJETIVOS	ATIVIDADE
6ª Semana (13/6 a 16/3)	Aprender a pedir ajuda	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber que é possível reduzir a possibilidade de ter recaídas no futuro. • Aprender a identificar sinais precoces de alerta de uma crise. • Promover o autoconhecimento. • Promover e estimular a socialização. • Reforçar a confiança em si. • Treinar competências de coping. • Contribuir para a melhoria da autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> • No início da atividade é lançada a questão: o que é uma recaída? Como entendem a recaída? Como uma frustração? • De seguida é distribuído um papel onde é solicitado aos participantes que escrevam um pensamento/sensação/situação/objeto que, quando saírem em liberdade, considerem que seja como um “gatilho” que os leve à possibilidade de terem uma recaída. • De seguida é realizado um diálogo sobre o número de recaídas que cada elemento já teve. O que acham que os levou à recaída? Como lidaram com a recaída? Quais as estratégias que adotaram para que esta não voltasse a surgir? O que podem fazer para minimizar os riscos de recaída? O que aprenderam e o que podem melhorar? • Realização de “pequeno apanhado” dos sinais precoces de alerta para as crises que são mais comuns entre os participantes.
6ª Semana (13/6 a 16/3)	Ser mais!	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar os significados de autoestima e autoconfiança. • Perceber a importância da autoestima e da autoconfiança para o bem-estar. • Considerar estratégias de forma a promover a autoestima e a autoconfiança. • Promover o autoconhecimento. • Promover e estimular a socialização. • Treinar competências de coping. 	<ul style="list-style-type: none"> • No início da atividade são distribuídas folhas com um “Termómetro da autoestima e da autoconfiança”, no qual, cada elemento se posiciona de forma a medir o seu nível atual de autoestima e autoconfiança. • De seguida, cada elemento escreve numa folha A4 duas qualidades que julga possuir. Lê essas duas qualidades em voz alta para os restantes membros do grupo ouvirem. Essa mesma folha deverá ser colocada nas suas costas onde, cada um dos colegas, irá escrever uma qualidade que este colega apresenta. No final, cada um deverá ler o que está escrito na folha em voz alta e deverá guardá-la junto dos seus pertences.

Com a realização deste programa de intervenção, consegui dar resposta às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica:

c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, 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.

Salientando de forma particular a aquisição das unidades de competências “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade”, “Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação” e “Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais”.

Iniciei o programa com a atividade intitulada “O valor da socialização”, tendo esta decorrido de acordo com o planeado.

Com a sessão, consegui que o grupo partilhasse de forma clara e aberta, alguns sentimentos, dificuldades e expectativas, possibilitando aos intervenientes uma visão particularizada de cada um deles. Em grupo refletiram sobre o que entendiam sobre socialização e a importância desta para reintegração na sociedade. Abordaram as relações interativas e afetivas e, também, o valor da amizade e como a vivenciam. Foi possível notar que um denominador comum era a questão de, ali na unidade e no regime prisional, terem começado a ver a amizade de uma forma estruturante, valorizando aspetos de segurança como a confiança e o sentido de apoio. Existe um antes da experiência prisional, um decorrer da experiência e a expectativa do que virá depois. É possível observar que, apesar das divergências, este grupo está unido no objetivo de criar uma relação de interajuda e evoluírem em conjunto. Referiram que, apesar da situação que estão a vivenciar, levarão amigos para a vida. Mencionaram ainda que, quando foram presos, depararam-se com um momento “chave” de crise, e conseguiram perceber quem são os seus verdadeiros amigos, “aqueles que os visitaram e continuam a fazê-lo, porque se importam verdadeiramente com eles e não têm qualquer interesse”.

Alguns já conheciam a estratégia da utilização do novelo de lã, pelo que interagiram de uma forma mais motivadora e interativa comparativamente com aqueles que não a conheciam. Foi trabalhoso conseguir manter a atenção destes ao longo de toda a dinâmica. Isto é algo possível de se avaliar, pela postura que apresentam, contudo, consegui surpreendê-los quando referi que teriam de fazer o caminho inverso, desfazendo a “teia” e, cada elemento, deveria referir o que se lembrava da apresentação do elemento que recebeu o novelo. Aí foi possível notar que começaram a refletir sobre toda a dinâmica e, os mais interessados, fizeram um esforço para mencionar algo que se tenha destacado naquilo que o colega tinha mencionado. Contudo, também existem aqueles elementos que não estão tão atentos e, estando há pouco tempo na unidade, acabam por não ser tão participativos e empenhados. Com o tempo, o envolvimento acabou por emergir. Esta situação fez-me refletir na necessidade de fazer atividades que impliquem mais movimento para que estes não percam o foco tão facilmente, tendo aplicado este tipo de estratégias nas sessões que se seguiram.

Fui confrontada com o dia indicado para a avaliação intercalar. Foi um bom momento para perceber algumas coisas que tinha de modificar, nomeadamente a realização da análise dos resultados obtidos, para ser capaz de adaptar as intervenções planeadas às necessidades que o grupo apresentava no momento. Todos se encontravam em processo de desintoxicação. Este é um processo que necessita de um trabalho constante por parte do consumidor, para que seja capaz de se manter “limpo”, sem recaídas.

A segunda sessão, integrou um debate acerca de mitos sobre toxicodependentes e reclusos, onde os intervenientes expuseram os seus argumentos sobre os mitos expostos, assim como, aqueles que já tinham experienciado e como lidaram com o estigma que estava presente no momento dessa experiência.

Foi um debate que possibilitou a cada um deles expor as suas opiniões, se abrirem e discutirem aquilo que sentiam. Perceberam que o estigma existe e está presente nas mais pequenas coisas. Os “rótulos” são atribuídos, mas cada um deles deve consciencializar-se que, enquanto pessoas, são distintos desses “rótulos”, não nasceram reclusos e/ou toxicodependentes e por isso são capazes de mudar. Vencer o estigma, só depende deles mesmos.

Eles partilharam as suas histórias de vida, destacando as situações em que se sentiram alvos de estigma.

Também referiram que o consumo os distanciava das pessoas que os rodeavam, dificultando a perceção de algumas atitudes destes. Agora, que estão mais conscientes de algumas coisas,

afastados do mundo da droga e tendo vivenciado experiências diferentes, são capazes de entender o porquê de, naquela altura, as pessoas agirem com eles de determinada maneira e, de assumir, que tiveram atitudes erradas, sendo o facto de consumirem, aquilo que não os permitia ter discernimento sobre determinados comportamentos. Agora, com insight para as situações que vivenciaram, são capazes de parar e pensar como agir de uma forma diferente para não voltarem a cometer os mesmos erros e recaírem, novamente.

Refletiram ainda sobre o estigma e a forma como este os pode afetar. Concluíram que estão a adquirir as ferramentas necessárias para saber lidar com os desafios que vão encontrar quando saírem em liberdade, sendo esse, o verdadeiro desafio. Como um membro referiu: “Agora estamos a fazer os treinos. Quando sairmos em liberdade, vamos para o jogo a sério.”

A terceira sessão, incorporou um role-play entre os intervenientes, através da construção de dois cenários relacionados com o estigma que estes podem vir a sofrer quando estiverem em liberdade, de modo a que desenvolvam ferramentas de como deverão agir perante essas situações.

Iniciei a sessão com uma pequena explicação e entrega de um panfleto (Anexo 3), elaborado por mim, onde explicava os principais tipos de comunicação. Abordei, com eles, a diferença entre os tipos de comunicação, assim como, estratégias de como melhorar a comunicação verbal e não verbal, que serão úteis para a realização do role-play, assim como para a vida em geral. Após esta abordagem, solicitei dois voluntários para a realização do primeiro role-play. Os dois voluntários ofereceram-se e começaram a interação. Mentalmente fui anotando alguns pontos onde poderiam melhorar, de modo a transmitir este feedback no final. Quando terminaram a realização do role-play, questionei os restantes membros do grupo sobre aquilo que alteravam nesta interação. Obtive diversas respostas, adequadas ao que seria o mais correto a fazer e, mencionei, também eu, alguns aspetos, tanto da linguagem verbal como da não verbal, que deveriam ser alterados. Após estas correções, foi solicitado que trocassem de papéis e, após as explicações realizadas, realizassem o role-play, com o mesmo cenário, de modo a observar a evolução. Foi perceptível a diferença das técnicas utilizadas, o que permite uma avaliação da evolução dos mesmos.

No cenário seguinte, solicitei a intervenção de três membros do grupo para a elaboração do role-play. Mantive os mesmos pontos de atenção do primeiro cenário e o procedimento foi o mesmo. Todos deram o seu contributo, partilhando aquilo que melhorariam ou então algumas histórias em que já tinham passado pelo que estávamos ali a retratar. Referiram que foi importante serem confrontados com diferentes desfechos, dentro da mesma situação, dando a

perceber que têm de se conseguir adaptar às circunstâncias e ao meio, e que as respostas não são todas iguais, pois também dependem do que temos do outro lado. Foi particularmente importante para mim, poder ouvir de um interveniente, que esta sessão estava a ser muito importante para ele, uma vez que o estava a fazer pensar que, quando sair em liberdade, poderá ter de lidar com situações semelhantes àquelas que estávamos a retratar e que, estaria a aprender métodos mais eficazes de como lidar com a situação, caso as mesmas possam surgir. Constatei que estava a ser significativo aquilo que estávamos ali a debater. Outro membro também referiu que, agora estava a refletir sobre alguns atos que tinha tido no passado e que ficou triste por ter tomado algumas atitudes menos adequadas. Referiu que acabou por perder em ter agido de determinadas maneiras, ou por ter dito algumas coisas que não eram as mais corretas, e que não acrescentaram nada à situação.

Tem sido patente alguma dificuldade em gerir os conflitos. Referiram que quando estavam em liberdade, tinham algumas atitudes que não eram as mais corretas e que, agora, em tratamento e com uma perspetiva diferente das coisas, percebem que as atitudes não eram, de todo, as mais corretas. Contudo, referem que não sabem se conseguirão controlar este tipo de comportamentos mais inadequados, da forma que gostariam, quando estiverem em liberdade. Reafirmei a importância da terapia e das sessões que estávamos a realizar.

Na quarta sessão, foi projetado um vídeo, que apresentava uma situação de conflito e estes foram convidados a visualizar o mesmo, e a responder a uma série de questões:

“1) Quais os pontos que dificultam a interação entre os intervenientes do vídeo? 2) Exemplos da comunicação verbal e não verbal? 3) Sugestões para o desenvolvimento de uma comunicação mais adequada e, conseqüentemente, para a gestão do conflito?”. No final, não tendo a ver com o vídeo, mas sim com algo mais pessoal, foram discutidas quais as estratégias que estes utilizam quando estão perante uma situação de conflito.

Foi possível perceber que, enquanto grupo no programa nesta unidade, aprenderam bastante sobre gestão de conflitos. Alguns são sinceros e admitem que quando estavam em liberdade e antes de fazerem parte deste programa, lidavam com as situações de uma forma diferente daquela que fazem hoje em dia. Por norma partiam para a violência ou então simplesmente viravam costas e não queriam resolver o conflito. Referiram que hoje em dia tentam fazer o exercício de se sentarem e conversarem com a pessoa sobre aquilo que os está a incomodar. Referiram que, ainda hoje, não é fácil e que é uma luta conseguirem agir da forma mais adequada, uma vez que é algo intrínseco a eles e que requer muito trabalho e autocontrolo.

Dentro da dinâmica do grupo, existem também algumas técnicas que estes executam quando existe um conflito entre duas pessoas, nomeadamente: essas duas pessoas juntam-se numa sala e existe uma terceira pessoa que funciona como moderadora, que está presente a tentar controlar os contornos da situação. Nesta conversa, escutam o outro, de modo a que cada um se sinta ouvido e tentam compreender a posição deste, de modo a tentarem chegar a um acordo, e o conflito se resolva. Mencionam que é uma boa estratégia e que costuma ter efeitos positivos. Aproveitei este momento para salientar que devem aproveitar estas técnicas que estão a ser ensinadas, para conseguirem gerir a situação de uma forma mais eficaz, devendo estar preparados para a realidade externa e saber quando devem realmente investir para resolver o problema ou quando não vale a pena.

Falamos também em empatia, e o que estes entendem como tal. Abordamos o que é se colocar no lugar do outro para ser possível compreender o porquê de o outro estar a agir daquela forma. Muitas vezes torna-se complicado perceber o que se está a passar, mas, parando e pensando no porquê de aquilo estar a acontecer, pode fazer com que a nossa atitude seja diferente e o conflito seja resolvido da melhor maneira.

Agora que pertencem a este grupo e aprenderam a gerir melhor as emoções, recordam algumas atitudes que tiveram no passado que não foram, de todo, as mais corretas e que fez com que o conflito não ficasse resolvido. Referiram que se sentiam tristes com estas lembranças, contudo, também acreditam serem capazes de, a partir de agora, fazerem as coisas de uma forma diferente e mais eficaz.

Na quinta sessão foi abordada a questão da recaída. Foi questionado o que é para eles uma recaída e como a interpretam. Referiram que seria um momento de fracasso, de desilusão, em que falham para com eles próprios e para com aqueles que acreditariam que agora seria diferente. Referem, praticamente todos eles, que já experienciaram pelo menos uma recaída, enquanto estavam em liberdade.

Quando questionados acerca dos gatilhos que os levariam a uma recaída, algumas respostas foram unânimes: a questão da socialização, por exemplo. Estarem com as pessoas que os levam para estes hábitos e, o ambiente, também é muitas vezes propício a tal. A questão das saídas noturnas, do álcool, das festas, dos festivais. Dos cheiros característicos de determinados locais associados à vida noturna ou ao consumo. Quando foram questionados sobre uma estratégia que adotariam para não deixarem de ir a uma festa, mas poderem controlar o impulso do consumo, um dos membros do grupo respondeu que levaria consigo alguém que soubesse da sua situação e que lhe tirasse do desejo do consumo no momento. Referiu-se a “uma pessoa

sombra”. Foi abordada a importância de termos uma pessoa de referência que seja capaz de nos acompanhar e ajudar nestes momentos em que sentimos que estamos prestes a ter uma recaída ou que sabemos que estamos a tomar alguma atitude que pode levar a uma recaída. A experiência clínica mostra que pensamentos ocasionais sobre o abuso de drogas, precisam de ser normalizados na terapia e que uma pessoa pode aprender a abandonar rapidamente estes pensamentos através de estratégias de enfrentamento (Melemis, 2015).

Tem sido demonstrado que ingressar num grupo de autoajuda aumenta significativamente a probabilidade de recuperação a longo prazo. A combinação de um programa de abuso de substâncias e um grupo de autoajuda é a mais eficaz (Pagano et al., 2013).

Os grupos de autoajuda auxiliam os indivíduos a superar a culpa e a vergonha do vício, através da observação de que não estão sozinhos. Estes sentem que a recuperação está ao seu alcance (Bowen et al., 2014).

Ajudar os clientes a evitar situações de alto risco é um objetivo importante da terapia. A experiência clínica tem demonstrado que os indivíduos têm dificuldade em identificar as suas situações de alto risco porque pensam que evitar situações de alto risco é um sinal de fraqueza.

Dentro da questão dos festivais e da vida noturna, referiram também que o consumo é como se fosse “um motor” que os ajuda a conseguirem aguentar o trabalho pesado que está associado. Referem também que é difícil passar em locais onde sabem que vão encontrar “o fruto proibido”. O evitamento desses lugares é, sem dúvida, a melhor estratégia para que não recaiam. Tal como os locais, a convivência com pessoas que forneçam a droga ou que a consumam. Isto é um gatilho para o recomeço do consumo, uma vez que sabem que a droga está ali e a possibilidade de recaída é enorme.

A regra mais importante sobre a recuperação, é que uma pessoa não consegue atingir simplesmente pela não utilização ou contacto com a substância da qual abusava. A recuperação envolve a criação de uma nova vida na qual é mais fácil não consumir. Quando os indivíduos não mudam as suas vidas, todos os fatores que contribuíram para a sua dependência acabarão por contactar com eles novamente. Como parte do seu “pensamento de tudo ou nada”, assumem que a mudança significa que devem mudar tudo nas suas vidas. No entanto, normalmente apenas uma pequena percentagem das suas vidas precisa de ser mudada e, refletir sobre isso, ajuda-os. Pode também auxiliar nesse processo, perceber que a maioria das pessoas têm problemas similares e precisam fazer mudanças semelhantes. (Melemis, 2015).

Relativamente aos estímulos internos, temos a questão do autocontrolo. Um dos intervenientes referiu que recaiu diversas vezes por achar que “conseguia controlar”. Que iria consumir apenas daquela vez e não voltaria a repetir. Contudo, de todas as vezes, chegou à conclusão que não consegue ter este autocontrolo. Não é fácil conseguir controlar estes consumos e eles referem isto mesmo.

No final, algo expressado que foi comum a todos os intervenientes foi “lidar com emoções negativas”. De todos os discursos, cheguei à conclusão que aprender a lidar com as emoções negativas é algo muito difícil para todos eles e que, sempre que algo de menos bom acontecia, como uma perda, uma discussão, o estar sozinho, não terem objetivos, etc., estes acabavam por se refugiar nos consumos. Estes, presumem que os não-viciados não têm os mesmos problemas nem experimentam as mesmas emoções negativas. Portanto, sentem que é defendível ou necessário, escapar dos seus sentimentos negativos. O desafio cognitivo é indicar que os sentimentos negativos não são sinais de fracasso, mas uma parte normal da vida e oportunidades de crescimento (Melemis, 2015). Desta forma, tentei explicar a importância de saberem lidar com as emoções, corroborando o trabalho que têm vindo a fazer desde que se encontram no programa de desintoxicação, que os ensina, também, a fazer esta evolução e a ganhar ferramentas para conseguirem lidar com as frustrações quando estiverem em liberdade.

Aliado a isto, tentei também questionar e abordar outros métodos que estes poderão utilizar para lidar melhor com as situações menos boas. Falou-se no desporto, praticado todos os dias ou várias vezes por semana, como eles têm vindo a fazer desde que se encontram no programa. A evidência científica identifica a atividade física como um importante fator protetor na redução do risco de desenvolver depressão e aponta efeitos positivos das intervenções de exercício físico na redução dos sintomas de ansiedade (Mammen & Faulkner, 2013).

Referem que é algo que os ajuda, que sentem a diferença ao longo do dia no seu bem-estar e que querem manter o hábito quando saírem da prisão. Mencionaram também os desportos radicais e andar de mota, uma vez que é algo em que a adrenalina é grande e se assemelha à sensação do consumo.

Os clientes precisam de ser consciencializados de que a falta de autocuidado foi o que os trouxe até aqui e, que esta falta contínua, os levará novamente à recaída. As tarefas desta fase são semelhantes às tarefas que os não consumidores enfrentam na vida quotidiana. Quando os indivíduos em recuperação não desenvolvem competências de vida saudáveis, a consequência é que podem ser infelizes como qualquer outro indivíduo, porém, isso pode levá-los à recaída (Melemis, 2015).

Para compreender a importância do autocuidado, é importante compreender o porquê da maioria das pessoas abusar de substâncias. Fazem-no para escapar, relaxar ou se recompensar. Esses são os principais benefícios do abuso. Ajuda reconhecer esses benefícios na terapia para que os indivíduos possam compreender a importância do autocuidado e ficar motivados a encontrar alternativas saudáveis (Melemis, 2010).

Desta forma foi possível informá-los de que é possível reduzir as recaídas no futuro e aprender a identificar sinais precoces de alerta, dando algumas ferramentas para agirem de forma a evitar as mesmas.

A última sessão foi dedicada à promoção da autoestima e da autoconfiança. Inicialmente solicitei que preenchessem um termómetro que transmitia o nível de autoconfiança e de autoestima que estes possuem no momento. Cada um preencheu o mesmo e recolhi as folhas no fim. De seguida solicitei que cada um escrevesse duas qualidades que julga possuir. Foi possível notar a dificuldade em alguns dos intervenientes em realizar esta tarefa. Tiveram de pensar algum tempo, mas lá o conseguiram fazer. Outros, até escreveram mais que duas. Com este exercício pudemos identificar, em termos práticos, a diferença no autoconceito de cada um. Este exercício demonstra a importância de se utilizar instrumentos/escalas que objetivem o constructo a ser avaliado, contudo, avaliar qualitativamente esses mesmos constructos é fundamental para podermos ter uma visão abrangente e confirmatória do que se pretende avaliar.

Após esta escrita, solicitei que cada um as lesse em voz alta. Organizaram-se na frente das mesas, de pé, de modo a ser mais fácil a realização da tarefa seguinte. Cada um deslocou-se ao centro, com o papel onde escreveram as qualidades que julgavam possuir, colado nas costas. Os restantes membros escreveram uma qualidade que conseguem ver no colega.

Ao longo desta atividade foi possível observar que eles ficaram bastante pensativos acerca do que iam escrever sobre os outros, isto porque eu solicitei que não escrevessem aquelas coisas básicas do género “simpático”, “contente”. Foi possível observar que escreveram qualidades diferentes, como “polivalente”, “comunicativo”, “solidário”, “empenhado”, etc. Também aconteceram incidentes, pois um dos elementos escreveu “trapalhão”, dando a oportunidade de explorarmos o significado da palavra e a intencionalidade que o levou a escrever, relembrando o objetivo da sessão.

No final, todos eles leram aquilo que tinham escrito sobre eles. Referi que deveriam guardar a folha junto dos seus pertences e olhar para ela sempre que sentissem necessidade, se sentissem mais tristes ou com dúvidas acerca deles próprios. Um dos intervenientes deu uma

ideia melhor: referiu que poderiam colar a folha na parede do quarto, junto à cama. Assim, sempre que acordarem e se deitarem podem olhar para a folha e pensar nas qualidades que têm. A ideia foi aceita por todos e aplicada.

Fiz também um pequeno apanhado de adjetivos utilizados para se caracterizarem. O que mais se destacou foi “amigo”. Aproveitei aqui para fazer a ligação com a primeira sessão, em que se falou da amizade, da importância da mesma e do sentido de ajuda e apoio. Muitos deles referiram que não sabiam o que era a verdadeira amizade quando estavam lá fora. Fiz a ponte com a procura de ajuda e mostrei-lhes que, a maior parte dos colegas, sentia que, ali, tinha encontrado um amigo verdadeiro, pela partilha e os objetivos comuns de interajuda.

Para além disto, fiz referência à questão de que, muitas vezes nós não conseguimos ver o melhor de nós (como foi possível perceber no princípio da intervenção quando tiveram de escrever duas qualidades que julgam possuir). Contudo, esta intervenção foi útil para perceberem que, muitas vezes pensamos que não temos qualidades, porém, a nossa perceção e/os pensamentos negativos não estão nos outros, mas em nós próprios, constituindo-se no “real” problema. Quando somos confrontados com isso na prática, convida-nos a refletir e a perceber o que temos de “trabalhar” para modificar o que ainda não está integrado.

No final, um dos membros referiu que pretendiam realizar a atividade à noite, com dois intervenientes que não estiveram presentes, por considerarem que era importante, pelo que seria uma pena eles não usufruírem da mesma.

Sendo a última atividade, agradei a oportunidade de ter trabalhado e aprendido com eles. Elogiei também o excelente trabalho que têm vindo a desenvolver. Incentivei para que continuassem e se mantivessem unidos. Fui surpreendida com uma lembrança feita por eles. Sinto que cresci a nível pessoal e profissionalmente e agradeço pela oportunidade de aprendizagem e de vivências/experiências que tive.

3.8. Resultados obtidos/ganhos em saúde

Fazendo a análise comparativa dos resultados das escalas aplicadas, como se pode observar na tabela 1, constatamos não existirem dados objetivos de melhoria.

Tabela 1

Resultados das escalas aplicadas no decurso do programa de intervenção

Escala utilizada	Resultados no início do programa	Resultados no final do programa
Inventário Clínico de Autoconceito (Valor de Referência: 20 a 100)	67.2	↓ 66.4
Escala de Empowerment (Valor de Referência: 1 a 4)	2.85	↓ 2.67
Subescala de Empowerment: Autodeterminação (Valor de Referência: 1 a 4)	2.83	↓ 2.37
Subescala de Empowerment: Autonomia (Valor de Referência: 1 a 4)	2.70	↓ 2.39
Subescala de Empowerment: Poder (Valor de Referência: 1 a 4)	2.70	↑ 2.89
Subescala de Empowerment: Mestria (Valor de Referência: 1 a 4)	2.72	↑ 2.80
Subescala de Empowerment: Sentimentos (Valor de Referência: 1 a 4)	3.12	↓ 2.78
Subescala de Empowerment: Participação nas decisões de saúde (Valor de Referência: 1 a 4)	3.01	↓ 2.78
Escala ISMI (Valor de Referência: 1 a 4)	1.90	↑ 1.96
Subescala ISMI: Afastamento Social (Valor de Referência: 1 a 4)	1.75	↑ 1.98
Subescala ISMI: Alienação (Valor de Referência: 1 a 4)	1.83	↑ 1.89
Subescala ISMI: Adesão aos Estereótipos (Valor de Referência: 1 a 4)	1.60	↑ 1.64
Subescala ISMI: Experiência de Discriminação (Valor de Referência: 1 a 4)	1.90	↔ 1.90
Subescala ISMI: Resistência ao Estigma (Valor de Referência: 1 a 4)	2.43	↑ 2.37

*Duração do programa – 6 sessões – 6 semanas.

Compreendemos que o tempo e o número de sessões foram exíguos, o que certamente influenciou os resultados. De acordo com a APA (2017), são necessárias entre 15 a 20 sessões para que 50% dos clientes continuem autonomamente.

A análise dos dados quantitativos e qualitativos indicam que, os resultados obtidos, apontam para uma tendência de melhoria, apesar de termos realizado apenas seis sessões em seis semanas. A literatura sobre resultados de psicoterapia, indica uma correlação entre o número de sessões de terapia recebidas e os resultados obtidos de melhoria nos clientes (Orlinsky et al., 1994; Steenbarger, 1994). Até ao momento, poucos estudos foram publicados sobre a relação número sessões-resposta, mas há um consenso geral de que entre 13 e 18 sessões de terapia são necessárias para que 50% dos clientes melhorarem. Os ensaios clínicos revelam que, em tratamentos cuidadosamente controlados e implementados, cerca de 57,6% e 67,2% dos clientes melhoram com uma média de 12,7 sessões (Hansen et al., 2002).

Ao longo do programa, constatamos um maior conhecimento por parte dos intervenientes sobre o estigma, autoestigma e consciencialização do impacto deste nas suas vidas. Isto pode ter levado ao aumento da noção de estigma social, o que leva ao aumento do autoestigma, como corrobora Yanos et al. (2014) quando afirma que “o estigma social é a raiz do autoestigma”, traduzindo o resultado da escala numa percepção “mais real” do tema.

A Subescala “resistência ao estigma” foi a que teve uma variação mais positiva, indicando uma atitude positiva distinta de autoestima e empowerment (Sibitz et al., 2009) refletindo a capacidade do próprio para enfrentar as adversidades, apesar da sua condição de recluso e do tratamento para o abuso de substâncias. Traduzindo, uma mais-valia para estas pessoas em processo de recovery (Ritsher et al., 2004).

Apesar de considerarmos existir uma tendência positiva nos resultados, é possível concluir, por aquilo que foi mencionado pelos participantes ao longo das atividades, que o aumento do autoestigma após uma intervenção destinada a diminuí-lo, se pode dever a reflexões internas que aconteceram com os participantes. Participar numa intervenção que aborda questões de estigma, pode ter levado os clientes a refletirem mais sobre as suas próprias experiências passadas, o que pode ter despertado sentimentos negativos em relação a si mesmos. Estas reflexões podem levar ao aumento do autoestigma.

Desta forma, procuramos “Identificar os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental”.

Tabela 2*Indicadores Sensíveis em Saúde Mental*

Diagnóstico	Autoconceito comprometido
Indicador epidemiológico	- Taxa de prevalência do diagnóstico “autoconceito comprometido” TX = número de indivíduos com o diagnóstico de autoconceito comprometido em determinado momento, dividido pelo número total de pessoas. (4/10) TX = 40%
Indicador de processo	- Percentagem de clientes com quem foi contratualizada uma experiência indutora da consciencialização (100% dos participantes)
Indicador de resultado	- Percentagem de clientes com melhoria na consciencialização sobre o comprometimento no autoconceito (1/10) .

Com o intuito de integrar conceitos teóricos que enformam a prática, realizamos um estudo de caso, em cada um dos contextos de estágio, concebendo os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades do cliente.

No contexto de diferenciadas, o estudo de caso é relativo a um adulto de 37 anos, que se encontra em situação de reclusão há cerca de 5 anos. Tinha consumo de drogas associado a abuso de álcool. Está a realizar um programa de desintoxicação. O estudo de caso é apresentado no Anexo 6.

4. CONTEXTO DE CUIDADOS A PESSOAS COM PROBLEMAS AGUDOS – INTERNAMENTO EM PSIQUIATRIA

Este estágio foi realizado de 20 de março de 2023 a 3 de maio de 2023, num total de 115h.

4.1. Caracterização do contexto clínico

No serviço de internamento, os clientes são de todas as áreas a que o hospital dá assistência.

Trata-se de um serviço misto, tanto para homens como para mulheres, tendo capacidade para 26 clientes, divididos em 4 quartos individuais e 3 enfermarias com 22 camas.

Para dar resposta às necessidades do internamento, existe uma equipa multidisciplinar que é constituída por 1 enfermeira gestora, 17 enfermeiros: 8 enfermeiros de cuidados gerais e 9 enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, 9 assistentes operacionais, 3 médicos psiquiatras e 2 médicos internos, 1 psicóloga, 1 assistente social e 1 nutricionista. Os cuidados são assegurados ao longo de 24h, sendo realizados em 3 turnos (Manhã, Tarde e Noite).

No que diz respeito à equipa de enfermagem, cada cliente tem um enfermeiro de referência, que é responsável pela gestão dos cuidados de saúde mental prestados ao mesmo e têm a responsabilidade de fazer uma avaliação inicial aquando da admissão no serviço, uma intermédia e uma final no momento da alta. Deverá também fazer um acompanhamento mais próximo ao cliente, mostrando disponibilidade para reunir com este quando assim achar necessário. Todas as semanas realiza-se uma reunião multidisciplinar de serviço, entre as 09h00 e as 10h00 ou as 10h00 e as 11h00, consoante a dinâmica do serviço, onde é discutida a melhor estratégia terapêutica para cada cliente.

As patologias mais comuns no serviço, segundo o DSM-V, são: perturbações psicóticas, perturbações relacionadas com uso de substâncias e aditivas, perturbações depressivas, perturbações bipolares, perturbações da personalidade, entre outras. No momento em que

realizei o estágio, existiam também algumas demências e casos sociais. Importante também mencionar que associado às perturbações do humor, os clientes apresentam também comportamentos autodestrutivos.

Realizei um estudo de caso, com um cliente de 54 anos que apresentava um transtorno relacionado a substâncias e transtornos aditivos, assim como uma patologia do espectro da esquizofrenia, com o objetivo de conceber e implementar um plano de cuidados individualizado em saúde mental, utilizando a ontologia de enfermagem e, desenvolvi outras atividades que irei abordar posteriormente.

4.2. Avaliação de necessidades

No ensino clínico que decorreu no internamento de psiquiatria, a mobilidade dos clientes (curta duração dos internamentos), os quadros demenciais, alguns casos sociais, assim como a estabilização do quadro clínico (clientes sem insight), foram fatores dificultadores da aplicabilidade dos critérios de inclusão para o desenvolvimento de intervenção em grupo dirigida para a temática central do meu projeto.

Deste modo, e após a realização de várias entrevistas de avaliação no decorrer do estágio (125h), optei por realizar um estudo de caso de forma a conceber e implementar as intervenções de enfermagem de especialista em saúde mental e psiquiátrica.

O cliente alvo de estudo tinha como diagnósticos: esquizofrenia, hepatite C e abuso de substâncias. Refere que, em casa, apenas fazia metadona e era seguido no CAT. Nega as outras doenças que apresenta, não aderindo ao regime terapêutico.

A maioria dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia, irá lidar com alguma forma de estigmatização durante a sua vida (Dickerson et al., 2002; Lee et al., 2006; Vrbova et al., 2016). O número de internamentos, reflete a gravidade do decorrer da perturbação, através dos episódios psicóticos graves e o afastamento do ambiente doméstico, muitas vezes com sentimento de vergonha e falta de esperança. Desta forma, pode estar associado a um autoestigma mais elevado: quanto mais grave a perturbação, mais associado está à desaprovação por parte dos outros, aumentando o autoestigma (Vrbova et al., 2016) o que leva

ao aumento da intensidade dos sintomas e piora o prognóstico geral (Mashiach-Eizenberg et al., 2013; Ritsher & Phelan, 2004). O autoestigma e as dificuldades na cognição a nível social e na metacognição podem ser as razões para que o insight se converta em resultados negativos (Lysaker et al., 2013).

Nabors et al. (2014), mostraram que menos sintomas negativos, uma maior capacidade metacognitiva e uma maior autoestima, podem ser aspetos que aumentam a resistência ao estigma.

4.3. Atividade diagnóstica

Como referido anteriormente, realizamos a entrevista clínica, observação e aplicamos as três escalas referidas [ISMI, Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) e Escala de Empowerment] para avaliação ao cliente alvo da nossa intervenção.

4.4. Estabelecimento de prioridades, objetivos e critérios de resultado

Pelas razões anteriormente enunciadas neste contexto de internamento não conseguimos implementar o projeto a um grupo de clientes. Optamos por desenvolver um estudo de caso adaptando algumas das sessões realizadas em grupo no contexto de diferenciadas às necessidades identificadas no cliente.

Neste contexto de estágio, os domínios aos quais demos ênfase na nossa avaliação, foram:

- No processo corporal: a consciência, o apetite, o sono e os processos cardiorrespiratório, gastrointestinal e urinário.

- No processo psicológico: o autoconceito (avaliando o autoestigma), a emoção, o pensamento e a memória.
- Na ação: o autocuidado (autogestão do regime terapêutico), o comportamento interativo (comportamento agressivo e comportamento autodestrutivo) e o problema comportamental (abuso do tabaco, álcool e drogas).
- Na transição no desenvolvimento humano: o comportamento de procura de saúde.

Face aos domínios identificados neste contexto de estágio, descritos acima, os diagnósticos de enfermagem identificados foram:

- Autoconceito comprometido (com presença de comportamentos de desvalorização pessoal, pensamentos sobre si e o seu desempenho negativos, opinião e/ou imagem mental negativa e desvalorização de perceções positivas referidas por outras pessoas).
- Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no autoconceito.
- Ansiedade
- Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade.
- Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade.
- Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade.
- Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso.
- Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso.
- Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício.
- Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício.
- Potencial para melhorar significado atribuído ao regime de exercício.
- Abuso do tabaco.
- Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco.
- Abuso de drogas.
- Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo (drogas e tabaco).

- Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas.
- Potencial para melhorar consciencialização da relação entre abuso de drogas e disfuncionalidade.

De acordo com as necessidades identificadas estabelecemos os seguintes objetivos:

- Promover e estimular o autoconhecimento.
- Melhorar a confiança em si.
- Melhorar a autoestima e autoconfiança.
- Compreender o impacto do estigma e da discriminação no seu processo de saúde.
- Clarificar crenças e valores.
- Promover uma comunicação mais eficaz.
- Promover o conhecimento sobre identificação de sinais precoces de alerta de uma recaída e como a prevenir.

No seguimento dos objetivos, foram definidos os critérios de resultado:

- Que o cliente desenvolva autoconhecimento.
- Que o cliente verbalize sentimentos de autoconfiança.
- Que o cliente verbalize sentimentos de autoestima e de autoconfiança.
- Que o cliente verbalize de que forma o estigma e a discriminação impactam na sua saúde mental.
- Que o cliente verbalize as crenças e valores de uma forma clara, sem associação de mitos.
- Que o cliente seja capaz de efetuar uma comunicação mais eficaz no seu dia-a-dia, nos momentos de conflito e quando necessita de pedir ajuda.
- Que o cliente seja capaz de identificar sinais de alerta quando está prestes a ter uma recaída e saiba como a deve prevenir.

4.5. Planeamento e execução das intervenções

Segundo Sequeira e Sampaio, 2020, as técnicas de modificação de comportamento têm como objetivo alterar o comportamento do sujeito, que consiste na aplicação de princípios de aprendizagem bem estabelecidos. De acordo com a perspetiva de aprendizagem, os comportamentos podem ser aprendidos/modificados através do condicionamento clássico (aprendizagem associativa), do condicionamento operante (reforços positivos/negativos), da aprendizagem por observação (Bandura, 1977) ou de processos cognitivos.

Com a execução desta intervenção pretendeu-se a substituição de comportamentos desajustados por comportamentos mais adequados (Sequeira & Sampaio, 2020).

A modificação do comportamento é uma abordagem comportamental que visa a progressão positiva de uma pessoa ou grupo que apresenta um diagnóstico de Enfermagem de natureza comportamental. A abordagem comportamental considera a pessoa como um todo, inserida no seu ambiente, sendo o comportamento visto não como uma característica estável das pessoas, mas antes como algo que varia em função das características das situações ou dos contextos (estímulos externos) (Sequeira & Sampaio, 2020).

Relativamente ao trabalho desenvolvido junto do cliente, realizado no internamento de agudos, a literatura suporta que o estigma tem sido amplamente relatado nas pessoas que têm um diagnóstico de esquizofrenia. Estas são frequentemente rotuladas negativamente, o que as limita na sua integração na comunidade. Razão que nos leva a questionar qual o impacto do estigma neste processo de doença que conjuga três diagnósticos (Esquizofrenia, Hepatite C e abuso de substâncias) alvos de estigma social. Deste modo avaliamos o autoestigma, autoconceito e empowerment e desenhamos intervenções com o intuito de promover uma melhoria nas relações sociais, na saúde física e emocional e conseqüentemente melhorar o funcionamento do cliente na comunidade e na família.

O estudo de caso é apresentado no Anexo 6.

Quadro 4*Representação do plano de intervenção para o cliente*

	1ª semana (20/3 a 26/3)	2ª semana (27/3 a 2/4)	3ª semana (11/4 a 16/4)	4ª semana (17/4 a 23/4)	5ª semana (24/4 a 30/4)
Realização da avaliação inicial	Aplicação das escalas, entrevistas e observação	Aplicação das escalas, entrevistas e observação	Aplicação das escalas, entrevistas e observação		
Análise dos resultados, identificação das necessidades e elaboração do plano de intervenção	X	X	X		
Plano de intervenção				Sessões 1 e 2	Sessão 3
Estudo de caso			X	X	X
Avaliação do processo				X	X
Avaliação dos resultados (repetição avaliação inicial)					X
Síntese do relatório					X

4.6. Competências comuns e específicas

Nos primeiros turnos tive a oportunidade de verificar que a mobilidade dos clientes seria uma dificuldade acrescida para o estabelecimento de um plano de intervenção. As contingências de ausência de insight, comprometimento cognitivo e presença de casos sociais, limitou a minha intervenção dirigida ao estigma, a três clientes internados naquele momento.

Face aos três clientes de que dispunha, procurei executar as entrevistas que tinha planeado. Deste modo consegui melhorar as unidades de competência adquiridas no contexto anterior “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” e “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família”.

Inicialmente, entrevistei apenas um cliente. A princípio este mostrou-se um pouco apreensivo acerca daquilo que eu iria fazer, mas tranquilizei-o quando lhe expliquei que seria um procedimento totalmente anónimo. Desta forma e, após ter assinado o consentimento informado, o cliente respondeu às questões que eu lhe coloquei. Senti-me mais confiante na realização da entrevista, apesar de o cliente ser de poucas palavras e, por vezes, ter de refocar a sua atenção, para conseguir que este me respondesse a algumas questões. Foi possível denotar que este acabava por negar uma parte das suas doenças. Tratava-se de um cliente com esquizofrenia, hepatite C e toxicodependente. Referiu-me que apenas fazia metadona em casa e era seguido no CAT. Quando questionado sobre a esquizofrenia, referiu que fez um tratamento e que isso passou, não precisando de tomar mais medicação para esse problema. Não fez qualquer referência à hepatite C, negando a doença. Segundo os registos do diário clínico, o cliente não aderiu ao regime terapêutico para a mesma.

Relativamente à toxicodependência, este reconhecia que dentro do internamento está num ambiente controlado e que é mais fácil controlar o craving. Contudo, quando voltar para a comunidade, será mais difícil conseguir controlar os consumos. Refere que “não quer dar a ganhar dinheiro aos traficantes”. Aproveitei para realizar uma entrevista motivacional para a manutenção do comportamento de não consumo que tem tido dentro do hospital. Terminei a entrevista referindo que iria analisar aquilo que este me referiu e que iria delinear as

intervenções para o ajudar e, por isso, noutra dia voltaria a reunir-me com ele, ao que este anuiu.

Tinha também a intenção de realizar mais uma entrevista. Contudo, devido à agitação do serviço, de não ter um local calmo e reservado para realizar a mesma e, de o cliente ter uma consulta com o seu médico, não foi possível. Desta forma, deixei a entrevista para o turno seguinte e fui recolhendo algumas informações do processo clínico.

Como planeado no turno anterior, realizei a entrevista ao cliente que não tinha conseguido realizar. Este, revelou estar cansado de estar ali e sentia que, este internamento, neste momento, não lhe estava a trazer benefícios, mas sim malefícios. À semelhança do cliente anterior, foi importante desmistificar aqui algumas crenças e fazer um trabalho individualizado, também no sentido de o cliente adquirir algumas ferramentas para desenvolver atividades e objetivos para o seu dia a dia, enquanto se mantivesse no internamento.

Ao longo do turno, também foi possível observar a gestão da comunicação com um cliente que se encontrava bastante reivindicativo. Este já se encontrava com este comportamento há cerca de 2 dias. Foi feita medicação via oral, em SOS, que não surtiu efeito. Este encontrava-se agitado e, desta forma, foi necessário recorrer à administração de terapêutica prescrita em SOS e administrá-la, recorrendo à ajuda do segurança.

Após esta situação, deu entrada no serviço um cliente que já era conhecido dos enfermeiros. Não deixou de ser curioso o à vontade com que o cliente entrou na sala de enfermagem. A cumprimentar todos os enfermeiros, otimista e sorridente, a afirmar que “é desta vez que se porta bem!”. Em conversa com a enfermeira tutora, percebi que o cliente apresentava consumos de drogas, álcool e tabaco. Tinha também uma esquizofrenia que não estava compensada e, por isso, acabava por apresentar períodos de heteroagressividade. Foi notório que existem clientes que já reconhecem o serviço como “uma casa”, estando totalmente à vontade no mesmo, já conhecendo bem as rotinas e as pessoas. A não adesão ao regime terapêutico é real e frequente, proporcionando este tipo de situações.

Para além das entrevistas já mencionadas, realizei uma outra a um cliente que não apresentava potencial para integrar a intervenção. Foi uma experiência diferente, uma vez que fui alertada para este facto, mas mesmo assim tentei a abordagem da mesma. Já conhecia um pouco o cliente do turno anterior. Apresentava uma postura completamente diferente. Encontrava-se reivindicativo porque queria tabaco. Pedi-lhe para falar um bocadinho com ele e este aceitou. Contudo, ao longo da entrevista foi possível denotar que este apresentava uma certa labilidade emocional, um discurso um pouco confuso e não direcionado para as questões

que eu lhe realizava. Desta forma, consegui perceber que o cliente não tinha potencial para realizar as intervenções que pretendia. Também neste âmbito, foi possível perceber que o cliente não apresentava insight para a sua doença e para aquilo que esta lhe provoca, nomeadamente os comportamentos que apresentava.

Tive também a oportunidade de colaborar com a equipa numa situação de emergência. Tratava-se de uma cliente que se apresentava extremamente sonolenta e hipotensa. Perante os sintomas, foi chamado o médico e analisada a situação. Foi possível perceber que se poderia tratar de uma situação de síndrome dos neuroléticos. Tinha falado desta síndrome, durante as aulas, nunca tendo observado os sintomas em alguém. Desta forma, através da observação realizada, foi possível aprender a detetar a mesma e como agir perante a situação.

Ocorreu uma pausa letiva. Regressei ao local de estágio para realizar as intervenções em grupo que tinha planeadas. Contudo, percebi rapidamente que não tinha população suficiente, que se enquadrasse nos critérios de inclusão, para a formação de um grupo. Dois dos clientes, ainda permaneciam no serviço. Desta forma, e em discussão com a professora e as enfermeiras orientadoras, optei pela elaboração de intervenções a nível individual, junto desses dois clientes.

Tive de reformular aquilo que tinha planeado para o grupo (intervenção grupal) e adaptar para o indivíduo (intervenção individual). Assim, pretendia dar resposta às unidades de competências: “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados” assim como “Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde” e, ainda, “Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental”. Uma vez que já tinha realizado as entrevistas clínicas aos dois clientes e já tinha os diagnósticos elaborados, fiz o planeamento das sessões para cada um deles.

Elaborarei também um contrato terapêutico para promover o envolvimento dos clientes nas sessões.

No turno seguinte, na passagem de turno, percebi que um dos clientes com quem ia realizar as intervenções, iria ter alta. Desta forma, fiquei apenas com um interveniente, para aplicar as intervenções a nível individual. Assim, durante a manhã, reuni com este e forneci o contrato terapêutico para que este lesse e assinasse, de modo a promover um maior envolvimento do cliente no projeto. Aproveitei e discuti com este, alguns pontos que tinham ficado em suspenso aquando a realização da entrevista clínica, realizando também algumas intervenções que

advinham de alguns diagnósticos de enfermagem que eu tinha identificado, cumprindo a unidade de competência “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade”.

Pude também executar a escuta ativa e psicoeducação com alguns clientes. A temática centrou-se na atividade física e exercício como forma de obter satisfação e conseqüentemente melhorar o humor e diminuir a ansiedade.

Apesar dos percalços e das adaptações que tinha vindo a fazer, devido às contingências do serviço, considero que consegui adaptar-me bem e que realizei um bom trabalho. No Quadro 5 (pág. 80), apresento o programa de intervenção implementado para o cliente.

Realizei a primeira intervenção com o cliente com quem estava a trabalhar. Com a implementação destas intervenções, pretendia atingir as unidades de competências “Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação” assim como “Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais” e, ainda, “Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde”.

Iniciamos a atividade e o cliente encontrava-se mais calado. Era o seu registo habitual, o que acabava por ser um fator mais dificultador para a interação. Contudo, à medida que a atividade foi avançando, este ficou mais interativo e comunicativo, demonstrando interesse por aquilo que estávamos a trabalhar. Para mim, é motivador ter alguém com estas características a ter este tipo de comportamento, uma vez que demonstra que estou a conseguir estabelecer relação com o cliente. Este partilhou alguns fatores da sua vida em que se sentiu estigmatizado e partilhou a sua opinião sobre o quanto uma pessoa com doença mental pode manter uma vida normal, justamente como as restantes pessoas.

Foi importante trabalhar com o cliente a questão dos seus direitos pessoais, uma vez que, segundo ele, muitas vezes nos esquecemos que também temos direitos, mesmo quando praticamos ações menos corretas. Foi pertinente avaliar a sua linguagem não verbal quando este leu os direitos pessoais, demonstrando algum espanto e sentido de afirmação de que, realmente, aquilo deverá acontecer para uma pessoa estar no seu melhor estado psicológico.

Este recordou algumas histórias de quando era um jovem adulto e de quando ainda não consumia, uma vez que refere que foi a partir do momento em que começou os consumos que a sua vida começou a piorar. Foi capaz de identificar que, neste momento, se encontra num momento alto da sua vida, uma vez que, apesar de estar internado há já algum tempo, se encontra estável e consegue reconhecer que estar ali é bom para ele e para a sua saúde mental. Revelou algum cansaço e aborrecimento, uma vez que já permanecia lá há bastante tempo, mas sentia que eram as aprendizagens que tinha tido, que o farão conseguir ter uma vida melhor quando sair do internamento. Revelou alguns medos e anseios, que sabe serem normais, e afirmou que este tipo de sessões eram importantes para conseguir ter uma melhor capacidade de saber lidar com as adversidades.

No final, entreguei e expliquei o trabalho de casa que teria de fazer até à próxima sessão e a reação deste foi peculiar, uma vez que primeiro olhou para o papel e esboçou um sorriso torto perguntando se iria ter de escrever aquilo tudo, ao qual eu respondi que sim e que este precisava deste tipo de exercício, uma vez que já não o praticava há bastante tempo. Este, olhou novamente para a folha e repetiu a data da próxima sessão, num jeito de não se esquecer de até quando é que tinha de ter o trabalho pronto. Desta forma, notei algum interesse e empenho por parte do cliente, o que demonstrou, também, a eficácia da sessão.

Dia da segunda intervenção junto do cliente. Mal entrei no serviço, este estava prestes a sair para tomar um café. Eu ainda nem o tinha visto e este, dirigido a mim, informa-me que irá tomar um café e que já vinha, pronto para iniciar a sessão. Desta forma, foi possível notar que este se encontrava empenhado e entusiasmado com as sessões, o que me deixou satisfeita, uma vez que estava a conseguir fazer um bom trabalho, mantendo o cliente interessado e dedicado.

Ao longo da intervenção foi possível denotar que o cliente lembrava alguns assuntos relativos à sessão anterior. Nesta sessão foi possível entender que este já possuía algumas ferramentas, relativamente àquilo que deve fazer quando sair do internamento. Já tinha os conhecimentos necessários para o sucesso, contudo faltava aplicá-los, para que não voltasse a ter nenhuma recaída. Referiu, sem dificuldades, as pessoas que são a sua rede de apoio e conseguiu, facilmente, chegar a uma pessoa mais significativa que conseguiria ajudá-lo com maior capacidade. Foi possível notar que este já se encontrava mais à vontade.

Chegou o dia da última sessão. Recolhi o trabalho de casa do cliente e foi notório que, desde a última sessão até àquele momento, não tinha falhado nenhum dia. Foi também notório que os seus pensamentos estiveram sempre mais positivos do que negativos e que o seu humor variou entre o melhor estado de humor e o regular, nunca sendo considerado como mau. Apesar

de este referir que estava cansado de estar no hospital e das rotinas do mesmo, conseguia manter uma atitude positiva. Quando lhe questionei o porquê de haver um dia que estava com um humor melhor que os outros dias, este não atribuiu a nada em particular. Referiu apenas que naquele dia estava mais bem disposto. Algo intrínseco.

Quando questionado acerca da atividade anterior este referiu os temas que tinham sido abordados e relembrou as suas pessoas significativas para quando estiver prestes a ter uma recaída. Relembrou também a história que foi desenvolvida ao longo da sessão e referiu quais os sinais de que deve estar alerta para evitar a recaída.

Ao iniciar a atividade foram notórias as dificuldades que o cliente apresentava para o desenvolvimento da mesma. Referiu que não é fácil pensarmos nas nossas qualidades. Quando estimulado, foi mais fácil de atingir o objetivo, escrevendo ainda 9 características positivas relativas ao seu corpo/físico, personalidade e capacidades/talentos. Destas selecionou 3 e falou sobre algumas vivências que o recordavam estas mesmas qualidades. Referiu que é bom recordar alguns destes momentos que falou e aperceber-se das coisas boas que teve na vida.

Referiu que se sentia melhor relativamente a alguns temas que tínhamos abordado e que não se iria esquecer daquilo que lhe foi transmitido, pois entende que será uma mais valia para o seu dia a dia.

Analisando a avaliação inicial e a final, é possível notar aqui uma melhoria, demonstrando a eficácia das intervenções realizadas. Apesar de terem sido apenas três intervenções, considero que terá sido positivo para o cliente e, se fosse um projeto onde tivesse mais tempo para implementar mais sessões, talvez os resultados fossem ainda melhores, tendo em conta os resultados já obtidos.

Para além deste contacto com os clientes, tivemos ainda a possibilidade de visitar dois serviços: o Serviço de Reabilitação Psicossocial e o Serviço de Intervenção Intensiva. Começamos pelo Serviço de Reabilitação Psicossocial, onde fomos acompanhadas pelo Enfermeiro Chefe do serviço, que o coordena. Nele visitamos as diferentes oficinas, percebemos um pouco das dinâmicas do serviço e de como é que os clientes lá são orientados. É um serviço aberto, onde os clientes escolhem as oficinas que querem frequentar e elaboram o seu próprio horário de modo a permitir a promoção da autonomia dos mesmos.

Já no Serviço de Intervenção Intensiva, fiquei a conhecer o espaço físico do serviço, sendo de destacar a sala de enfermagem que se encontrava no centro do serviço, toda em vidro, permitindo aqui um acompanhamento mais próximo dos clientes. É um trabalho de equipa

multidisciplinar onde todos os profissionais estão presentes nas passagens de turno, por exemplo (algo que não é comum num serviço de internamento, onde apenas os enfermeiros as realizam e assistem às mesmas). Considero que este trabalho em equipa é fundamental para o bom funcionamento do serviço, uma vez que assim todos conhecem os clientes e sabem daquilo que se passa com os mesmos, ouvindo na primeira pessoa aquilo que é passado.

O serviço contém duas salas de isolamento que apenas possuem um colchão onde o cliente pode descansar. Estas salas servem para que estes, quando estão mais agitados, possam ficar sozinhos e tentem relaxar enquanto a medicação surte efeito, não constituindo um perigo para eles próprios ou para terceiros. Para além disto, a sala de convívio é grande e tem acesso direto ao pátio durante todo o dia, fazendo com que estes possam estar em contacto com o ar livre sempre que pretenderem e não estarem dependentes de horários para o fazer.

Este serviço é um serviço onde se pretende que as pessoas permaneçam pouco tempo: na sua admissão ou então quando agitam e têm de estabilizar. Desta forma, pretende-se que os clientes estejam sempre a mudar, uma vez que a sua finalidade deve ser cumprida sendo, depois, dirigidos aos serviços de internamento.

Desta forma, gostei bastante de poder ver realidades diferentes da do internamento, nomeadamente o primeiro contacto que o cliente tem quando entra no hospital, assim como, posteriormente, o contacto que ele mantém com o mesmo quando está estável e pretende que a sua vida tenha um sentido e um significado, participando nestas atividades que são vantajosas para si e para o seu estado mental se manter saudável.

Quadro 5*Programa de intervenção implementado no cliente*

SEMANA DE REALIZAÇÃO	TEMA	OBJETIVOS	ATIVIDADE
3ª semana (11/4 a 16/4)	Avaliação inicial	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar a necessidade do cliente para a realização da intervenção.• Promover consciencialização do cliente.• Promover envolvimento do cliente na intervenção.	<ul style="list-style-type: none">• Realização de entrevista clínica.• Aplicação dos instrumentos de avaliação: Escala do Autoconceito de Vaz Serra, Escala de Empowerment e ISMI – Escala do Autoestigma.• Realização de contrato terapêutico com os clientes de modo a promover o envolvimento no compromisso terapêutico.
4ª semana (17/4 a 23/4)	Doença mental: factos e mitos	<ul style="list-style-type: none">• Compreender o impacto do estigma e da discriminação na saúde mental.• Perceber o que é um mito, identificar quais os principais mitos que afetam a pessoa com doença mental e como explicá-los.• Promover o heteroconhecimento.• Promover a autoaceitação.• Reforçar a autoconfiança.	<p>INTRODUÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none">• Gerir o ambiente físico.• Distribuir o cliente pelo espaço.• Apresentar a dinamizadora.• Explicar em que consiste a atividade, como será dinamizada e quais os seus objetivos. <p>DESENVOLVIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none">• É entregue uma folha com diversas afirmações que podem ser factos ou mitos. O cliente deve assinalar com uma cruz, qual a sua opinião acerca das mesmas.• Numa primeira abordagem, o cliente é convidado a escolher até três dos mitos que entenda que o afeta.• Numa segunda abordagem, é convidado a escolher o mito com que não concorda de maneira alguma, expondo as razões da sua discordância.

SEMANA DE REALIZAÇÃO	TEMA	OBJETIVOS	ATIVIDADE
4ª semana (17/4 a 23/4)	Doença mental: factos e mitos		<ul style="list-style-type: none"> • No final, é aberta uma discussão em que este expõe de que modo os três mitos escolhidos inicialmente se manifestaram na sua vida e quais as implicações que causaram na sua vida. Para isso, é proposto ao cliente que desenhe o gráfico da sua vida, onde assinale situações mais positivas e menos e, ao partilhar, caso o pretenda, pode evidenciar quais os momentos em que se sentiu mais estigmatizado. • No final, cada mito será rasgado, sendo os papéis colocados no caixote do lixo, como representação de que podemos sempre agir perante aquilo que nos causa algum malefício. • Por último, é distribuída a tarefa de casa para a próxima sessão - um "Plano de Prevenção de Recaída", em que o cliente terá de preencher as seguintes questões: 1) Aviso de acontecimentos e situações que desencadearam episódios críticos no passado, 2) Aviso dos sinais precoces de alerta, 3) O que penso que me pode ajudar quando estou a ter um sinal precoce de alerta, 4) Quem gostaria que me ajudasse e o que gostaria que fizessem, 5) Quem gostaria que fosse contactado em caso de emergência. <p>CONCLUSÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar feedback por parte do cliente acerca da atividade: entregar documento para preenchimento com questões acerca da atividade e é agendada a próxima sessão. • Agradecer e elogiar a participação do cliente na atividade.

SEMANA DE REALIZAÇÃO	TEMA	OBJETIVOS	ATIVIDADE
4ª semana (17/4 a 23/4)	Aprender a pedir ajuda	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir recaídas no futuro. • Identificar sinais precoces de alerta de uma crise. • Promover o autoconhecimento. • Reforçar a confiança em si. • Contribuir para a melhoria da autoestima. 	<p>INTRODUÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico. • Distribuir o cliente pelo espaço. • Apresentar a dinamizadora. • Explicar em que consiste a atividade, como será dinamizada e quais os seus objetivos. <p>DESENVOLVIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • No início da sessão é iniciado um diálogo sobre aquilo que foi realizado na sessão anterior, questionando o cliente sobre aquilo que foi falado, o que este reteve e como pensa sobre o tema. • No início da atividade o cliente imagina que vai numa viagem para um planeta onde pode ser tudo aquilo que sempre desejou/ter tudo aquilo que sempre quis. Contudo, a atmosfera desse planeta leva aos consumos, despertando o craving. Este pode levar três amigos para o ajudar na recuperação. Quem leva? • Ao longo da história surgem algumas peripécias e o cliente é levado a eliminar amigos. Termina apenas com um. Qual a razão desta escolha? Qual a importância desta pessoa se tiver uma recaída? Em que se baseou para escolher este grupo de pessoas? Quais as qualidades que identifica nos membros do grupo que escolheu? • De seguida é realizado um diálogo sobre o número de recaídas que o elemento já teve. O que acha que o levou à recaída? Como lidou com a recaída? Quais as

SEMANA DE REALIZAÇÃO	TEMA	OBJETIVOS	ATIVIDADE
4ª semana (17/4 a 23/4)	Aprender a pedir ajuda		<p>estratégias que adotou para que esta não voltasse a surgir? O que pode fazer para minimizar os riscos de recaída? O que aprendeu e o que pode melhorar? Como encorajaria alguém que quisesse mudar de comportamento? O que diria? Como o diria?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de “pequeno apanhado” dos sinais precoces de alerta mais comuns para as crises. • É distribuída uma folha com algumas questões sobre a sessão, de modo a ser efetuada uma avaliação da mesma e é agendada a próxima sessão. • Por último, é distribuída a tarefa de casa para a próxima sessão: é distribuída uma folha com um “Termómetro da autoestima e da autoconfiança”, no qual o cliente se posiciona de forma a medir o seu nível de autoestima e autoconfiança. O cliente realiza esta medição todos os dias até à próxima sessão e escreve quais os pensamentos e acontecimentos que associa ao valor obtido no termómetro. <p>CONCLUSÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar feedback por parte do cliente acerca da atividade: entregar documento para preenchimento com questões acerca da atividade e é agendada a próxima sessão. • Agradecer e elogiar a participação do cliente na atividade.

SEMANA DE REALIZAÇÃO	TEMA	OBJETIVOS	ATIVIDADE
5ª semana (24/4 a 30/4)	Ser mais!	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar os significados de autoestima e autoconfiança. • Perceber a importância da autoestima e da autoconfiança para o bem-estar. • Considerar estratégias de forma a promover a autoestima e a autoconfiança. • Promover o autoconhecimento. • Treinar competências de coping. 	<p>INTRODUÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente físico. • Distribuir os clientes pelo espaço. • Apresentar a dinamizadora e pedir aos clientes que se apresentem. • Explicar em que consiste a atividade, como será dinamizada e quais os seus objetivos. <p>DESENVOLVIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • No início da sessão é iniciado um diálogo sobre aquilo que foi realizado na sessão anterior, questionando os clientes sobre aquilo que foi falado, o que estes reterem e como pensam sobre o tema. • De seguida, solicito ao cliente que façamos um exercício. Nesse exercício, peço que este seja capaz de identificar cinco qualidades/características pessoais positivas. Destas cinco que escolheu, solicito que destaque aquelas que lhe parecem mais importantes no momento. • Para cada uma delas, solicito que classifique de 0 a 100, em que medida acredita realmente que tem essa qualidade, sendo 0 – Não acredito e 100 – Acredito totalmente.

SEMANA DE REALIZAÇÃO	TEMA	OBJETIVOS	ATIVIDADE
5ª semana (24/4 a 30/4)	Ser mais!		<ul style="list-style-type: none"> • Agora, para cada uma das qualidades que selecionou como mais importantes, peço que identifique três situações concretas da sua vida em que sentiu que tinha essa característica positiva. • No final, solicito que classifique novamente, de 0 a 100, em que medida acredita realmente que tem essa qualidade. • O cliente deverá guardar a folha junto dos seus pertences. <p>CONCLUSÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar feedback por parte do cliente acerca da atividade: entregar documento para preenchimento com questões acerca da atividade. • Agradecer e elogiar a participação do cliente na atividade.
26/04/2023	Avaliação final	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da eficácia da intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação dos instrumentos de avaliação: Escala do Autoconceito de Vaz Serra, Escala de Empowerment e ISMI – Escala do Autoestigma, realizados inicialmente.

4.7. Resultados obtidos/ganhos em saúde

Fazendo a análise comparativa dos resultados das escalas aplicadas, como se pode observar na Tabela 3, constatamos existirem dados objetivos de melhoria.

Tabela 3

Resultados das escalas aplicadas no decurso do programa de intervenção

Escola utilizada	Resultados no início do programa	Resultados no final do programa
Inventário Clínico de Autoconceito (Valor de Referência: 20 a 100)	47	↑ 54
Escola de Empowerment (Valor de Referência: 1 a 4)	2.81	↑ 2.87
Subescala de Empowerment: Autodeterminação (Valor de Referência: 1 a 4)	2.67	↑ 2.7
Subescala de Empowerment: Autonomia (Valor de Referência: 1 a 4)	2.5	↑ 2.6
Subescala de Empowerment: Poder (Valor de Referência: 1 a 4)	3	↔ 3
Subescala de Empowerment: Mestria (Valor de Referência: 1 a 4)	2.8	↑ 2.9
Subescala de Empowerment: Sentimentos (Valor de Referência: 1 a 4)	3	↔ 3
Subescala de Empowerment: Participação nas decisões de saúde (Valor de Referência: 1 a 4)	2.89	↑ 3
Escola ISMI (Valor de Referência: 1 a 4)	2.38	↓ 2.18
Subescala ISMI: Afastamento Social (Valor de Referência: 1 a 4)	2.5	↓ 2.12
Subescala ISMI: Alienação (Valor de Referência: 1 a 4)	2	↔ 2
Subescala ISMI: Adesão aos Estereótipos (Valor de Referência: 1 a 4)	2	↓ 1.8
Subescala ISMI: Experiência de Discriminação (Valor de Referência: 1 a 4)	3	↔ 2.8
Subescala ISMI: Resistência ao Estigma (Valor de Referência: 1 a 4)	3.33	↑ 3.67

*Duração do programa – 3 sessões – 3 semana

Conclui-se então que, através das intervenções implementadas junto do cliente, houve uma melhoria em todos os parâmetros avaliados, traduzindo-se em ganhos na saúde mental do mesmo.

5. CONTEXTO COMUNITÁRIO - UCC

Este estágio foi realizado de 8 de maio de 2023 a 12 de junho de 2023, num total de 115h.

5.1. Caracterização do contexto clínico

A UCC pertence a um agrupamento de Centros de Saúde e pretende exercer a sua atividade na área geodemográfica correspondente.

A sua área de influência tem como alvo uma população de cerca de 34000 habitantes.

A UCC, tem uma equipa que é constituída por um enfermeiro especialista em saúde materno-infantil, dois enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, três enfermeiros especialistas em reabilitação, um enfermeiro especialista em saúde comunitária, duas enfermeiras especialista em saúde mental e psiquiátrica e uma assistente social.

Cada enfermeiro está responsável pelo desenvolvimento de trabalho numa área de intervenção específica, nomeadamente: saúde escolar, parentalidade, comunitária, saúde mental e psiquiatria, e ECCI como programa de reabilitação.

Os projetos desenvolvidos na área da saúde mental são no âmbito do Projeto “Literacia em Saúde” do ACES e do PNS.

Este programa tem como finalidade obter ganhos em saúde através da promoção da saúde mental e capacitar os cuidadores informais referenciados, que apresentem baixo ou nenhum conhecimento, de conhecimentos que permitam a mudança de atitudes e comportamentos geradores de bem-estar/saúde.

O Programa de Saúde Mental e Psiquiatria desta UCC abrange três projetos para públicos-alvo distintos:

- O primeiro destina-se a cliente com patologia psiquiátrica (sendo o público alvo desta intervenção, todos os clientes referenciados pela consulta da especialidade do hospital de referência). Este projeto assenta na intervenção especializada dirigida aos clientes com perturbação mental, visando a adesão ao regime terapêutico, aceitação do estado de doença e promoção da integração social.
- O segundo destina-se a todos os clientes com demência ou défice cognitivo ligeiro, com potencial para estimulação cognitiva, através de um acompanhamento de grande proximidade ao cliente, da partilha de informação e parceria de cuidados com as USFs a que o cliente pertence, bem como, sempre que possível, em articulação com o hospital de referência e as suas especialidades de psicogeriatría, neurologia e consultadoria de psiquiatria, e realizando sessões estruturadas individualmente ou em grupo de treino cognitivo e estimulação cognitiva, de acordo com as necessidades.
- O último projeto assenta na intervenção dirigida aos cuidadores, visando a promoção da saúde mental e diminuição da sobrecarga emocional e física.

Estas intervenções podem ser realizadas em meio domiciliário ou nas instalações desta Unidade.

As referenciações nas diferentes intervenções, previamente descritas, são realizadas internamente através do SClínico ou, quando necessário, por contacto telefónico e em suporte de papel, através do preenchimento de um formulário pelo enfermeiro e/ou médico das unidades funcionais da área de abrangência da UCC.

5.2. Avaliação de necessidades

Neste contexto clínico, tive a oportunidade de trabalhar a saúde mental com clientes no âmbito da saúde materna.

A saúde mental da mulher, particularmente na fase reprodutiva, tem despoletado um interesse crescente nas comunidades científicas, pela necessidade de aprofundar as questões relacionadas com esta fase do ciclo vital e dos seus significados para a saúde mental materna,

bem como para a construção de respostas adequadas por parte dos cuidados de saúde no período perinatal (Macedo & Pereira, 2014).

Vários autores consideram o período perinatal como um período de “crise”, pelas mudanças realizadas, vivenciadas e integradas pela mulher na transição para a maternidade. A transição para a maternidade, é considerada uma das fases do ciclo vital, onde se experienciam alguns dos momentos mais marcantes na vida de uma mulher (DGS, 2005; Guerra et al., 2014), que envolve grandes mudanças e reorganizações ao nível biológico, psicológico e interpessoal e, pela aprendizagem de novas competências, associadas ao cumprimento de novos papéis e tarefas (Canavarro, 2009).

A estrutura da sua personalidade, o suporte conjugal, familiar e social, os significados da gravidez e projeto de maternidade para a mulher, são considerados determinantes na forma como a mulher vivencia todo este processo (Leal, 2005, citado por Airosa & Silva, 2013).

A complexidade que envolve esta fase pode proporcionar uma possibilidade de evolução e desenvolvimento, contudo também constitui um risco pelas dificuldades associadas (Carvalho et al., 2006).

Desde os anos 80, que os vários estudos confirmam que a sintomatologia ansiosa é a condição que se encontra com maior frequência na gravidez e a depressão, como um dos distúrbios perinatais mais graves (Camarneiro & Justo, 2020).

A ansiedade no período perinatal é considerada um fenómeno comum, podendo ser uma resposta normal e adaptativa, mas em algumas situações muito incapacitante e prejudicial para a mãe e para o bebé. Caracteriza-se por ser clinicamente significativa, persistente, geradora de angústia, perturbando diferentes áreas do funcionamento materno e requerendo uma intervenção especializada (Nogueira et al., 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% das mulheres apresentam perturbação mental associada ao stresse e ansiedade durante a gravidez e 13% no período pós-natal (WHO, 2015).

A ansiedade durante a gravidez foi associada a complicações na gravidez e no parto: como o aborto espontâneo, a pré-eclâmpsia e o parto prematuro e a complicações do Recém-Nascido: como baixo peso ao nascer. Os filhos de mães muito ansiosas apresentam o dobro do risco de desenvolver perturbações do défice de atenção e de hiperatividade. A ansiedade pré-natal foi também identificada como um forte preditor de depressão pós-parto, mesmo após o controle dos níveis de depressão pré-natal (Fairbrother et al., 2015).

Foi desenvolvida uma intervenção grupal, com a participação de 4 grávidas e um marido de uma delas. O grupo era constituído por 2 mães de primeira viagem e outras 2 de segunda viagem. Estas encontravam-se numa faixa etária entre os 27 e os 34 anos.

5.3. Atividade diagnóstica

Neste contexto não utilizamos as escalas anteriores por entendermos não se adequarem ao objetivo da intervenção. Desta forma, optamos por construir um questionário ADOCH, com questões acerca da gravidez e do puerpério, referentes ao estigma e aos conhecimentos que estas apresentam sobre determinados conceitos sobre a saúde mental durante esta fase da vida.

Este questionário foi aplicado no primeiro contacto que tive com a população alvo, de modo a avaliar as necessidades que esta apresentava. De seguida, foi implementada a intervenção e aplicado novamente o questionário após a mesma, de modo a ser realizada a avaliação dos resultados obtidos/ganhos em saúde.

Este questionário encontra-se no Anexo 4.

5.4. Estabelecimento de prioridades, objetivos e critérios de resultado

Neste local de estágio, elaboramos intervenções no âmbito da psicoeducação, com um grupo de grávidas e casais que se encontravam a realizar as sessões de preparação para o parto.

Os domínios aos quais demos ênfase na nossa avaliação, foram:

- No processo corporal: a consciência, o apetite, a dor, a pele, o sono e os processos cardiorrespiratório, gastrointestinal e urinário.
- No processo psicológico: o autoconceito (avaliando o autoestigma), a emoção.
- Na ação: o autocuidado (autogestão do regime dietético e de exercício).

- No processo familiar: a preparação da família para a chegada do recém-nascido.
- Na transição no desenvolvimento do adulto: adaptação à gravidez e preparação para o parto e adaptação à parentalidade.

Face aos domínios identificados neste contexto de estágio, descritos acima, os diagnósticos de enfermagem identificados foram:

- Ansiedade.
- Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade.
- Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade.
- Potencial para melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido.
- Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família.

Desta forma, temos como objetivos:

- Identificar e responder às principais preocupações das clientes face à sua saúde mental nesta fase da gravidez e posterior.
- Promover o conhecimento sobre a doença mental na gravidez e no pós-parto.
- Promover a socialização.
- Promover o auto e heteroconhecimento.
- Promover a partilha de experiências, dúvidas e dificuldades que estejam a sentir.
- Melhorar a autoestima e autoconfiança.

No seguimento dos objetivos, como critérios de resultado tenho:

- Que os clientes identifiquem as principais preocupações que apresentam face à sua saúde mental nesta fase da gravidez e posterior.
- Que os clientes aumentem o seu conhecimento sobre a doença mental na gravidez e no pós-parto, de modo a serem capazes de atuar a tempo, não deixando evoluir.
- Que os clientes socializem entre eles.

- Que os clientes desenvolvam o seu autoconhecimento e conhecimento dos restantes membros do grupo.
- Que os clientes expressem dúvidas e dificuldades que sentem e partilhem experiências entre eles.
- Que os clientes verbalizem sentimentos de aumento da sua autoestima e da sua autoconfiança.

5.5. Planeamento e execução das intervenções

Segundo Sequeira e Sampaio, 2020, a psicoeducação é uma forma específica de educação. A educação para a saúde tem como foco as atitudes e os comportamentos de saúde. Dochterman e Bulecheck (2008, p. 641) definem educação para a saúde como o “desenvolvimento e fornecimento de instrução e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamento que promova a saúde de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades”.

Fundamentada pelo Regulamento nº129/2011 da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental), a psicoeducação “é uma intervenção de Enfermagem que compreende intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas, adequadas para informar o doente e os seus familiares acerca da doença e do seu tratamento, facilitando a compreensão e a gestão responsável da doença, e dando suporte a todos aqueles que se veem obrigados a lidar com a doença” (Sequeira e Sampaio, 2020, como citado em Sampaio, 2011).

No âmbito da literacia em saúde mental, a intervenção psicoeducativas é uma modalidade de intervenção que pode ser aplicada tanto a um grupo, e, como tal, dedicada a um conjunto de pessoas que partilham um mesmo problema de manutenção da saúde ou alívio dos sintomas da doença, como a uma só pessoa (Sequeira e Sampaio, 2020).

A psicoeducação integra uma componente educativa, que visa dotar de conhecimentos acerca do problema/doença, e uma componente de suporte (emocional), abordando a gestão das emoções, das expectativas, entre outras (Santos et al., 2011). Esta intervenção deve ser

limitada no tempo, estruturada em sessões, focada na atualidade e na técnica de resolução de problemas, incidindo principalmente na literacia sobre os sinais e sintomas, diagnóstico, etiologia, prognóstico, tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, e atraso da institucionalização (Sousa et al., 2007).

Dentro da população das mulheres grávidas, existe um forte estigma social associado à doença mental, o que determina um grande atraso nos pedidos de ajuda por parte desta população. Este fato está relacionado com o mito de que na gravidez e no pós-parto qualquer mulher tem de se sentir feliz. As mulheres que não sentem esta felicidade, podem desenvolver sentimentos de vergonha, culpa, fracasso ou medo de serem estigmatizadas ou que lhes sejam retirados os filhos por receio de serem consideradas “más mães” (Macedo et al., 2014; Nagle & Farrelly, 2018; Stanevaa et al., 2017). A mulher grávida, que tem um filho e se torna mãe, vive uma série de eventos que podem influenciar o conteúdo das cognições depressivas e o modo como os diversos sintomas se manifestam, tornando os quadros depressivos muito complexos e muito diferentes de mulher para mulher, pelo que o humor deprimido pode não ser o principal ou o sintoma mais importante a causar sofrimento na mulher (Marques et al., 2014).

Para diminuir o impacto do estigma relativamente à doença mental na gravidez, foi elaborada uma sessão de psicoeducação com um conjunto de grávidas e casais, com o objetivo de: trabalhar a questão do autoestigma, informar sobre fatores de risco que concorrem para o desenvolvimento de uma doença mental durante a gravidez e o pós-parto, aprender como identificar sintomas e como agir perante uma situação de desenvolvimento de doença mental.

Quadro 6*Representação do plano de intervenção para os clientes*

	1ª semana (8/5 a 14/5)	2ª semana (15/5 a 21/5)	3ª semana (22/5 a 28/5)	4ª semana (29/5 a 4/6)	5ª semana (5/6 a 12/6)
Realização da avaliação inicial	Aplicação das escalas, entrevistas e observação	Aplicação das escalas, entrevistas e observação			
Análise dos resultados, identificação das necessidades e elaboração do plano de intervenção	X	X			
Plano de intervenção			Sessão		
Estudo de caso		X	X	X	
Avaliação do processo			X	X	
Avaliação dos resultados (repetição avaliação inicial)				X	
Síntese do relatório				X	

5.6. Competências comuns e específicas

No primeiro turno reunimos com a enfermeira tutora de modo a identificar as necessidades e a população com a qual poderíamos intervir. Apesar de eu ter vindo a trabalhar até agora com a população toxicodependente, neste contexto não foi possível fazê-lo. Pensamos intervir junto da população escolar, através da área da saúde escolar, contudo não foi possível, uma vez que as sessões são agendadas no final do ano letivo anterior, não sendo possível haver alterações. Surgiu também a oportunidade de integrar uma turma mais problemática, numa escola profissional, na área que eu pretendia. Contudo, o horário que disponibilizaram para a realização das sessões, era incompatível com o meu horário de trabalho e as programações que já tinha realizadas no mesmo.

Devido a todos estes entraves, foi então escolhida uma nova população: grávidas que se encontram a realizar a preparação para o parto. Desta forma, tive a possibilidade de realizar 2 pequenas sessões, uma delas introdutória e outra final, tendo tido uma grande sessão pelo meio, onde realizei uma sessão de psicoeducação, tendo atingindo, assim, as unidades de competências “Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental”, “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade” e “Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental”.

Foi possível intervir explorando a questão do risco que as grávidas têm de desenvolver perturbações relacionadas com o humor e a ansiedade, levando a dificuldades inerentes na transição para a parentalidade. Muitas destas mulheres não procuram ajuda atempadamente por terem presente o estigma associado à saúde mental. Desta forma pretendi dar informação sobre sinais e sintomas de modo a identificar precocemente qualquer patologia e desmistificar a saúde mental nesta fase, promovendo uma transição para este novo papel sem incidentes. Desta forma, pretendia atingir a unidade de competência: “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos”.

Tive a possibilidade de assistir a uma reunião do EPVA: Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos, que tem como funções:

- Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais administrativos e técnicos, dos diferentes serviços, para a igualdade de género e a prevenção da violência ao longo do ciclo da vida;
- Difundir informação de carácter legal, normativa e técnica sobre o assunto;
- Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;
- Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos.

A Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), intervém com o objetivo de melhorar a resposta ao fenómeno da violência e dos maus tratos, através da execução e desenvolvimento de uma estratégia concertada, articulada e eficiente na resposta à prevenção e intervenção no fenómeno da violência ao longo do ciclo de vida no âmbito dos cuidados de saúde da área de influência.

Desta forma, assisti à reunião semanal onde, desta vez, as enfermeiras e psicóloga que estavam presentes, estiveram a ver alguns processos que necessitam de encaminhamento e estiveram a averiguar e redigir um documento com o encaminhamento a ser realizado. Segundo as “queixas” que recebem, fazem o encaminhamento para ser acompanhado pelos profissionais respetivos e percebem se realmente existe esta necessidade.

Desta forma, fiquei a conhecer uma nova realidade e uma nova equipa de trabalho, que não conhecia, percebendo um pouco de como se deve então encaminhar estas queixas e como se devem tratar as mesmas.

Tive também a oportunidade de estar presente no “Dia da Barriguinha”, uma palestra desenvolvida para casais já com filhos ou durante a fase da gravidez, que foi proporcionada pela UCC em que estou a realizar o estágio. Nesta palestra foram discutidos temas como: os projetos que a UCC desenvolve para esta população, questões sobre o sono do bebé e métodos para o melhorar, o medo, a ansiedade e o stress durante o período antes e após a gravidez e, também, a saúde mental positiva na gravidez.

Esta palestra contribuiu para aumentar o meu conhecimento nesta área, uma vez que é uma população com a qual ainda não tinha desenvolvido nenhum trabalho e teria de o fazer neste estágio. Desta forma, consegui ter uma perspetiva mais clara daquilo que poderia trabalhar e do trabalho que também é realizado pela equipa de enfermagem, a nível da UCC, junto dos clientes.

Foram também abordados temas dentro da estigmatização, na medida em que o “saber pedir ajuda” ainda é complicado e difícil, hoje em dia, quando se trata de temas relativos à saúde mental. Falaram também da questão dos pais não serem tão integrados nestes temas, contudo foi desmistificada a questão de que não é só para as mães, e que todos os profissionais estão também recetivos a trabalhar com os pais que necessitarem e o demonstrarem. Existe ainda muito estigma relativamente à decisão da não amamentação e de as mães quererem voltar ao trabalho. Questões estas que devem ser discutidas, na perspetiva de que, não é por as mães terem estas vontades que são melhores ou piores mães.

Assim consegui obter uma ideia mais clara dos temas que posso abordar junto da minha população, de modo a suprir as necessidades que estas possam apresentar.

Realizei a primeira intervenção nesta população: a avaliação inicial e apresentação do que pretendia desenvolver. Conheci o grupo com o qual iria trabalhar, sendo constituído por 4 grávidas, tendo ido um marido a acompanhar uma delas.

Apresentei-me, expliquei no que consistia o meu projeto e os objetivos do mesmo. Pedi a colaboração das mesmas, explicando que iria desenvolver uma sessão informativa sobre as questões que foram colocadas nesta avaliação inicial assim como algum tema que elas gostariam de ver abordado. Neste seguimento, como suporte das questões, tinha preparado um quizz online. Trata-se de uma ferramenta de elaboração de questionários que podem ser usados para fazer uma avaliação na forma de escolha múltipla ou verdadeiro/falso. É uma plataforma que os utilizadores utilizam no seu dispositivo móvel para acederem às perguntas e para as responderem, sendo de imediato informados se acertaram ou não nas respostas. Contudo, uma vez que não tinha a certeza se todas os participantes iriam ter acesso à internet, elaborei um PowerPoint com as questões e coloquei as mesmas numa folha A4, com as respostas, onde os participantes teriam de selecionar a que achavam mais adequada. Tendo em conta os recursos disponíveis acabei por utilizar a segunda opção para a realização da avaliação inicial, onde os participantes responderam a todas as questões, tendo obtido alguns resultados diferentes entre eles. Quando questionados sobre mais temas que gostariam de ver abordados, não foram obtidas sugestões por parte dos intervenientes, pelo que apenas abordei os temas que tinha planeados. Desta forma, complementei o desenvolvimento das unidades de competências “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” e “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade”.

Tive a oportunidade de assistir à sessão dinamizada pela enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, também para conseguir conhecer um pouco o grupo e perceber a sua dinâmica. Foi também importante para conseguir identificar uma cliente que seja pertinente para o desenvolvimento do meu estudo de caso, complementando aqui a unidade de competência: “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família”.

Foi realizada a dinamização da sessão programada (Quadro 7, pág. 103). Encontrava-me bastante ansiosa, uma vez que iria falar para uma população que não estou habituada, com um tema um pouco novo para mim, do qual tive de fazer bastante pesquisa para conseguir ter alguma informação para transmitir. Contudo, confessei à enfermeira que me encontrava com alguma ansiedade para a sessão e esta tranquilizou-me um pouco através das suas palavras.

Encontrei um grupo um pouco mais pequeno daquele que tinha encontrado na primeira sessão. Duas grávidas à última da hora referiram que não poderiam estar presentes. Não sei se, entretanto, já tinham tido o bebé ou se surgiram algumas complicações que implicaram a não presença na sessão. Estes são contratemplos que acontecem quando se trabalha com este tipo de população, uma vez que são sessões que não têm carácter de presença obrigatória, assistindo apenas àquelas sessões que pretendem. Também o facto de estarem perto de ter o bebé, faz com que algumas deixem de estar grávidas e, por isso, estas sessões deixam de fazer sentido para elas.

Contudo, o grupo transmitiu-me alguma tranquilidade. Referi que gostaria que isto fosse uma interação, que estas partilhassem aquilo que sentiam e algumas experiências, no qual estas acabaram por colaborar, tornando toda a sessão muito mais dinâmica e fácil para mim, uma vez que eram, também elas, que a conduziam.

A grávida mais participativa acabou por ser uma mãe de segunda viagem, que partilhou algumas experiências que tinha vivenciado com a primeira filha. Algumas das questões que foram partilhadas, esta demonstrava concordância e referia que as tinha vivenciado, principalmente a questão da amamentação e do quanto esta é importante. A cliente referiu que durante o primeiro mês de vida da primeira filha, teve muita dificuldade em amamentar. Sempre idealizou fazê-lo, sentia pressão por parte dos que a rodeavam para o fazer, assim como por parte de alguns profissionais de saúde. Contudo, encontrou algumas dificuldades que não estava à espera e recorreu a ajuda diferenciada e conseguiu atingir o objetivo que pretendia: amamentar. Referiu ainda que conseguiu amamentar até aos 3 anos da filha.

Esta era também enfermeira e referiu que isso também era um fator que fazia com que ela sentisse algum julgamento por parte dos outros, na medida em que a questionavam porque é que andava a frequentar sessões de preparação para o parto, quando estudou enfermagem. Para muitos, isto não faz sentido e acaba por ser um fator estigmatizante para a pessoa que sofre os comentários, fazendo com que esta se sinta inferiorizada e não compreendida.

Foram também partilhados alguns medos e algumas crenças que sentiam, nomeadamente, sobre a rede de suporte às vezes não ser suficiente ou terem receio de pedir ajuda para, por exemplo, as tarefas de casa serem realizadas. Referiram que apresentam algum receio em se impor, com medo de serem mal interpretadas, uma vez que é uma experiência nova e, muitas vezes, toda a gente quer ajudar e dar a sua opinião de como devem ser feitas as coisas. Contudo, este tipo de atitudes, acaba por piorar a situação e deixar o casal ainda mais confuso daquela que será a melhor estratégia a adotar em determinada situação. Foram dadas algumas estratégias para conseguirem lidar da melhor maneira.

O facto de se tratar de um grupo em que existiam mães de primeira viagem e de segunda viagem, era bastante benéfico para a partilha de experiências, de conhecimentos, de medos e de dúvidas. As mães de primeira viagem ouviam atentamente quando as de segunda falavam e retinham sempre algum conselho que ali era dado.

Era também curioso notar que os receios eram diferentes. Para umas era tudo muito novo, toda uma adaptação e tinham receio de como será experienciar toda esta nova aventura, uma vez que vão para um mundo completamente desconhecido. Para outras, os receios já se prendiam com o facto de agora serem dois filhos, da distribuição da atenção por ambos, pela forma como o filho mais velho irá reagir a esta transição, como é que hão-de fazer para conseguir manter um equilíbrio em casa, tendo em conta que todas as rotinas irão ter de mudar, etc. Isto demonstrava, mais uma vez, a importância do grupo. Tratava-se de um feedback de parte a parte: de mim, como moderadora, em que tentava transmitir as ferramentas para que estas conseguissem ganhar conhecimento e capacidade para ultrapassar esta transição com mais facilidade e, por parte das intervenientes, que, entre elas, tinham a capacidade de perceber que não estão sozinhas, que há mais alguém que se encontra a vivenciar a mesma situação, ou já a vivenciou e apresentava alguns medos que foram colmatados, havendo a partilha como o fizeram.

Tive também a possibilidade de trabalhar com uma cliente grávida, individualmente, contribuindo para uma melhoria das unidades de competências “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de

enfermagem e resultados esperados” e “Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde”.

Desta forma, elaborei uma entrevista inicial para a conhecer melhor e saber onde poderia intervir. Tratava-se de uma grávida de 36 semanas, com 32 anos de idade, participativa nas sessões de preparação para o parto e, que apresentava algumas dúvidas, que procurava sempre esclarecer ao longo das sessões. Nega antecedentes pessoais, referindo apenas que a avó teve uma depressão há cerca de 10 anos. Hoje encontra-se medicada e estável.

Foram avaliados alguns domínios, nomeadamente: consciência, apetite, dor, sistema respiratório, sistema cardiovascular, eliminação intestinal, eliminação urinária, pele, sono, autoconceito, emoção, autogestão do regime dietético, autogestão do regime de exercício, consumos de droga, álcool ou tabaco, preparação da família para a chegada do recém-nascido, adaptação à gravidez e preparação para o parto e adaptação à parentalidade.

Dentro destes domínios foi possível obter alguns diagnósticos, nomeadamente:

- Ansiedade
- Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade
- Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade
- Potencial para melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido
- Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família

Para dar resposta a estes diagnósticos foram elaborados objetivos e executadas as intervenções respetivas, tendo sido observada uma melhoria na cliente (Anexo 6).

Muitas destas questões foram trabalhadas na sessão de psicoeducação transmitida por mim, em que a cliente se encontrava presente, indo aqui de encontro ao tema principal do projeto, o autoestigma. Desta forma, houve também uma melhoria observada na entrega do primeiro questionário para o questionário da avaliação final.

Foi gratificante perceber que foi desenvolvido um bom trabalho, apesar das adversidades, nomeadamente, ter sido uma população totalmente nova que me obrigou a desenvolver aqui algum trabalho de pesquisa e me debruçar sobre assuntos com os quais não estava habituada.

Ter estado presente na sessão que houve para casais, grávidas e puérperas logo no princípio do estágio, permitiu-me estar mais sensível a determinados temas que foram abordados, que fizeram com que os levasse comigo para a sessão que iria realizar.

Os objetivos foram atingidos com sucesso e isto também se deve ao bom acompanhamento que nos foi prestado. É normal termos dúvidas em temas que não dominamos tanto, pelo que conseguir esclarecê-las em tempo oportuno é relevante para o sucesso das intervenções. Considero também que a determinação, o trabalho e a vontade de querer fazer acontecer, também são fundamentais para atingir os objetivos.

Desta forma, senti-me feliz e grata por ter chegado ao fim desta etapa, tendo recebido os elogios que recebi face ao trabalho desenvolvido. No final, quando sentimos que o nosso esforço é reconhecido, sentimos que tudo valeu a pena.

Quadro 7

Programa de intervenção implementado no grupo

SEMANA DE REALIZAÇÃO	TEMA	OBJETIVOS	ATIVIDADE
2ª semana (15/5 a 21/5)	Avaliação inicial	<ul style="list-style-type: none">• Identificar as principais preocupações das clientes relativamente à sua saúde mental nesta fase da gravidez e posterior.• Promover e estimular a socialização.• Promover o auto e heteroconhecimento.• Promover a partilha de experiências, dúvidas e dificuldades que estejam a sentir.• Promover a autoaceitação.• Reforçar a autoconfiança.	<p>INTRODUÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none">• Gerir o ambiente físico.• Distribuir as/os clientes pelo espaço.• Apresentar a dinamizadora.• Explicar como irão decorrer as sessões que estão planeadas, como serão dinamizadas e quais os objetivos das mesmas. <p>DESENVOLVIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none">• Após fazer a explicação de como será dinamizada esta sessão, inicio a distribuição das folhas com as perguntas e respostas que estarão projetadas na tela, de modo a conseguir guardar as respostas para a realização de uma avaliação inicial, fazendo o levantamento das necessidades.• Exposição de um PPT com as questões que pretendo colocar às/aos clientes.• Informo que as respostas às questões aqui levantadas serão dadas na próxima sessão, onde serão debatidos estes temas. <p>Solicitação de mais temas que gostariam de ver abordados na próxima sessão, para além dos que estão nas questões.</p>

SEMANA DE REALIZAÇÃO	TEMA	OBJETIVOS	ATIVIDADE
2ª semana (15/5 a 21/5)	Avaliação inicial		<p>CONCLUSÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Solicitar feedback por parte das/dos clientes acerca da atividade e informar sobre a data da próxima sessão. Agradecer e elogiar a participação das/dos clientes na atividade.
3ª semana (22/5 a 28/5)	Desmistificar a doença mental na gravidez	<ul style="list-style-type: none"> Responder e desmistificar as principais preocupações dos clientes relativamente à saúde mental nesta fase da gravidez e no pós-parto. Promover o conhecimento sobre a doença mental na gravidez e pós-parto. Promover e estimular a socialização. Promover o auto e heteroconhecimento. Promover a partilha de experiências, dúvidas e dificuldades que estejam a sentir. Promover a autoaceitação. Reforçar a autoconfiança. 	<p>INTRODUÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Gerir o ambiente físico. Distribuir as/os clientes pelo espaço. Explicar em que consiste a atividade, como será dinamizada e quais os seus objetivos. <p>DESENVOLVIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Distribuir um papel onde é solicitado aos participantes que escrevam um medo que tenham relativamente ao possível desenvolvimento de uma doença mental durante a gravidez ou no pós-parto, que possa afetar negativamente a sua vida, do seu filho, do/a companheiro/a ou pessoas significativas. Após esta escrita explico que é normal todos nós termos receios, mas que existem ferramentas que podemos adotar para que certas coisas não aconteçam e irei então abordar nesta sessão alguns dos medos que possam apresentar assim como ferramentas que podem adotar para que isto não aconteça. Exposição de um PPT com as questões levantadas na primeira sessão e com as respetivas informações que pretendo transmitir.

SEMANA DE REALIZAÇÃO	TEMA	OBJETIVOS	ATIVIDADE
3ª semana (22/5 a 28/5)	Desmistificar a doença mental na gravidez		<p>CONCLUSÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Solicitar feedback por parte das/dos clientes acerca da atividade e informar sobre a data da próxima sessão. Agradecer e elogiar a participação das/dos clientes na atividade.
4ª semana (29/5 a 4/6)	Avaliação final	<ul style="list-style-type: none"> Identificar melhorias no conhecimento dos clientes relativamente à sua saúde mental nesta fase da gravidez e posterior. Promover e estimular a socialização. Promover o auto e heteroconhecimento. Promover a partilha de experiências, dúvidas e dificuldades que ainda possam existir. Reforçar a autoconfiança. 	<p>INTRODUÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Gerir o ambiente físico. Distribuir as/os clientes pelo espaço. Explicar como será dinamizada esta sessão e quais os objetivos das mesmas. <p>DESENVOLVIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Após fazer a explicação de como será dinamizada esta sessão, inicio a distribuição das folhas com as perguntas e respostas que estarão projetadas na tela, de modo a conseguir guardar as respostas para a realização de uma avaliação final, fazendo depois uma comparação com a avaliação inicial de modo a perceber se obtive ganhos com a sessão realizada anteriormente. Exposição de um PPT com as questões que colocadas aos clientes. Conclusão final sobre o tema desenvolvido e as respostas obtidas. <p>CONCLUSÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> Solicitar feedback por parte das/dos cliente acerca da atividade. Agradecer e elogiar a participação das/dos clientes na atividade.

5.7. Resultados obtidos/ganhos em saúde

A minha amostra era de 5 pessoas: 4 mulheres grávidas e 1 futuro pai. Entreguei o questionário a todos eles para preenchimento inicial, de modo a conseguir identificar as necessidades. Desta forma, dentro dos 5 questionários, obtive 2 questionários com 12/12 respostas certas, outro com 11/12 respostas certas e os outros 2 com 9/12 respostas certas.

Após a execução da intervenção, foram aplicados novamente os questionários, tendo-se observado uma evolução positiva onde, em todos eles, o número de respostas certas foi de 12/12, o que demonstra a eficácia da intervenção realizada.

6. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Antes do início do estágio de natureza profissional, foi por nós desenvolvido um projeto, em que espelhávamos aquilo que pretendíamos vir a desenvolver quando chegássemos ao Módulo II. Desta forma, já tínhamos uma ideia pré-definida daquilo que pretendíamos realizar, tendo em conta a observação que tínhamos feito no módulo I quando estivemos nos locais de estágio. Contudo, rapidamente foi perceptível que não iria ser tudo como estava planeado, quer pelas contingências de alguns serviços, quer pela população que estava presente nos locais no período definido.

Pretendia trabalhar com uma população específica, nomeadamente, toxicodependentes ou ex-toxicodependentes. Nos primeiros dois contextos foi possível fazê-lo, uma vez que no estabelecimento prisional trabalhei com um grupo de ex-toxicodependentes que se encontrava em tratamento e, no contexto de internamento de agudos, trabalhei com um cliente que também consumia no seu dia-a-dia, quando estava fora do internamento. Quando foi o momento de desenvolver competência no contexto comunitário, não havia população disponível para o fazer. Foi pensado trabalhar a questão do estigma junto da saúde escolar, numa perspetiva de promoção da saúde, para evitar situações de estigma e autoestigma no futuro. Contudo, não foi possível também trabalhar junto desta população, uma vez que as sessões da saúde escolar são todas marcadas no final do ano letivo anterior. Desta forma, foi possível chegar a um consenso, junto da enfermeira orientadora, de que poderia trabalhar com grávidas e casais que se encontravam a realizar sessões de preparação para o parto. Contudo, devido a esta razão externa, não foi possível dar continuidade ao projeto que tinha pensado.

Apesar de não ter sido possível manter sempre uma consequência lógica, junto da mesma população, foi possível tirar aqui algumas conclusões.

O estigma é algo abrangente. Afeta, de diversas formas, diferentes tipos de população. Cada uma com as suas características. Foi possível perceber que junto da população das grávidas e casais que se encontram a realizar sessões de preparação para o parto, o estigma estava mais ligado à falta de conhecimento sobre a doença mental, o achar que são normais diversas

situações que não são, haver muitas opiniões diferentes à volta dos pais que os fazem duvidar daquilo que será certo ou errado. Existem muitas ideias que já estão pré-feitas na sociedade e que se transportam para um casal aquando o momento de terem um filho. A saúde mental, é algo que acaba por não ser tão valorizado numa gravidez quanto a saúde física. Depreende-se que é um momento de felicidade para o casal, uma vez que é aquilo que pretendiam. Contudo, existem alguns sinais que temos de estar alerta e conseguir perceber se são normais ou patológicos, de modo a ser possível a sua intervenção atempadamente. Conseguir transmitir esta informação aos futuros pais, foi essencial para desmistificar alguns conceitos e assuntos que não estavam bem claros, como foi possível analisar através do questionário de avaliação inicial.

A doença mental ainda é uma área que sofre bastante estigma hoje em dia. Muitas pessoas não estão habilitadas para conseguir identificar quando é que estão a vivenciar alguma doença. Há momentos de transição nas nossas vidas em que estamos mais frágeis e, por isso, a probabilidade de irmos a desenvolver algum problema de saúde mental acaba por ser maior, quer por fatores internos, quer por fatores externos a nós, tal como se passa com o momento da gravidez. Contudo, o estigma também aparece quando os indivíduos não são bem aceites pela sociedade, nomeadamente, os toxicodependentes e os reclusos. Esta população, devido a escolhas que fez na vida, irá sofrer de estigma. Este estigma pode ser feito socialmente ou poderá ser intrínseco, nomeadamente o autoestigma.

Junto da população reclusa com quem trabalhei, foi possível chegar à conclusão que alguns destes não se encontravam totalmente consciencializados sobre alguns aspetos que o estigma lhes poderia vir a causar. Quando foram abordados determinados temas sobre, nomeadamente, como é que eles deveriam agir quando saíssem em liberdade, perante determinadas situações que poderiam acontecer, muitos dos intervenientes ficaram mais pensativos e consciencializados daquilo pelo qual poderiam vir a passar. Isto fez com que a sua noção de autoestigma aumentasse, como foi possível ler no capítulo dos “Resultados obtidos/ganhos em saúde”.

Quando trabalhei individualmente com o cliente do internamento de agudos, foi possível perceber que cada pessoa é uma pessoa. Aquilo que tinha sido trabalhado em grupo anteriormente, não poderia ser trabalhado da mesma forma junto deste cliente. Perceber as suas necessidades foi fundamental para conseguir adaptar a intervenção, de modo a que esta surta efeito.

Para mim, foi importante, como profissional, o contacto com todos estes clientes. Foram eles que me permitiram refletir sobre aquilo que é o estigma e como ele afeta a nossa sociedade e cada pessoa individualmente.

Observei que o estigma, perante a pessoa com doença mental é, muitas vezes, praticado entre os profissionais. O desconhecimento e a desinformação relativamente à pessoa e à doença mental, faz com que os profissionais de saúde adotem atitudes e comportamentos que não são compatíveis com o estabelecimento de uma relação terapêutica, essencial para a especificidade dos cuidados de enfermagem nesta área. Este facto impede a prestação de cuidados com qualidade e, mais grave, pode até contribuir para o agravamento dos sintomas e dificuldades (Raposo, M. E., 2020).

Foi importante perceber que cada pessoa sente as emoções de uma forma diferente, interpreta-as de uma forma diferente e age perante elas, à sua maneira. Dar ferramentas para que estas consigam lidar com as mesmas de uma melhor forma, é fundamental para o sucesso individual. O autoestigma faz com que as pessoas se sintam inferiorizadas face a quem está à sua volta. Isto tem impacto na sua autoeficácia e no seu autoconceito. Desta forma, o nosso trabalho enquanto profissionais de saúde mental é promover uma saúde mental positiva, desmistificando o estigma e fazendo um trabalho de campo junto dos clientes para que estes sejam capacitados, de modo a diminuírem o autoestigma.

De um ponto de vista pessoal, é notório que, inconscientemente, ao longo da nossa vida, o estigma está presente. O facto de trabalhar com uma população reclusa, já é um fator de estigma. Se são reclusos, é porque fizeram algo que infringia a lei, por isso, não são tão dignos como outra pessoa de receber os mesmos cuidados. O estigma começa aqui: quando olhamos para o outro e nos sentimos superiores, só pelo outro ter cometido um erro no passado. É um trabalho diário conseguir esquecer estes pormenores e ter a capacidade de ser imparcial com toda a gente, de modo a desenvolver um bom trabalho.

Foi uma aprendizagem também para mim, a nível pessoal, uma vez que me trouxe algum conhecimento e contacto com diferentes realidades, abrindo-me os horizontes de modo a pensar um pouco mais “fora da caixa”, indo contra aqueles estereótipos que a sociedade nos transmite, de modo a conseguir ajudar o outro a se tornar na sua melhor versão.

CONCLUSÃO

Este projeto, tinha como principal objetivo o desenvolvimento de intervenções que permitissem a diminuição do autoestigma na pessoa com doença mental. Deste modo, considero que o percurso realizado permitiu que este e outros objetivos descritos tivessem sido alcançados, nomeadamente as competências propostas pela OE referentes ao EESMP.

Através do contacto com os clientes, foi possível denotar que o autoestigma é um fator de stress com um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas que dele sofrem assim como das suas famílias. Aquando da necessidade de fazer pesquisa sobre esta área, foi possível denotar que existem poucos estudos nesta área, que apresentam algumas limitações metodológicas, uma vez que se trata de uma experiência subjetiva e individual (Oliveira et al., 2015).

A literatura refere-nos que a criação de programas de educação contínuos e complementares, é a maneira mais eficaz de intervenção na diminuição do estigma em todas as suas formas e, principalmente, do autoestigma. O EESMP pode intervir de forma autónoma neste processo, devendo, para isso, conhecer bem o estigma e as implicações que este apresenta na vida da pessoa, assim como as intervenções de enfermagem especializadas mais adequadas.

O desenvolvimento deste projeto permitiu-me confirmar que as intervenções que incluem a psicoeducação são as que demonstram mais eficácia, assim como as que são trabalhadas entre uma equipa multidisciplinar. Estas passam pela criação e operacionalização de programas de empoderamento das pessoas que sofrem de estigma, assim como, das suas famílias, de modo a permitir o desenvolvimento de competências que lhes permitam gerir de uma forma mais eficaz as consequências do estigma e autoestigma no seu dia-a-dia.

De modo a prevenir o estigma face ao desenvolvimento de uma doença mental num período de vida importante e que traz alguns desafios na vida de um casal, foi desenvolvida uma sessão de educação para a saúde, que permitiu dotar os intervenientes de algum conhecimento sobre a saúde mental na gravidez e puerpério, promovendo, também, a saúde mental positiva.

Desta forma tive a oportunidade de trabalhar na vertente onde já existe a doença e o estigma é algo presente na pessoa, intervindo de modo a melhorar este diagnóstico nos clientes, assim como, a oportunidade de prevenir o desenvolvimento do estigma face à doença mental.

Ao longo deste percurso de aprendizagem, senti que uma dificuldade foi a pouca evidência científica sobre a efetividade de programas psicoeducativos para a diminuição do autoestigma na pessoa com doença mental, tornando-se mais dificultador este processo de aplicação de intervenções destinadas a este fator.

Outra limitação sentida tem a ver com a dificuldade de quantificar eventuais ganhos a longo prazo, uma vez que a evidência científica refere que a escala ISMI deverá ser reaplicada após um, três e seis meses de término das intervenções desenvolvidas. Contudo, devido às limitações de tempo do estágio, em cada contexto, não foi, de todo, possível a sua aplicação nestes tempos.

A nível pessoal sinto que foi uma experiência enriquecedora e que me faz pensar na perspetiva do outro de uma forma diferente. Fez-me modificar alguns pensamentos e formas de agir perante alguns grupos de pessoas na sociedade, o que é uma mais valia, para mim enquanto pessoa e cidadã, uma vez que poderei também cultivar este conhecimento junto daqueles que me são próximos, permitindo a diminuição do estigma. Enquanto profissional, procurarei mobilizar as aprendizagens que tive ao longo desta caminhada, utilizando os conhecimentos e competências adquiridas nos cuidados que prestarei. Uma vez que também tenho a oportunidade de aplicar, no meu local de trabalho, sessões de educação para a saúde, pretendo também desenvolver projetos nesta área, até com a mesma população com quem trabalhei no meu último contexto de estágio, nomeadamente casais e grávidas que se encontram a realizar sessões de preparação para o parto.

O facto de me estar a formar para ter uma prática de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica, acarreta uma maior responsabilidade. Já na licenciatura tive a oportunidade de perceber como é trabalhar junto de alguém que apresenta uma doença mental, contudo, foi agora na especialidade que tive a oportunidade de consolidar melhor e de trabalhar as suas especificidades mais a fundo. Este é um trabalho muito desafiante, mas com o qual eu tenho o maior gosto de o fazer, aprendendo sempre algo mais sobre o ser humano, sobre o outro e sobre mim mesma.

Para conseguirmos ter um bom nível de cuidados para com o outro, temos de estar bem connosco, ter um elevado nível de conhecimento e consciência de nós mesmos, de modo a

conseguirmos identificar emoções, sentimentos e valores que possam interferir na relação terapêutica desenvolvida.

Desta forma, pretendo trazer para a prática uma maior qualidade no ato de cuidar e, conseguir fazer com que o outro se enalteça, adquira as competências que lhe faltam e perceba a sua potencialidade para ser a melhor versão de si mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14 (1), 64-77.

American psychiatric association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

American psychiatric association (2017). *How Long Will It Take For Treatment To Work?* In: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/length-treatment.pdf>

Barrantes, F. J., Violante, C., Graça, L. & Amorim, I. (2017). Programa de Luta contra o Estigma: resultados obtidos na formação nos profissionais da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE5), 19-24.

Bento, M.F.S. (2014). *O Estigma da Doença Mental e os Meios de Comunicação Social*. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.

Bhattacharjee, D., Rai, A. K., Singh, N. K., Kumar, P., Munda, S. K., & Das, B. (2011). Psycho-education: A measure to strengthen psychiatric treatment. *Delhi Psychiatric Journal*, 14 (1), 33-39.

Bowen S., Witkiewitz K., Clifasefi S.L., Grow J., Chawla N. & Hsu S.H. et al. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71 (5), 547-556.

Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55 (1), 221-231.

Boysen, G. A., Chicosky, R. L., & Delmore, E. E. (2020). Dehumanization of mental illness and the stereotype content model. *Stigma and Health*, 8 (2), 150-158. <https://doi.org/10.1037/sah0000256>

Camarneiro, A. P., & Justo, J. M. (2020). Emotional states and psychopathological symptoms in couples during pregnancy and post-partum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40 (4), 394-398. doi: 10.1080/02646838.2020.1814226

Canavarro, M. C. (2009). *Uma perspetiva desenvolvimentista e ecológica sobre a adaptação na transição para a maternidade*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Caplan, S. (2016). A pilot study of a novel method of measuring stigma about depression developed for latinos in the faith-based setting. *Community mental health journal*, 52 (6), 701-709. doi: 10.1007/s10597-016-0005-7.

Carvalho, P. S., Loureiro, M., & Simões, M. R. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*, 2 (V), 39-49.

Cheang, S. I., & Davis, J. M. (2014). Influences of face, stigma, and psychological symptoms on help-seeking attitudes in Macao. *PsyCh Journal*, 3 (3), 222-230. doi.org/10.1002/pchj.61

Corrigan P., Larson J & Rusch N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8 (2), 75-81. doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x

Corrigan P. W. & Rao D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry*, 57 (8), 464-469. doi: 10.1177/070674371205700804

Corrigan P. W., Druss B. G. & Perlick D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15 (2), 37-70. https://doi.org/10.1177/1529100614531398

Corrigan P., Morris S., Larson J., et al. (2010). Self-stigma and coming out about one’s mental illness. *Journal of Community Psychology*, 38 (3), 259-275. doi: 10.1002/jcop.20363

Corrigan P., Roe D. & Tsang H. (2011). *Challenging the Stigma of Mental Illness*. Hoboken: John Wiley and Sons, Ltd

Corrigan PW, Rafacz J & Rüsck N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189 (3), 339-343. doi: 10.1016/j.psychres.2011.05.024

Corrigan PW, Watson A & Barr L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 25 (9), 875-884.

Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical psychology review*, 30 (8), 907-922.

Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsçh, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services*, 63 (10), 963-973. Doi: 10.1176/appi.ps.201100529.

Crapanzano A. K., Hammarlund R., Ahmad B., Hunsinger N. & Kullar R. (2019). The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Substance abuse and rehabilitation*, 10, 1-12. doi: 10.2147/SAR.S183252

Dickerson F.B., Sommerville J., Origoni A.E., Ringel N.B. & Parente F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28 (1), 143-155.

Evans-Lacko S., Brohan E., Mojtabai R. & Thornicroft G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicin*, 42 (8), 1741-1752. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002558>

Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M., & Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry*, 15 (1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0526-6>

Gallagher, A., Arber, A., Chaplin, R., & Quirk, A. (2010). Service Users' Experience of Receiving Bad News about Their Mental Health. *Journal of Mental Health*, 19, 34-42. <https://doi.org/10.3109/09638230903469137>

Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.

Goffman, E. (1975). *Estigma: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar.

Gonçalves, C. D. S. (2020). *Autoeficácia e Vulnerabilidade ao Stress no Tratamento de Toxicodependentes em Reclusão e em Liberdade* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho Escola de Psicologia).

Guerra, M. J., Braga, M. C., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Ed.Esp.1), 117-124. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602014000100019&lng=pt&tling=pt.

Hansen, B., Lambert M. J. & Brigham Young B. (2002). The Psychotherapy Dose-Response Effect and Its Implications for Treatment. *Clinical psychology: science and practice*, 9 (3), 329-343.

Herdman, T. H. (2012). *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*. Herdman, T.H.

Ilic D., Neuberger M., Djulbegovic M. & Dahm P. (2013). Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 (1). doi: 10.1002/14651858.CD004720.pub3

Jing S., Xunbao Y., Changjiang L., Wuyi, L. & Hongwei S. (2022). Stigma and Peer-Led Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13. doi: 10.3389/fpsy.2022.915617

Kao C., Sheu B. & Wu J. (2016). Helicobacter pylori infection: An overview of bacterial virulence factors and pathogenesis. *Biomed J*. 39 (1), 14-23. doi: 10.1016/j.bj.2015.06.002

Kingdon D., Sharma T. & Hart D. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatr Bull*, 28, 401-406.

Lee S., Chiu M.Y., Tsang A., Chui H. & Kleinman A. (2006). Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. *Social Science & Medicine*, 62 (7), 1685-1696.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27 (1), 363-385.

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and medicine*, 71 (12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>

Loch, A. A. (2012). Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 34, 185-192.

Luoma, J. B. & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *Current Opinion in Psychology*, vol. 2, 97-101. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2014.12.016>

Luz, E. L., Bastos, F. S. & Vieira, M. M. (2020). Construção e validação da Escala de Empowerment Individual no contexto de doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. V (nº3), pp. 1-10. <https://www.redalyc.org/journal/3882/388264768003/html/>

Lysaker P.H., Vohs J., Hasson-Ohayon I., Kukla M., Wierwille J. & Dimaggio G. (2013). Depression and insight in schizophrenia: comparisons of levels of deficits in social cognition and metacognition and internalized stigma across three profiles. *Schizophrenia Research*, 148 (1-3), 18-23.

Macedo, A.F., Pereira, A.T., & Marques, M. (2014). *Saúde Mental Perinatal* (pp. 3-25). Lisboa: LIDEL

Mammen, G. & Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45 (5), 649-657. doi: 10.1016/j.amepre.2013.08.001

Marques, M., Pereira, A.T., Soares, M.J., Bos, S., Maia, B.R., Valente, J. & Macedo, A.F. (2014). *Saúde Mental Perinatal* (pp.221-239). Lisboa: LIDEL

Mashiach-Eizenberg M., Hasson-Ohayon I., Yanos P.T., Lysaker P.H. & Roe D. (2013). Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: the mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Research*, 208 (1), 15-20.

Mills H., Mulfinger N., Raeder S., Rüsç N., Clements H., Scior K. (2020). Self-help interventions to reduce self-stigma in people with mental health problems: A systematic literature review. *Psychiatry Research*, 284. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112702>.

Mittal D., Sullivan G., Chekuri L., Allee E. & Corrigan P.W. (2012). Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. *Psychiatric Services*, 63 (10), 974-981. doi: 10.1176/appi.ps.201100459

Nabors L.M., Yanos P.T., Roe D., et al. (2014). Stereotype endorsement, meta-cognitive capacity, and self-esteem as predictors of stigma resistance in persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55 (4), 792-798.

Nagle, U. & Farrelly, M. (2018). Women's views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period. *Midwifery*, 66, 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.015>

Nogueira, V., Marques, M., Roque, C., & Pereira, A.T. (2014). *Saúde Mental Perinatal* (pp.77-99). Lisboa: LIDEL

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT). Relatório Anual 2010. A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa. Retirado de <http://www.emcdda.europa.eu/>

Oexle N., Muller M., Kawohl W., Xu Z., Viering S., Wyss C., Vetter S. & Rusch N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 268 (2), 209-212. doi: 10.1007/s00406-017-0773-2

Oliveira S. E. H., Esteves, Francisco G., Pereira, Edgar G., Carvalho, Marina, Boyd, Jennifer E. (2015). The Internalized Stigma of Mental Illness: Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Portuguese Version of the ISMI Scale. *Community Ment Health J.*, 51 (5), 606-12. DOI 10.1007/s10597-015-9828-x

Oliveira, S. E., Carvalho, H., & Esteves, F. (2016). Internalized stigma and quality of life domains among people with mental illness: the mediating role of self-esteem. *Journal of Mental Health*, 25 (1), 55-61. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1124387>

Oliveira, S. E., Esteves, F., & Carvalho, H. (2015). Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. *Psychiatry research*, 229 (1-2), 167-173. [Doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.047](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.047).

Pagano M.E., White W.L., Kelly J.F., Stout R.L & Tonigan J.S. (2013). The 10-year course of Alcoholics Anonymous participation and long-term outcomes: a follow-up study of outpatient subjects in Project MATCH. *Substance Abuse*, 34 (1), 51-59.

Pietrus, M. (2014). Opening Minds: The Mental Health Commission of Canada's Anti-Stigma Initiative: Preface. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59 (10 Suppl 1), S3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4213750/>

Raposo, M. E. (2020). *O Auto-Estigma: Intervenção na Pessoa com Doença Mental* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/37409>

Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Diário da República n.º 35 – 2ª série. Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Regulamento nº515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: 2ª série, nº 151. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129 (3), 257-265. doi: 10.1016/j.psychres.2004.08.003

Rodrigues, G. (2022). Psicoeducação em Terapia Cognitivo-comportamental [Infografia]. <https://psicologogabriel.com/blog/f/psicoeducação-em-terapia-cognitivo-comportamental>

Room R., Rehm J., Paglia A. & Ustun T.B. (2001). Cross cultural views on stigma, valuation, parity, and societal views towards disability. *Disability and Culture*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers. 247-291.

Santos R. L., Sousa M. F. B., Brasil D. & Dourado M. (2011). Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* 38 (4). <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000400009>

Saraiva, C. A. F. (2017). Tratamento às dependências em contexto prisional: O exemplo do Programa de Apoio ao Recluso Entrado Toxicodependente (PARET). Mestrado Integrado em Psicologia do Comportamento Desviante e da Justiça. Universidade do Porto.

Schomerus G., Stolzenburg S., Freitag S., Speerforck, S., Janowitz D., Evans-Lacko S., Muehlan H. & Schmidt, S. (2019). Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: a prospective study among untreated persons with mental illness. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 269 (4), 469-479. doi: 10.1007/s00406-018-0896-0.

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.

Sequeira, C. (2006) – *Introdução à prática clínica*. Coimbra: Quarteto, ISBN 989-558-083-5.

Serra, A. V. (1987) - Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*. Coimbra. Vol. 9, n.º 4. (1987) p. 301-316.

Serra, Adriano Vaz (1986) – O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*. Coimbra. Vol. 7, n.º 2 (1986) p. 67-84.

Sibitz, I., Unger, A., Woopmann, A., Zidek, T., & Amering, M. (2009). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37 (2), 316-323. doi: 10.1093/schbul/sbp048

SICAD. (2014). Relatório Anual 2013 - A Situação do País em Matéria de Álcool. In. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências.

Sousa, L., Relvas, A.P. & Mendes, A. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa, Portugal: CLIMEPSI.

Stanevaa, A., Bogossianb, F., Morawskaa, A., & Wittkowskic, A. (2017). “I just feel like I am broken. I am the worst pregnant woman ever”: A qualitative exploration of the “at odds” experience of women’s antenatal distress. *Health care for women international* 38 (6), 658–686. <http://dx.doi.org/10.1080/07399332.2017.1297448>

Struening, E. L., Perlick, D. A., Link, B. G., Hellman, F., Herman, D., & Sirey, J. A. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric services*, 52 (12), 1633-1638. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.52.12.1633>

Subu, M.A., Wati, D.F., Netrida, N. *et al.* (2021). Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 15 (77). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x>

Tapia, F. M., Castro, W. L., Poblete, C. M., & Soza, C. M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: Características e intervenciones. *Salud Mental*, 38 (1), 53-58. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.007>

Tesfaw, G., Kibru, B. & Ayano, G. (2020). Prevalence and factors associated with higher levels of perceived stigma among people with schizophrenia Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of Mental Health Systems*, 14 (19). <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00348-9>

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M., & INDIGO Study Group (2009). Global Pattern of Experienced and Anticipated Discrimination against People with Schizophrenia: A Cross-Sectional Survey. *The Lancet*, 373, 408-415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)

Tzouvara, V., Papadopoulos, C. & Randhawa, G. (2016). Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture. *International Journal of Social Psychiatry*, 62 (3), 292–305.

Van Brakel, W. H. (2006). Measuring health related stigma. A literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 11, 307 - 334.

West M. L., Vayshenker B., Rotter M. & Yanos P.T. (2015). The influence of mental illness and criminality self-stigmas and racial self-concept on outcomes in a forensic psychiatric sample. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38 (2), 150-157. doi: 10.1037/prj0000133

World Health Organization (2015). Maternal mental health. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/

Yang L., Valencia E., Alvarado R., Link B., et al. (2013). A theoretical and empirical framework for constructing culture specific stigma instruments for Chile. *Cad Saude Colet*, 21 (1), 71-79. doi: 10.1590/s1414-462x2013000100011

Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D. & Lysaker, P. (2014). Interventions targeting mental health self-stigma: a review and comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38 (2), 171-178. Doi:10.1037/prj0000100

Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2015). Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38 (2), 171–178. <https://doi.org/10.1037/prj0000100>

Young D.K-W. & Ng P.Y-N. (2016). The prevalence and predictors of self-stigma of individuals with mental health illness in two Chinese cities. *International Journal of Social Psychiatry*, 62 (2), 176-185. doi:10.1177/0020764015614596

Zarbah, Abdulmajeed A., Al Alfard, Hayfa A., Alamri, Hassan S., Al Edrees, Nada, Alshahrani, Nouf S. & Alshehri, Ali F. (2023). Prevalence of internalized stigma in patients with psychiatric illness in Abha, Southern Region, Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine*, 30 (2), 103-108. DOI: 10.4103/jfcm.jfcm_222_22

ANEXOS

Anexo 1 - Autorização de utilização da Escala ISMI



Pedido de autorização da utilização da escala ISMI

Ex.ma Sr.ª Prof.ª Dr.ª Sandra Oliveira,

Sou aluna do mestrado de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, orientada pela Prof.ª Dr.ª Júlia Martinho, e no desenvolvimento do meu estágio tenho interesse em aplicar a versão portuguesa do ISMI, motivo pelo qual venho pedir a sua autorização e dos restantes autores para sua utilização.

Grata pela atenção,
Despeço-me cordialmente



Pedido de autorização da utilização da escala ISMI

Boa tarde

Da minha parte, desde que cumpridas as condições éticas de aplicação, esteja à vontade para usar o ISMI.
Votos de sucessos para o trabalho,

Com os melhores cumprimentos
Sandra Oliveira
[Citação ocultada]

Anexo 2 - Autorização de utilização da Escala de Empowerment



Pedido de autorização da utilização da escala de empoderamento

Ex.ma Sr.ª Prof.ª Dr.ª Mª Fátima Jorge-Monteiro,

Sou aluna do mestrado de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, orientada pela Prof.ª Dr.ª Júlia Martinho, e no desenvolvimento do meu estágio tenho interesse em aplicar a versão portuguesa da escala de empoderamento, motivo pelo qual venho pedir a sua autorização e dos restantes autores para sua utilização assim como a versão atualizada da escala e a informação sobre a sua cotação.

Grata pela atenção,
Despeço-me cordialmente



Pedido de autorização da utilização da escala de empoderamento

Cara Ana Salomé Soares


Tem a autorização para a utilização.

Emanexo envio-lhe os elementos de que necessita.

Cordiais cumprimentos.

[Citação ocultada]

2 anexos

 **ES-P_2014.pdf**
965K

 **Scoring ES.pdf**
197K

Anexo 3 - Panfleto com os diferentes tipos de comunicação

TIPOS DE COMUNICAÇÃO

Comunicação Não Verbal

Uso da linguagem corporal, gestos e expressões faciais para transmitir informações. Pode ser intencional ou não. É útil para entender os pensamentos e sentimentos.

COMO MELHORAR?

- Observar as emoções: desenvolver autoconsciência sobre como as emoções afetam o corpo.
- Intencionalidade nas comunicações não-verbais: usar a linguagem corporal para apoiar a comunicação verbal.
- Perceber quais expressões faciais ou linguagem corporal são benéficas para um determinado ambiente, usando-as para melhorar comunicações não-verbais.

Comunicação Visual

Utilização de imagens, fotografias, desenhos, tabelas, gráficos e arte para transmitir informações.

Os recursos visuais são utilizados de várias maneiras hoje em dia, especialmente na publicidade e na comunicação digital.

Comunicação Escrita

É o ato de imprimir símbolos (como letras, números, hieróglifos) para transmitir informações. É útil porque fornece um registo de informações para referência.

Comunicação Verbal

É um dos tipos mais comuns, frequentemente usado durante conversas, aulas, apresentações, videoconferências e reuniões. É importante porque é eficiente.

COMO MELHORAR?

- Usar tom de voz forte e confiante.
- Usar a escuta ativa: o outro lado do uso da comunicação verbal é ouvir atentamente os outros.

Anexo 4 - Questionário elaborado para avaliação do estigma perinatal

Perguntas e respostas

1. NÃO É NORMAL SENTIR-ME ANSIOSA DURANTE A GRAVIDEZ, PELO QUE DEVO LOGO PROCURAR AJUDA DE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE.

verdadeiro

falso

2. SE ME SENTIR TRISTE E DEIXAR DE SENTIR PRAZER NAS ATIVIDADES QUE ANTES COSTUMAVA APROVEITAR, DEVO PROCURAR AJUDA MÉDICA.

verdadeiro

falso

3. ESTOU HÁ 1 MÊS COM PENSAMENTOS RECORRENTES DE QUE ALGO MAU VAI ACONTECER, SINTO QUE NÃO TENHO VALOR E PREOCUPO-ME EXCESSIVAMENTE COM AS COISAS, MAS A MINHA MÃE DIZ QUE É NORMAL E QUE SÃO AS “HORMONAS AOS SALTOS”.

a minha mãe está certa

a minha mãe está errada

4. QUANDO A MULHER TEM UMA DEPRESSÃO GRAVE, O RISCO DE HAVER COMPLICAÇÕES NO BEBÉ É O MESMO COMPARATIVAMENTE A ALGUÉM SAUDÁVEL.

verdadeiro

falso

5. UMA GRÁVIDA ADOLESCENTE, UMA GRAVIDEZ QUE NÃO SEJA DESEJADA E UMA GRÁVIDA QUE CONSUMA SUBSTÂNCIAS, TÊM MAIOR RISCO DE DESENVOLVER UM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL DURANTE A GRAVIDEZ.

verdadeiro

falso

6. ENQUANTO GRÁVIDA OU NO PÓS-PARTO, UM BAIXO SUPORTE SOCIAL NÃO INFLUENCIA EM NADA A MINHA SAÚDE MENTAL.

verdadeiro

falso

7. SE UMA MÃE NÃO AMAMENTAR O SEU FILHO, ELE NÃO VAI GOSTAR DELA DA MESMA FORMA QUE SE ELA O AMAMENTASSE.

verdadeiro

falso

8. A MÃE PRETENDE VOLTAR AO TRABALHO PASSADAS 5 SEMANAS APÓS O NASCIMENTO DO BEBÉ E, POR ISSO, SENTE QUE É PIOR MÃE QUE AQUELAS MÃES QUE FICAM COM O FILHO ATÉ AOS 2 ANOS DE VIDA.

é pior mãe por isso

não é pior mãe por isso

9. O CASAL SENTE QUE PRECISA DE UM TEMPO PARA AMBOS, DE MODO A REFORTALECEREM A RELAÇÃO. CONTUDO, NÃO ACHAM CORRETO ESTAR A PEDIR AOS FAMILIARES MAIS DIRETOS PARA FICAREM COM O BEBÉ PARA ISSO.

concordo que não devo pedir ajuda aos familiares, para ter tempo em casal

se precisar de ter tempo em casal, devo pedir ajuda aos familiares

10. PEDIR AJUDA PARA A REALIZAÇÃO DAS TAREFAS DE CASA, É UM ESTORVO PARA OS OUTROS E NÃO FAZ SENTIDO ESTAR A PEDIR ESTE TIPO DE AJUDA.

concordo que devo pedir este tipo de ajuda, se precisar

não concordo que deva pedir este tipo de ajuda

11. SINTO-ME CULPADA POR NÃO ESTAR SEMPRE FELIZ COM O NASCIMENTO DO MEU FILHO QUE EU TANTO QUERIA QUE ACONTECESSE.

a mãe deve sentir-se culpada por ter este sentimento

a mãe não se deve sentir culpada por ter este sentimento

12. DESDE QUE SOU MÃE/PAI QUE SINTO QUE O MEU PAPEL NO MUNDO PASSOU A SER ESSE E, POR ISSO, NÃO LIGO ÀS COISAS QUE COSTUMAVA GOSTAR E ESTAR ENVOLVIDA/O.

a pessoa está a ter um pensamento adequado

a pessoa não está a ter um pensamento adequado

Obrigada pela colaboração

Anexo 5 - Tabela de Desenvolvimento das Competências Específicas do EEESMP

COMPETÊNCIA	COMO A ATINGI
<p><i>F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.</i></p>	<p>O contexto de diferenciadas foi exigente, no sentido em que me fez refletir sobre o estigma jurídico (meio prisional) relacionado com o estigma da saúde mental (consumo de substâncias) e de que modo este afeta a forma como o indivíduo se vê, como é percebido pelos outros e o impacto deste na sua saúde. Da mesma forma, fez-me questionar as minhas próprias ações, crenças e valores desenvolvidos por mim e o impacto destes no dia a dia desta população, obrigando-me a uma constante reflexão e autoconhecimento. A par do autoconhecimento, foi necessário o desenvolvimento de uma comunicação assertiva, com estabelecimento de limites, numa relação colaborativa, que pretendeu sempre a consciencialização da pessoa sobre as suas ações, promovendo a sua capacitação e autodeterminação.</p> <p>O contexto de internamento direcionou-me para uma reflexão dirigida para a fase de descompensação e agudização por parte da pessoa e a exigência emocional do enfermeiro no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz.</p> <p>O contexto comunitário convidou-me a uma maior interação com a restante equipa multidisciplinar e ao exercício de uma autonomia criativa, responsável e profissional.</p>
<p><i>F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.</i></p>	<p>Considero que o meu desenvolvimento pessoal e profissional ao longo do estágio foi cumulativo, progressivo e adaptado a cada um dos contextos, assim como, às necessidades identificadas dos clientes. Tive a oportunidade de realizar intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas nos três contextos, através da intervenção individual, concretizada através do estudo de caso e, em grupo, concretizada através de planos de intervenção.</p>
<p><i>F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.</i></p>	<p>O estágio contemplou a possibilidade de desenvolver uma intervenção com grupos heterogêneos em diferentes fases do ciclo de desenvolvimento. Deste modo, pude intervir na desmistificação da procura de saúde no âmbito da promoção da saúde mental na parentalidade, na estabilização do quadro patológico e na prevenção da recaída, assim como, na capacitação e empoderamento da pessoa em fase de reinserção social. Como referi anteriormente, a intervenção foi dirigida à pessoa, família, grupos de clientes nos diferentes contextos e comunidade.</p>
<p><i>F2.1. Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.</i></p>	<p>Realizamos sempre a avaliação das necessidades, recorrendo a instrumentos validados e adaptados para a população portuguesa, com a autorização dos referidos autores. A avaliação das necessidades feita de uma forma sistemática, possibilitou-nos avaliar os resultados/ganhos em saúde obtidos.</p>
<p><i>F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.</i></p>	<p>A realização de estudos de caso em cada um dos contextos foi uma mais valia para o treino específico da avaliação global do cliente, recorrendo à entrevista clínica, aplicação de escalas e atividades ludodiagnósticas, integrando diferentes fontes de informação: processo do cliente, equipa multidisciplinar e família.</p>
<p><i>F2.3. Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e</i></p>	<p>A intervenção realizada procurou dar resposta às necessidades identificadas presentes no momento, como também foram desenvolvidas ações preventivas de recaída e promotoras da saúde</p>

<p><i>proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.</i></p>	<p>mental no âmbito da parentalidade. Concebemos, implementamos e avaliamos projetos em dois dos contextos de estágio, não sendo possível implementar o projeto no contexto de agudos, pelas características dos clientes internados (casos sociais e clientes sem insight) no momento da realização do nosso estágio.</p>
<p><i>F3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.</i></p>	<p>Como já foi referido, procuramos avaliar o cliente inserido no seu contexto familiar e comunitário, de acordo com a dinâmica desses mesmos contextos, com o objetivo de recuperar a sua saúde mental, ajustando as suas expectativas e as da família. Procuramos ajudar e assistir o cliente auxiliando-o a alcançar os seus objetivos terapêuticos.</p>
<p><i>F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.</i></p>	<p>Tendo por base a recolha de informação sustentada em instrumentos parametrizados e na informação facultada pelo cliente e família, estabelecemos diagnósticos de enfermagem na plataforma educativa E4Nursing, incorporando a ontologia de enfermagem, como se pode constatar nos estudos de caso apresentados em anexo no relatório.</p>
<p><i>F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.</i></p>	<p>Identificamos os resultados esperados com as intervenções e projetos de saúde planeados em cada um dos contextos de estágio e, procuramos mobilizar indicadores que fossem passíveis de ponderar os ganhos obtidos, como se pode observar nos planos de sessão que operacionalizam os planos de intervenção.</p>
<p><i>F3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.</i></p>	<p>Concretizado através dos planos de sessão que apresentam o planeamento e, posterior avaliação de processo e de resultado dos planos de intervenção.</p>
<p><i>F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.</i></p>	<p>Concebemos cuidados de enfermagem especializados adaptados à individualidade e potencial do cliente, de forma a dar resposta às necessidades identificadas. Monitorizamos o processo de cuidados e, a evolução do cliente, intervindo sempre que necessário. Gerimos o regime medicamentoso, as situações imprevistas e emergentes, com base na evidência científica, de modo a restabelecer a funcionalidade do cliente. Elaboramos e implementamos os planos de cuidados desenvolvidos com os clientes, de modo a dar uma resposta mais eficaz às suas necessidades.</p>
<p><i>F3.5. Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.</i></p>	<p>Pudemos observar o desempenho das funções de terapeuta de referência e de gestão dos casos, nas intervenções levadas a cabo pelos meus tutores, no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com doença mental. Observamos também a coordenação da transição de clientes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental, cenários de cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias com o intuito de fornecer a continuidade dos cuidados e o suporte ao cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde. A unidade de competência “F3.5.5. Audita a toma de medicamentos no internamento, no domicílio ou no Centro de Saúde, sempre que tal se revele necessário, em especial nas situações de doença mental severa”, assim como, “F3.5.7. Elabora relatórios e ou pareceres para influenciar os planos de cuidados dos clientes e estimular as capacidades de outros de fornecer cuidados e impulsionar alterações no sistema” não foram passíveis de serem desenvolvidas no contexto dos três estágios. No</p>

	entanto procuramos sempre orientar o cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta os seus problemas de saúde mental.
<i>F4. Presta 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</i>	Desenvolvemos cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, nos diferentes contextos, ao longo do ciclo de vida da pessoa cuidada.
<i>F4.1. Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.</i>	Avaliamos, planeamos, motivamos e executamos programas de psicoeducação, adaptando recursos e estratégias ao cliente, família, grupo e comunidade, conforme é possível analisar nas atividades apresentadas no relatório.
<i>F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.</i>	Esta competência foi concretizada no contexto de internamento de agudos, através da realização do estudo de caso, onde se desenvolveram intervenções para a estabilização e prevenção de recaída do cliente, como é possível ler no relatório.
<i>F4.3. Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.</i>	No contexto de diferenciadas, este foi o maior desafio. Conceber e desenvolver um plano de intervenção com um grupo de clientes com a finalidade de reabilitação psicossocial.

Anexo 6 – Estudos de Caso realizados e integrados no relatório (Plataforma E4nursing)

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estágio de natureza profissional com
relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Autor
Ana Salomé Pereira Soares

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Prof. Dra. Júlia Marques
Prof. Dra. Graça Pimenta

Autor

Ana Salomé Pereira Soares

Porto, 2023

ÍNDICE

1. CLIENTE ENCONTRA-SE EM RECUPERAÇÃO DE ABUSO DE DROGAS, A CUMPRIR PENA NUM ESTABELECIMENTO PRISIONAL.....	5
1.1. Enquadramento teórico	5
1.2. Clientes	8
1.3. Medicação	9
1.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	9
1.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.....	9
1.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	9
1.5. Domínios	10
1.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	10
1.6. Dados	15
1.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados.....	18
1.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados.....	19
1.7. Diagnósticos	20
1.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades.....	21
1.8. Especificação das intervenções	23
2. CLIENTE INTERNADO EM SERVIÇO DE PSIQUIATRIA, COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA E TOXICODEPENDÊNCIA	27
2.1. Enquadramento teórico	27
2.2. Clientes	30
2.3. Medicação	30
2.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	31
2.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.....	32
2.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	32
2.5. Domínios	32
2.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	32
2.6. Dados	37
2.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados.....	42
2.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados.....	44
2.7. Diagnósticos	46
2.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades.....	49
2.8. Especificação das intervenções	57
3. GRÁVIDA DE 36 SEMANAS ENCONTRA-SE A FAZER SESSÕES DE PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE NUMA UCC.	63

3.1. Enquadramento teórico	63
3.2. Clientes.....	65
3.3. Medicação.....	66
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	66
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	66
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	66
3.5. Domínios.....	66
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	67
3.6. Dados.....	71
3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados.....	75
3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados.....	75
3.7. Diagnósticos.....	76
3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades.....	77
3.8. Especificação das intervenções.....	81

1. CLIENTE ENCONTRA-SE EM RECUPERAÇÃO DE ABUSO DE DROGAS, ACUMPRIR PENA NUM ESTABELECIMENTO PRISIONAL.

6411_2_Salomé_1

1.1. Enquadramento teórico

Caso clínico: Cliente, de 37 anos, encontra-se a cumprir pena num Estabelecimento Prisional em Portugal. Quando foi preso, disse a si mesmo que nunca mais consumiria drogas. Desde então, cumpriu a pena durante 6 meses nos pavilhões de regime comum e, ao fim desses 6 meses, entrou para uma secção da prisão que presta cuidados sociais e de saúde, com o objetivo de ajudar os seus membros que têm problemas relacionados com a toxicodependência. Nesta unidade, encontra-se há cerca de 4 anos, onde já desempenha um papel de “sub-chefe”, estando no processo de transição para “chefe” uma vez que este irá em liberdade ainda durante este ano. Esta transição implica uma maior responsabilidade da parte deste, uma vez que a unidade funciona por graus hierárquicos. Sendo este dos mais velhos do grupo e com uma maior sabedoria relativamente ao funcionamento da unidade, este passará a ocupar este cargo que lhe permitirá ter uma maior noção de responsabilidade, aumentando o seu autoconceito e autoconfiança, contribuindo, desta forma, para melhorar a sua saúde mental.

Antecedentes pessoais: Abuso de drogas mais leves aos 15 anos e mais pesadas aos 18 anos juntamente com abuso de álcool. Refere que irmão mais velho também foi toxicodependente.

Enquadramento teórico:

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) e o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, 2014), a toxicodependência consiste num conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos, que se desenvolvem após o consumo repetido de uma substância, refletindo-se em diversos domínios da vida do indivíduo. A toxicodependência é vista como uma perturbação que é diagnosticada com base em quatro áreas: baixo controlo (Shaffer, 1999), persistência no uso da substância apesar das suas consequências adversas (Nestler, 2001; Goldstein, 2002), e critérios farmacológicos como a tolerância e a abstinência (Koob & Le Moal, 2001; Everitt & Robbins, 2005; Kalivas & Volkow, 2005). Esta perturbação pode ainda ser caracterizada por recaídas frequentes (Machado et al., 2005), alta taxa de morbilidade, consequências sociais e mortalidade (Hser, 2004; Machado & Klein, 2007; Darke, 2009; Degenhardt, 2011; Darke, 2011; Hser, 2015; Nosyk, 2015; Seth, 2018; Degenhardt,

2019a; Hurst, 2019). O abuso e dependência de substâncias é um problema que atinge dimensões consideráveis (Torres, Chagas, & Ribeiro, 2008; Lake, 2015; Hayhurst, 2017) e que causa dano não só ao indivíduo que consome, mas também ao seu espectro relacional mais próximo, i.e., familiares e amigos (Ekendahl, 2007; De Maeyer, 2010). São igualmente evidentes dificuldades a nível laboral (Stewart, 2000; Best, 2001; Hser, 2001) e ainda complicações ao nível da saúde que se podem tornar agudas e crónicas, como as doenças infecciosas HIV e Hepatite C (Klevens, 2012; Nosyk, 2015; Degenhardt, 2019a).

Uma outra consequência que advém do consumo de substâncias é a entrada na atividade criminal. A população toxicodependente recorre muitas vezes ao cometimento de crimes para adquirir meios para sustentar o consumo o que leva inevitavelmente a um crescimento da população carcerária (O'Malley, 1992; Schumann, 2003), acabando por afetar a sociedade causando consequentes custos ao sistema de justiça criminal (Kreek, 2005). Um estudo de Teesson (2008) evidenciou que 25% dos indivíduos consumidores de heroína reportam a atividade criminal como fonte primária de rendimento. A literatura reporta também que consumidores que se encontram em fase de tratamento têm historial prévio de condenações anteriores à entrada no tratamento (Steadman, 1998; Grann, 2004; Mufti, 2004; Hayhurst, 2017).

Estes dados revelam que é na atividade criminal que muitos toxicodependentes se refugiam para conseguir satisfazer as suas necessidades de consumo, podendo indicar que, se o indivíduo diminuir ou extinguir o consumo, é provável que a atividade criminal também diminua (Hanlon, 1990; Hser, 1993; Sheehan, 1993; Hser, 2007; Comiskey, 2009).

O trabalho de Agra, 2008; Agra & Agra, 2012; Agra & Matos, 1997, pioneiro em Portugal, caracterizou a relação droga-crime e tipologias de trajetórias desviantes sob uma perspetiva temporal. Identificou três trajetórias desviantes: o delinquente-toxicodependente, que tem comportamentos desviantes e delinquentes anteriores ao consumo de droga; toxicodependente-delinquente em que o consumo regular de drogas precede a delinquência que emerge para sustentar o consumo; e o especialista droga-crime que simultaneamente consome e tem comportamentos delinquentes. Tendo em conta o meu caso clínico, vou apenas explorar aquela que se enquadra dentro da tipologia deste.

O Toxicodependente-delinquente: São originários de famílias menos numerosas e menos instáveis. *(Cliente refere que a sua família é constituída pelo pai, mãe e irmão que “sempre lhe proporcionaram tudo aquilo que ele precisou, trabalhando para o conseguirem e não deixando de ser humildes”)*. Estruturalmente e socio-economicamente, apresentam uma forte vinculação à família de origem, onde se mantêm até à constituição de família própria. *(Refere que conheceu a mãe das filhas com 15 anos e, aos 18 anos, foi pai pela primeira vez, tendo sido aí que abandonou a família com quem vivia e passou a viver com a mãe e as crianças)*. Estudamem média até ao 2º, 3º ciclo. *(Refere que saiu da escola aos 15 anos, tendo completado o 9º*

ano). A inadaptação à escola manifesta-se na fase imediatamente anterior ao seu abandono (absentismo ou reprovações). O percurso profissional inicia-se em atividades não qualificadas de forma regular até cerca dos 20 anos. *(Quando saiu da escola foi trabalhar em locais onde não era exigida a escolaridade mínima obrigatória, em alguns negócios que arranjava, etc.)* Os contactos iniciais com drogas ditas “leves” ocorrem por volta dos 14-16 anos, e com drogas ditas “duras”, antes dos 19 anos. *(Menciona que iniciou por drogas leves, aos 15 anos, como haxixe e outras substâncias químicas. Por volta dos 20 anos inicia o consumo de cocaína).* O comportamento delinquente regular (furto/roubo ou tráfico) inicia-se posteriormente ao consumo regular de drogas ditas “duras” - para sustentar os consumos. *(Contudo, quando questionado se alguma vez teve necessidade de roubar para sustentar o vício, este respondeu que não. Os negócios e trabalhos que tinha eram o suficiente para manter os hábitos da droga. A reclusão foi por negócios com ilegalidades).*

Após a entrada em vigor da descriminalização o número de indivíduos envolvidos em processos de contraordenação por consumos de drogas sofreu um aumento progressivo ao longo dos anos (SICAD, 2018). Por sua vez, segundo o inquérito nacional sobre comportamentos aditivos em meio prisional realizado pelo SICAD (2014), verifica-se ainda que grande parte da população reclusa consome ou consumiu algum tipo de substância ao longo da vida. Assim, 69.1% dos reclusos consumiu algum tipo de substância ao longo da vida, sendo que 30% já consumiu alguma vez durante a reclusão e 25.9% consumiu nos últimos 12 meses em reclusão. Adicionalmente, 22% declarou como motivo do/s crime/s que levaram à sua reclusão, a obtenção de dinheiro para o consumo de drogas e 42% declarou estar sob o efeito de drogas quando cometeu o/os crime/s que motivavam a reclusão.

Os fatores de risco para a dependência de substâncias incluem fatores genéticos e familiares (i.e., conflitos parentais, relações parentais problemáticas, psicopatologia/abuso de drogas dos pais), eventos de vida adversos precoces (i.e., maus-tratos na infância, histórico de abuso físico e sexual e comportamentos impulsivos durante a infância), fatores ambientais (i.e., disponibilidade de drogas, normas sociais de uso de substâncias entre pares e nível socioeconómico desfavorecido) (Lascala, 2005; Conroy, 2009; Lander et al., 2013; Amin- Esmaeili, 2016; Athamneh, 2017). É ainda conhecido que os dependentes apresentam traços comuns, como elevada propensão para exibirem atitudes apelativas, impulsividade, imaturidade e grande dificuldade em lidarem com frustrações e contrariedades. Aliado a isto, reconhece-se ainda dificuldades em lidarem e resolverem problemas do foro quotidiano (Filipe Saraiva, 2016). Estas características, facilmente podem ser associadas a outras, presentes nas dependências, como a impulsividade, neuroticismo, busca de sensações, extroversão e perturbação da personalidade antissocial (Grant, Schreiber, & Harvanko, 2012).

Sendo difícil a deteção precoce, muitas vezes o tratamento só ocorre em indivíduos já dependentes, não deixando de ser o meio mais poderoso de combater os males do consumo de

substâncias (Muller, 2011). Diversos estudos relacionam o tratamento para a Perturbação de Uso de Substâncias (DSM-V) como um meio de redução das problemáticas já mencionadas resultantes do consumo continuado (Prendergast, 2002; Degenhardt, 2011; Degenhardt, 2019b; Krebs, 2014; Nosyk, 2015; Benjamin, 2017). Os programas de tratamento têm impacto em diversas áreas, refletindo-se, entre outros aspectos, na abstinência, na baixa taxa de atividade criminosa, menos recaídas, ganhos na qualidade de vida e satisfação, melhoria dos sintomas, melhor funcionamento na comunidade e na família, melhoria nas relações sociais, na saúde física e emocional e maiores níveis de empregabilidade (Stark, 1992; Holcomb, 1997; Perreault, 2010; McNeese-Smith, 2014; Benjamin, 2017).

Assim, um dos pilares na Europa na luta contra as drogas é o tratamento de pessoas com problemas de consumo de substâncias (OEDT, 2010). Os tratamentos mais comumente usados são os programas onde é utilizada medicação (metadona, naltrexona e buprenorfina) e os programas psicoterapêuticos (abordagem da terapia cognitivo-comportamental, a abordagem em 12 etapas e a abordagem estruturada em comunidade terapêutica). A abordagem da terapia cognitivo-comportamental possui diferentes níveis de intensidade, onde o objetivo é obter experiências de aprendizagem social e entender e tratar o comportamento problemático relacionado com as drogas e agressões relacionadas com as substâncias. A abordagem em 12 etapas é baseada na aprendizagem social dentro de uma abordagem entre pares, onde os novos membros do grupo recebem instruções sobre formas de ingressar numa vida livre de drogas por indivíduos com mais experiência. A abordagem estruturada da comunidade terapêutica baseia-se no tratamento hierárquico e visa ensinar novos comportamentos, atitudes e valores, reforçados pelo apoio da comunidade terapêutica e de pares. São geralmente programas residenciais de longo prazo que enfatizam a socialização, estilo de vida e mudança de comportamento onde não é usado tratamento farmacológico. Os programas psicoterapêuticos consistem na educação do cliente para lidar com sintomas negativos e com a angústia emocional e ainda, no uso de técnicas de aconselhamento, com o objetivo de proporcionar ao cliente conforto psicológico que lhe permita orientar a sua atenção para um estilo de vida em direção à abstinência (Schumann, 2003; Rangé, 2008; Gomes, 2011; Stover, 2014).

Tendo em conta o apresentado, a questão de ser recluso e ex-toxicodependente faz com que a questão do estigma venha aqui ao de cima. Para diminuir o impacto do mesmo, será trabalhada a questão do auto-estigma, do auto-conceito e do empowerment com o cliente, juntamente com o grupo em que este se encontra, de modo a evitar as recaídas, diminuir a atividade criminosa, obter ganhos na qualidade de vida e na satisfação, promover um melhor funcionamento na comunidade e na família, uma melhoria nas relações sociais, na saúde física e emocional.

1.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 37 anos | Masculino

1.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-02-17 15:00:00	Aminaftona 75mg 1+0+0	
2023-02-17 15:00:00	Trazodona 150mg 0+0+1/3	

1.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Aminaftona - A aminaftona é um fármaco utilizado como protetor vascular. Atua normalizando a permeabilidade e aumentando a resistência dos vasos capilares. Reduz a estase venosa, proporcionando o alívio dos sintomas decorrentes dos distúrbios da microcirculação.

Trazodona - A trazodona é um inibidor de recaptção da serotonina usado como um agente antidepressivo. Geralmente, é mais útil em distúrbios depressivos associados a insónia e ansiedade. Uma vez que o cliente apresentava algumas dificuldades em dormir, foi-lhe prescrito este medicamento que surtiu efeito e mantém a toma até hoje.

1.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

1.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e

terapêutica médica.

Nada a considerar.

1.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
17-02-2023 15:00	Autoconceito	
17-02-2023 15:00	Autogestão do regime dietético	
17-02-2023 15:00	Abuso do tabaco	
17-02-2023 15:00	Consciência	15-03-2023 10:00
17-02-2023 15:00	Sistema cardiovascular	15-03-2023 10:00
17-02-2023 15:00	Eliminação intestinal	15-03-2023 10:00
17-02-2023 15:00	Eliminação urinária	15-03-2023 10:00
17-02-2023 15:00	Sono	15-03-2023 10:00
17-02-2023 15:00	Emoção	15-03-2023 10:00
17-02-2023 15:00	Pensamento	15-03-2023 10:00
17-02-2023 15:00	Memória	15-03-2023 10:00
17-02-2023 15:00	Autogestão do regime medicamentoso	15-03-2023 10:00
17-02-2023 15:00	Autogestão do regime de exercício	15-03-2023 10:00

1.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Autoconceito:

O autoconceito é uma parte essencial do sistema cognitivo dos indivíduos e está envolvido na regulação de comportamentos contínuos (Markus & Wurf, 2003). A literatura sustenta que as pessoas moldam o seu autoconceito com base na compreensão de como os outros as percebem (Cooley, 1992). A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson afirma que o autoconceito muda devido às novas experiências e informações que os indivíduos adquirem nas interações com os outros, sendo necessário desenvolver autonomia, iniciativa, diligência e identidade, evitando dúvidas, culpa, autoridade e confusão de papéis (Marcia e Josselson, 2013). O autoconceito está positivamente relacionado com a motivação (Barnett et al., 1996; Downey et al., 2000) e a autoeficácia (Choi, 2005; Tabassam & Grainger, 2002).

A autoeficácia melhora os resultados do tratamento medicamentoso (Greenfield et al., 2012; Kadden & Litt, 2011; Kelly & Greene, 2014). Um alto nível de autoeficácia resulta numa baixa taxa de recaída (Pelissier & Jones, 2006). A motivação para mudar está positivamente relacionada com a autoeficácia da abstinência durante o tratamento medicamentoso (Majer,

Olson & Jason, 2015). A autoeficácia da abstinência e a motivação para a recuperação são interações que preveem os resultados do tratamento medicamentoso (Kelly & Greene, 2014). Esses achados demonstram uma forte associação entre a autoeficácia da abstinência e a motivação para a abstinência. A autoeficácia aumenta com os sucessos e diminui com os fracassos repetidos (Bandura, 1982).

A auto-estima refere-se aos nossos sentimentos sobre nós mesmos ou o valor que temos para nós mesmos. A falta de auto-estima pode ser a causa de muitos problemas sociais, incluindo alguns crimes e abuso de drogas (Kahan & Fawcett, 2007).

Vários estudos na área do abuso de substâncias investigaram o autoconceito. Embora o autoconceito seja formado na infância, é uma faceta em constante mudança e pode tornar-se mais ou menos positivo, dependendo das experiências de vida que o afetam.

Autogestão do regime dietético/ Autogestão do regime medicamentoso/Autogestão do regime de exercício:

A OMS agrupa em cinco dimensões os fatores que podem determinar a adesão ao regime terapêutico, sendo eles: fatores sociais e económicos, relacionados com os profissionais e serviços de saúde, com a doença e comorbilidades, com a terapêutica e, por fim, fatores relacionados com o cliente. Por sua vez, os fatores relacionados com a doença e comorbilidades representam as particularidades e exigências da doença que o cliente tem de enfrentar. A severidade dos sintomas, o nível de incapacidade, taxa de progressão, gravidade da doença e disponibilidade de tratamentos podem afetar a adesão. Para além disso, comorbilidades como a depressão, o abuso de álcool e o uso de drogas podem modificar consideravelmente os comportamentos de adesão (Dias et al., 2011).

Abuso do tabaco:

Segundo um estudo do CINTESIS (2018), o consumo de drogas aparece associado ao consumo prévio de álcool e de tabaco, “reforçando a ideia de que o consumo de substâncias legais pode levar ao consumo de substâncias ilegais”. Tudo indica que existe uma “progressão no uso de drogas”, isto é, uma “escada de adição” em que “o uso de uma droga se associa um maior risco de consumir outras drogas ao longo da vida”.

Consciência:

Necessidade de avaliação do estado de consciência para saber se será possível a realização de entrevista clínica e possíveis intervenções posteriores, uma vez que se o cliente apresentar

estado de consciência alterado não as poderei aplicar.

Sistema cardiovascular:

A ocorrência de toxicidade cardiovascular devido ao consumo de drogas de abuso tem sido reconhecida, sendo que esta se manifesta pela ocorrência de doenças cardiovasculares. As doenças cardiovasculares afetam o coração e os vasos, e apresentam um contributo importante para a morbidade e mortalidade nos países desenvolvidos (Santos, J.P.S., 2019).

Eliminação intestinal/ Eliminação urinária:

Segundo o Manual MSD - Versão para Profissionais de Saúde, a cocaína também bloqueia os canais de sódio, o que faz com que a sua ação seja como um anestésico local. A cocaína provoca vasoconstrição e, por conseguinte, pode afetar quase qualquer órgão. Enfarte do miocárdio, isquemia e hemorragia cerebral, disseção da aorta, isquemia intestinal e isquemia renal são possíveis sequelas.

Sono:

Segundo um estudo realizado por Lima, A. P., 2008, concluiu-se que em clientes dependentes de cocaína existe uma diminuição na qualidade do sono. O sono foi caracterizado como não eficaz, com dificuldade em adormecer, poucas horas de sono por noite, com sensação de muito calor e dores e necessidade de recorrência a uso constante de medicamentos para dormir. Houve ainda referência à indisposição e falta de entusiasmo para a realização de atividades diárias. Associado ao sono, a qualidade de vida foi considerada prejudicada e comprometida nos domínios físico, psicológico e social. O padrão e qualidade sono e a qualidade de vida obtiveram maior grau de insatisfação comparativamente aos sujeitos do grupo de controle.

Emoção:

Segundo um estudo desenvolvido por Andretta, I. et al, 2018, concluiu-se que no contexto das prisões, os baixos níveis de sintomas depressivos e ansiosos podem ser compreendidos pela diminuição do contato e do consumo de drogas ocasionado pela prisão (Tavares et al., 2012). A única substância que revelou ter relação com sintomas de depressão, ansiedade e stress, neste estudo, foi o tabaco, corroborado por outras pesquisas já realizadas. Alguns estudos destacam a presença da correlação positiva com o uso de tabaco e depressão em clientes cardíacos (Stafford, Berk, & Jackson, 2013), a associação entre aumento de risco de depressão na vida adulta em crianças com exposição a fumo do cigarro (Elmasry, Goodwin, Terry, & Tehranifar,

2014) e sintomas depressivos em fumadores com alta dependência em programa de cessação tabágica (Karen, Oliveira, Pádua, Vieira, & Martinez, 2012). O presente estudo alerta para as dificuldades que o abuso de tabaco pode trazer para a recuperação dos consumidores de drogas, com maiores níveis de depressão, ansiedade e stress que podem afetar negativamente o seu tratamento. Desta forma, tais variáveis precisam de ser consideradas no tratamento dos consumidores de drogas, de modo a repensar a reinserção profissional e a gestão das emoções, diminuindo os fatores de risco para as recaídas do uso de drogas.

Pensamento:

De acordo com um estudo realizado por Medeiros, D. N. et al, 2021, as drogas recreativas mais frequentemente associadas com psicose, para além da cannabis, são: álcool, alucinógenos, cocaína e anfetaminas (Rounsaville, 2007; Thirthalli & Benegal, 2006; APA, 2013). Os resultados deste estudo mostraram que dos vinte e sete artigos selecionados apenas quatro não mostravam associação entre o uso de drogas recreativas e o desenvolvimento de psicose, sugerindo que o uso destas substâncias ilícitas está relacionado aos sintomas psicóticos.

Cognição como domínio onde se inclui o pensamento: a função cognitiva alterada pode ser vista como uma característica marcante dos transtornos por uso de substâncias, com alterações documentadas nos conhecidos domínios “executivos” de atenção, inibição/regulação, memória de trabalho e tomada de decisão. A má regulação cognitiva dos processos motivacionais - sejam eles apetitivos (recompensa, saliência do incentivo) ou aversivos (stress, afeto negativo) - são reconhecidos como uma deficiência fundamental no vício e um alvo potencialmente importante para intervenção.

Memória:

A exposição prolongada ao álcool e outras drogas pode causar danos anatómicos no cérebro de um consumidor crónico, com um elevado nível de perda de neurónios no córtex pré-frontal, que desempenham um importante papel nas alterações cognitivas. Podem-se observar perdas significativas na memória, atenção e nas funções executivas como tomada de decisões, resolução de problemas, regulação do comportamento, formação de conceito, planeamento, organização, entre outros (Andrade et al, 2018; Schilindwein-Zanini, R. Sotili, 2019). Num estudo de Santos, M.R., 2021, constatou-se que dos danos decorrentes do uso, (...) 82,2% detetaram algum tipo de alteração cognitiva, sendo a memória (62,2%) e a regulação do comportamento (18,9%) as funções mais prejudicadas, segundo os mesmos.

DOMÍNIOS SELECIONADOS PARA AVALIAÇÃO E QUE NÃO CONSTITUÍRAM ALVO DE

INTERVENÇÃO:

Comportamento agressivo:

A agressão é um fenômeno complexo que pode ser expresso de inúmeras maneiras: verbal, emocional ou física. O comportamento agressivo pode incluir hostilidade, impulsividade, violência e irritabilidade (Comai, Tau & Gobbi, 2012). As abordagens para a sua monitorização variam amplamente, recorrendo a escalas de auto-relato, medidas comportamentais ou combinação de auto-relato e medidas de agressão comportamental (Tomlinson, Brown, Hoaken, 2016).

A ligação entre a violência e o uso abusivo ou dependência de drogas, afeta todas as áreas da sociedade (Madruga et al., 2010; Serrat, 2001), sendo que o consumo de drogas é um importante fator de risco para comportamentos violentos, como homicídios, suicídios, violência doméstica e acidentes de trânsito (Laranjeira, Duailibi & Pinsky, 2005; Moraes, 2001; Tavares, 2008).

A literatura aponta que, tanto a cocaína, cannabis ou heroína, estão fortemente associadas ao comportamento agressivo. Essa relação, provavelmente, é explicada por variáveis, como traços de personalidade e influências ambientais (Tomlinson, Brown, Hoaken, 2016). O aumento da agressividade está relacionado com a diminuição da capacidade de o indivíduo controlar os seus impulsos (Krakowski, 2014; Pihl e LeMarquand, 1998). Outros estudos sugerem que as drogas aumentam o comportamento agressivo, ao amortecer a capacidade do indivíduo de identificar corretamente uma ameaça ou expressão emocional (Kornreich et al., 2003; Kornreich et al., 2002). O mau controlo dos impulsos, pode ser exacerbado pelo efeito das drogas. São vários os fatores relatados que constituem um risco de desenvolvimento de comportamento agressivo, em clientes com abuso de substâncias, como por exemplo: sexo masculino, eventos de vida stressantes, baixo nível de suporte social, desajuste familiar, sintomas depressivos, história familiar de abuso de substâncias, história de abuso, história familiar de doença mental.

Comportamento autodestrutivo:

O consumo de álcool e drogas constituem fatores de risco para comportamentos autodestrutivos.

Abuso do álcool:

Segundo um estudo do CINTESIS (2018), o consumo de drogas aparece associado ao consumo prévio de álcool e de tabaco, “reforçando a ideia de que o consumo de substâncias legais pode levar ao consumo de substâncias ilegais”. Tudo indica que existe uma “progressão no uso de drogas”, isto é, uma “escada de adição” em que “o uso de uma droga se associa um maior risco

de consumir outras drogas ao longo da vida”.

Abuso de drogas:

Foi realizada esta avaliação, uma vez que o cliente se encontra num programa de desintoxicação de drogas, pelo que é necessária para compreender melhor a história do mesmo.

1.6. Dados

Consciência

17-02-2023 15:00

Abertura dos olhos: espontânea.

Resposta verbal: orientada.

Resposta motora: obedece a ordens simples.

15-03-2023 10:00

Abertura dos olhos: espontânea [MANTEVE].

Resposta verbal: orientada [MANTEVE].

Resposta motora: obedece a ordens simples [MANTEVE].

Sistema cardiovascular

17-02-2023 15:00

Localização do Pulso

Punho Esquerda(o)

Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

Pulso rítmico.

Pulso simétrico.

Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 127 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 78 mm Hg.

Eliminação intestinal

17-02-2023 15:00

Fezes: em moderada quantidade.

Consistência das fezes: moldada com superfície lisa.

Número de defecações por dia: 1.

Eliminação urinária

17-02-2023 15:00

Urina em moderada quantidade.

Cor da urina: incolor.

Frequência da eliminação urinária: normal.

Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

Sono

17-02-2023 15:00

Sono reparador.

Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.

Autoconceito

17-02-2023 15:00

Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

Verbaliza auto negação (afirma que já não existe) ou perda de identificação espacial/temporal de si mesmo (Não).

Revela pensamentos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho negativo (Não).

Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo em dissonância com a realidade.

Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

Autoconceito comprometido

Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Autoconceito comprometido

Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no autoconceito

[RESOLVIDO] 15-03-2023 10:00

15-03-2023 10:00

Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].

Verbaliza auto negação (afirma que já não existe) ou perda de identificação espacial/temporal de si mesmo (Não) [MANTEVE].

Revela pensamentos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho negativo (Não) [MANTEVE].

Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo em dissonância com a realidade (Não) [MELHOROU].

Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas (Não) [MELHOROU].

Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: facilitadora.

Emoção

17-02-2023 15:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana) (Não).

Desesperança e pessimismo (Não).

Autodesvalorização.

Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades (Não).

Dificuldade na concentração (Não).

Pensamentos recorrentes de morte (Não).

Tom de voz baixa, discurso arrastado (Não).

Verbalização de ansiedade (Não).

Inquietação (Não).

Irritabilidade (Não).

Pânico (Não).

Pensamento

17-02-2023 15:00

Sem dificuldade em controlar os pensamentos e juízos formados.

Sem dificuldade para resistir ou controlar os pensamentos obsessivos.

Revela querer fazer mal a si próprio (Não).

Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a) (Não).

Pensou em suicidar-se (Não).

Pensou numa maneira de se suicidar (Não).

Já fez algum plano de terminar sua vida (Não).

Já fez alguma tentativa de suicídio (Não).

Memória

17-02-2023 15:00

Capacidade para adquirir informação: Sem dificuldade.

Capacidade de recuperar informação: Sem dificuldade.

Desorientação face às pessoas (Não).

Desorientação no espaço (Não).

Desorientação no tempo (Não).

Autogestão do regime medicamentoso

17-02-2023 15:00

Organiza a medicação conforme horário

Dispositivo: nenhum - Organiza a medicação conforme horário.

Prepara a medicação conforme a dose

Dispositivo: nenhum - Prepara a medicação conforme a dose.

Administra a medicação pela via adequada

Dispositivo: nenhum - Administra a medicação pela via adequada.

Ajusta a medicação de acordo com autovigilância

Dispositivo: nenhum - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

Autogestão do regime dietético

17-02-2023 15:00

Número de refeições diárias: 5.

Excesso de ingestão de gorduras face ao regime dietético aconselhado.

Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

Excesso de ingestão de hidratos de carbono face ao regime dietético aconselhado.

Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.
Ingere alimentos específicos desaconselhados.
Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador.
Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: facilitadora.
Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO]

15-03-2023 10:00

15-03-2023 10:00

Número de refeições diárias: 5.
Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.
Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.
Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Autogestão do regime de exercício

17-02-2023 15:00

Número de horas de atividade física por lazer: 6 horas.
Tempo de exercício físico diário: 60 Minutos.
Tempo de exercício físico semanal: 360 Minutos.

Abuso do tabaco

17-02-2023 15:00

Abuso do tabaco

Uso de tabaco: uso regular sem disfuncionalidade.
Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
Consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade: facilitadora.
Significado atribuído ao abuso do tabaco: não dificultador.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [RESOLVIDO] 15-03-2023 10:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco [RESOLVIDO] 15-03-2023 10:00

15-03-2023 10:00

Uso de tabaco: uso regular sem disfuncionalidade [MANTEVE].
Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: facilitador.
Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: facilitador.
Uso de tabaco: uso regular sem disfuncionalidade [MANTEVE].

1.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Autoconceito comprometido - Objetivos:

- Melhorar autoconceito do cliente.

Abuso do tabaco - Objetivos:

- Diminuir o consumo de tabaco.
- Motivar cliente para a diminuição do abuso do tabaco.

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no autoconceito - Objetivos:

- Aumentar consciencialização sobre o compromisso no autoconceito.

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético - Objetivos:

- Melhorar conhecimento sobre regime dietético.
- Melhorar conhecimento sobre dieta restrita em gorduras.
- Melhorar conhecimento sobre dieta restrita em energia.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo - Objetivos:

- Melhorar conhecimento sobre estratégias de redução do consumo de tabaco.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco - Objetivos:

- Melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco.

1.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Autoconceito comprometido:

- Que o cliente melhore o seu autoconceito.

Abuso do tabaco:

- Que o cliente diminua o consumo de tabaco.
- Que o cliente se sinta motivado para a diminuição do consumo do tabaco.

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no autoconceito:

- Que o cliente verbalize que quer melhorar o seu autoconceito.
- Que o cliente verbalize os défices que este compromisso no autoconceito provoca na sua vida.

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético:

- Que o cliente melhore o seu conhecimento sobre regime dietético.
- Que o cliente melhore o seu conhecimento sobre dieta restrita em gorduras.
- Que o cliente melhore o seu conhecimento sobre dieta restrita em energia.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo:

- Que o cliente melhore o seu conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco:

- Que o cliente melhore o seu conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco.

1.7. Diagnósticos

Autoconceito

17-02-2023 15:00

Autoconceito comprometido

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 15:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito

15-03-2023 10:00 - Executar reestruturação cognitiva

Autoconceito comprometido

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no autoconceito

[RESOLVIDO] 15-03-2023 10:00

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 15:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no autoconceito [TERMO] 15-03-2023 10:00

17-02-2023 15:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [TERMO] 15-03-2023 10:00

17-02-2023 15:00 - Assistir a analisar compromisso no autoconceito [TERMO] 15-03-2023 10:00

Autogestão do regime dietético

17-02-2023 15:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO]

15-03-2023 10:00

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [TERMO]

15-03-2023 10:00

17-02-2023 15:00 - Ensinar sobre regime dietético [TERMO] 15-03-2023 10:00

17-02-2023 15:00 - Ensinar sobre dieta restrita em gorduras [TERMO] 15-03-2023 10:00

17-02-2023 15:00 - Ensinar sobre dieta restrita em energia [TERMO] 15-03-2023 10:00
Abuso do tabaco
17-02-2023 15:00

Abuso do tabaco

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 15:00 - Avaliar evolução do abuso do tabaco

17-02-2023 15:00 - Executar técnica de modificação de comportamento

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [RESOLVIDO] 15-03-2023 10:00

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [TERMO] 15-03-2023 10:00

17-02-2023 15:00 - Ensinar sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [TERMO] 15-03-2023 10:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco [RESOLVIDO] 15-03-2023 10:00

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco [TERMO] 15-03-2023 10:00

17-02-2023 15:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco [TERMO] 15-03-2023 10:00

1.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

AUTOCONCEITO COMPROMETIDO:

Avaliar evolução do compromisso no autoconceito - Aplicação do Inventário Clínico de Auto-Conceito, de A. Vaz Serra - 1985 que permite obter dados iniciais referentes ao autoconceito do cliente e na consulta final para comparar os resultados e analisar os ganhos.

Executar reestruturação cognitiva - A reestruturação cognitiva visa identificar interpretações negativas e irrealistas de um evento e substituí-las por interpretações mais realistas (Nowlan et al., 2016). Portanto, a reestruturação cognitiva é aplicada a pensamentos negativos irrealistas - pensamentos disfuncionais, erros cognitivos e algumas crenças. Tem como objetivo levar a pessoa a considerar hipóteses relativamente ao modo como construiu a sua realidade, analisando os padrões de pensamento que a levaram a determinadas ideias e crenças disfuncionais (Sequeira, 2016). A sua finalidade assenta no alívio do sofrimento psicológico da pessoa por meio da alteração do modo como pensa, bem como da forma como interpreta e reflete acerca das suas experiências.

Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no autoconceito -

Questionar o cliente sobre de que forma o compromisso no autoconceito o prejudica na sua vida

em geral.

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização/Assistir a analisar compromisso no autoconceito - Analisar, com o cliente, os resultados da avaliação feita inicialmente, mostrando que este apresenta um défice no autoconceito que deverá ser trabalhado.

ABUSO DO TABACO:

Avaliar evolução do abuso do tabaco - Avaliar, através da técnica de questionamento, qual a quantidade inicial de cigarros que este fuma por dia. Na entrevista final, voltar a questionar ao cliente quantos é que continua a fumar, para ter uma noção dos ganhos obtidos.

Executar técnica de modificação do comportamento - A modificação do comportamento é uma abordagem comportamental que visa a progressão positiva de uma pessoa ou grupo que apresenta um diagnóstico de Enfermagem de natureza comportamental. A prescrição da modificação do comportamento pode ter como alvo a pessoa ou um grupo. Existem alguns critérios para a prescrição desta intervenção, como por exemplo, a pessoa encontrar-se num estágio de motivação para a mudança ao nível da preparação ou da ação, que é o caso do nosso cliente, uma vez que já foi realizada com ele a entrevista motivacional na primeira sessão, que ajudou a que este passasse para este estágio. A pessoa tem também de apresentar capacidade cognitiva e não se encontrar em crise sob o ponto de vista emocional. Para realizar esta intervenção, existem diferentes técnicas, nomeadamente, o reforço positivo, o treino do autocontrolo, a construção de hierarquias e atribuição de tarefas graduais, a dessensibilização sistemática, o contrato terapêutico ou de contingência, a modelagem e o role-playing.

POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE REGIME DIETÉTICO:

Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético/Ensinar sobre regime dietético/Ensinar sobre dieta restrita em gorduras/Ensinar sobre dieta restrita em energia - Avaliar, através da técnica de questionamento, como têm sido as refeições do cliente: se este tem ingerido menos quantidade de gorduras às refeições e menos quantidade de hidratos de carbono ao longo do dia. Ao mesmo tempo que faço a avaliação do conhecimento do cliente, assim como aquilo que este tem vindo a fazer, ensino o cliente sobre aquilo que dever ser feito de modo a ter uma alimentação mais saudável e rica nutricionalmente.

POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE COMPORTAMENTO ADITIVO:

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento

aditivo/Ensinar sobre estratégias de redução de comportamento aditivo - Avaliar, através da técnica de questionamento, as medidas que o cliente tem adotado como estratégias para reduzir o consumo de tabaco. Após a resposta deste, explicar ao cliente algumas estratégias de redução de comportamento aditivo.

POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS DE AUTOCONTROLO DO ABUSO DO TABACO:

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco/Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco - Avaliar, através da técnica de questionamento, quais as estratégias de autocontrolo que o cliente utiliza quando sente necessidade de fumar. Após a resposta deste, explico ao cliente algumas técnicas de autocontrolo.

1.8. Especificação das intervenções

Ensinar sobre regime dietético

- Dizer ao cliente que deverá tentar alimentar-se de uma forma mais saudável, reduzindo o consumo de hidratos de carbono e de gorduras.
- Dizer ao cliente a importância da ingestão hídrica de, pelo menos, 1,5L de água por dia para manter o funcionamento saudável de todo o organismo.

Ensinar sobre dieta restrita em gorduras

- Dizer ao cliente que deverá fazer uma alimentação mais à base de vegetais, cereais não processados, proteínas magras, fruta em quantidade limitada, leites e derivados sem adição de açúcar.

Ensinar sobre dieta restrita em energia

- Dizer ao cliente que deverá reduzir a quantidade de hidratos de carbono que ingere ao longo do dia, nomeadamente a quantidade de pão.

Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético

- Questionar o cliente sobre a quantidade de hidratos de carbono e de gorduras que tem consumido.
- Questionar o cliente sobre a quantidade de água que ingere diariamente.

Avaliar evolução do abuso do tabaco

- Questionar o cliente sobre a média do número de cigarros que tem fumado desde a última

intervenção.

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco

- Questionar o cliente sobre quais as estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco que este aprendeu.

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco

- Dizer ao cliente que deverá resistir à vontade de consumir tantos cigarros quanto os que costumava consumir, uma vez que se irá sentir muito melhor, no final do dia, ao saber que foi capaz de o fazer.
- Dizer ao cliente que deverá ser racional, sempre que surgir a vontade de consumir.
- Dizer ao cliente técnicas de autocontrolo que este poderá utilizar: PROARR (PARAR - Pare e conte regressivamente de dez até um, muito lentamente; RELAXAR - Concentre-se na respiração/descontraia ombros, cabeça, testa e maxilar; OBSERVAR - Preste atenção ao seu corpo e observe como está a reagir; ANALISAR - Analise as causas responsáveis pelos seus sentimentos; REFLETIR - Veja os caminhos possíveis para alcançar os seus objetivos; RESPONDER - Atue de forma a desencadear uma atitude positiva.

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Dizer ao cliente que, efetivamente, este apresenta um défice no seu autoconceito, mostrando os resultados obtidos na avaliação efetuada.

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo

- Questionar o cliente sobre quais as estratégias de redução do consumo do tabaco que este aprendeu.

Ensinar sobre estratégias de redução de comportamento aditivo

- Dizer ao cliente que deverá aplicar estratégias de distração: sempre que sentir a necessidade de fumar, deverá tentar realizar outra atividade que o distraia da necessidade que sente.
- Dizer ao cliente que deverá evitar estímulos que o levem ao consumo do tabaco: horas específicas em que costuma fumar deverá tentar arranjar outra atividade, alguma companhia que o leve ao consumo do tabaco em momentos específicos, etc.

Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no autoconceito

- Questionar o cliente sobre as questões presentes no Inventário Clínico de Auto-Conceito, de modo a perceber a consciencialização do mesmo sobre o compromisso presente.

Assistir a analisar compromisso no autoconceito

- Através do Inventário Clínico de Auto-Conceito, mostrar ao cliente os resultados apresentados, explicando que este apresenta um défice no seu autoconceito.
- Mostrar ao cliente, através de frases que este pronunciou, que este apresenta um défice no autoconceito, consciencializando-o da situação.

Avaliar evolução do compromisso no autoconceito

- Aplicação do Inventário Clínico de Auto-Conceito de Vaz Serra.

Executar técnica de modificação de comportamento

- Negociar com o cliente os objetivos da intervenção.
- Determinar a motivação do cliente para a mudança.
- Incentivar o cliente a identificar os estímulos que aumentam os comportamentos desajustados.
- Promover a reflexão sobre os mecanismos de aprendizagem que levaram o cliente ao desenvolvimento do comportamento e quais os fatores que contribuem para a sua manutenção.

Executar reestruturação cognitiva

- Utilizar técnicas, com o cliente, de terapia cognitiva, de modo a desconstruir o pensamento negativo e irrealista e substituí-lo por uma interpretação mais realista, relativamente ao seu autoconceito.
- Nas sessões grupais que irei desenvolver ao longo do meu estágio, existem sessões em que irei abordar esta questão do autoconceito e realizar atividades que promovam o mesmo.

2. CLIENTE INTERNADO EM SERVIÇO DE PSIQUIATRIA, COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA E TOXICODEPENDÊNCIA

6411_2_Salomé_2

2.1. Enquadramento teórico

Caso clínico:

Cliente, de 54 anos, encontra-se internado em serviço de psiquiatria, com diagnóstico de esquizofrenia e toxicoddependência. Cliente internado por episódio de heteroagressividade. Cliente refere que há cerca de 15 anos esteve também internado devido à droga. Na altura esteve noutro hospital psiquiátrico e foi, também a família, que provocou o internamento compulsivo. Refere que quando esteve internado na primeira vez não conseguiu compreender nem aceitar o internamento. Contudo, diz que desta vez aceita o internamento uma vez que compreende que não estava a ter os melhores comportamentos. Menciona que é seguido num CAT, duas vezes por semana. Apesar de tomar metadona, menciona que, por vezes, ainda mantém os consumos. Relativamente à esquizofrenia, refere que ouvia vozes enquanto consumia. Contudo, quando iniciou a medicação, os sintomas melhoraram. Agora, em internamento, refere que quando voltar a casa, pretende não voltar a consumir. Contudo, tem receio do que possa vir a acontecer uma vez que já não se encontra naquele meio protegido.

Antecedentes pessoais:

Toxicoddependência, esquizofrenia, síndrome confusional agudo, hepatite C crónica não tratada por abandono.

Enquadramento teórico:

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) e o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, 2014), a toxicoddependência consiste num conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos, que se desenvolvem após o consumo repetido de uma substância, refletindo-se em diversos domínios da vida do indivíduo. A toxicoddependência é vista como uma perturbação que é diagnosticada com base em quatro áreas: baixo controlo

(Shaffer, 1999), persistência no uso da substância apesar das suas consequências adversas (Nestler, 2001; Goldstein, 2002), e critérios farmacológicos como a tolerância e a abstinência (Koob & Le Moal, 2001; Everitt & Robbins, 2005; Kalivas & Volkow, 2005). Esta perturbação pode ainda ser caracterizada por recaídas frequentes (Machado et al., 2005), alta taxa de morbidade, consequências sociais e mortalidade (Hser, 2004; Machado & Klein, 2007; Darke, 2009; Degenhardt, 2011; Darke, 2011; Hser, 2015; Nosyk, 2015; Seth, 2018; Degenhardt, 2019a; Hurst, 2019). O abuso e dependência de substâncias é um problema que atinge dimensões consideráveis (Torres, Chagas, & Ribeiro, 2008; Lake, 2015; Hayhurst, 2017) e que causa dano não só ao indivíduo que consome, mas também ao seu espectro relacional mais próximo, i.e., familiares e amigos (Ekendahl, 2007; De Maeyer, 2010). São igualmente evidentes dificuldades a nível laboral (Stewart, 2000; Best, 2001; Hser, 2001) e ainda complicações ao nível da saúde que se podem tornar agudas e crónicas, como as doenças infecciosas HIV e Hepatite C (Klevens, 2012; Nosyk, 2015; Degenhardt, 2019a).

A esquizofrenia é uma patologia psiquiátrica caracterizada por um quadro de psicose crónica ou recorrente, que leva à deterioração progressiva das capacidades funcionais. Psicose é o termo usado para uma alteração do estado mental, caracterizado pela perda da noção da realidade, com alucinações, delírios, pensamentos e discursos sem lógica bem como comportamentos disfuncionais. O doente psicótico costuma ser extremamente desconfiado, ouve vozes e vê coisas que não existem, acredita ter poderes especiais, que a televisão ou rádio mandam mensagens especialmente para eles, e podem imaginar que existe algum tipo de antena que consegue ler os seus pensamentos e monitorizar as suas atividades (Cicchetti & Cohen, 2006).

A esquizofrenia apresenta um pico de incidência entre os 20 e os 30 anos de idade. Até 10% dos clientes conseguem uma recuperação total, mas para 55% a doença torna-se crónica, sendo que 35% deles apresentam episódios intermitentes. De igual forma, 80% dos clientes com esquizofrenia apresentam uma associação com abuso de substâncias (Ferros, 2011). Assim, a comorbilidade entre toxicoddependência e esquizofrenia tem vindo a assumir-se como uma preocupação entre os profissionais que trabalham nestas áreas, pois é sabido que estes são doentes de pior prognóstico, quando comparados com aqueles que manifestam apenas um dos distúrbios. Os esquizofrénicos correm riscos seis vezes superiores à população geral de virem a abusar de substâncias psicoativas (Ferros, 2011).

Para uma melhor explicação de índices tão elevados de comorbilidade entre toxicoddependência e esquizofrenia, podem ser distinguidas três hipóteses, sendo que a primeira é da vulnerabilidade pessoal, baseada na ideia de que o abuso de substâncias é precipitador do surgimento de psicoses em indivíduos suscetíveis. A segunda hipótese seria a da auto-medicação em que o consumo, sobretudo de heroína, surgiria secundariamente à psicose servindo para reduzir a depressão, as alucinações e atenuar a angústia bem como os efeitos secundários da medicação neurolética. A terceira hipótese surge no sentido de os indivíduos consumirem sobretudo pelo efeito reforçador característico das substâncias que elegem e não

para se livrarem de qualquer tipo de sintomatologia psicótica, ou seja, os esquizofrênicos consumiriam drogas pela mesma razão que um toxicod dependente sem nenhum tipo de perturbação (Lee & Meltzer citando Ferros, 2011).

Ao nível do diagnóstico as características essenciais da perturbação psicótica induzida por substâncias, são as alucinações ou ideias delirantes que se considera serem devidas aos efeitos fisiológicos diretos da substância, ou seja, a substância estaria etiológicamente relacionada com os sintomas (DSM IV-TR; APA,2002). Os investigadores parecem concordar que os doentes esquizofrênicos abusam sobretudo de psicostimulantes, alucinogénios, cocaína e canábissendo a prevalência da esquizofrenia em dependentes de opiáceos moderada (Ferros, 2011). Molina (2004) acrescenta que é frequente o despoletar de sintomas psicóticos durante o período de desintoxicação e durante o período de redução da dose de metadona.

Os fatores de risco para a dependência de substâncias incluem fatores genéticos e familiares (i.e., conflitos parentais, relações parentais problemáticas, psicopatologia/abuso de drogas dos pais), eventos de vida adversos precoces (i.e., maus-tratos na infância, histórico de abuso físico e sexual e comportamentos impulsivos durante a infância), fatores ambientais (i.e., disponibilidade de drogas, normas sociais de uso de substâncias entre pares e nível socioeconómico desfavorecido) (Lascala, 2005; Conroy, 2009; Lander et al., 2013; Amin- Esmaeili, 2016; Athamneh, 2017). É ainda conhecido que os dependentes apresentam traços comuns, como elevada propensão para exibirem atitudes apelativas, impulsividade, imaturidade e grande dificuldade em lidarem com frustrações e contrariedades. Aliado a isto, reconhece-se ainda dificuldades em lidarem e resolverem problemas do foro quotidiano (FilipeSaraiva, 2016). Estas características, facilmente podem ser associadas a outras, presentes nas dependências, como a impulsividade, neuroticismo, busca de sensações, extroversão e perturbação da personalidade antissocial (Grant, Schreiber, & Harvanko, 2012).

Sendo difícil a deteção precoce, muitas vezes o tratamento só ocorre em indivíduos já dependentes, não deixando de ser o meio mais poderoso de combater os males do consumo de substâncias (Muller, 2011). Diversos estudos relacionam o tratamento para a Perturbação de Uso de Substâncias (DSM-V) como um meio de redução das problemáticas já mencionadas resultantes do consumo continuado (Prendergast, 2002; Degenhardt, 2011; Degenhardt, 2019b; Krebs, 2014; Nosyk, 2015; Benjamin, 2017). Os programas de tratamento têm impacto em diversas áreas, refletindo-se, entre outros aspetos, na abstinência, na baixa taxa de atividade criminosa, menos recaídas, ganhos na qualidade de vida e satisfação, melhoria dos sintomas, melhor funcionamento na comunidade e na família, melhoria nas relações sociais, na saúde física e emocional e maiores níveis de empregabilidade (Stark, 1992; Holcomb, 1997; Perreaulta, 2010; McNeese-Smith, 2014; Benjamin, 2017).

Assim, um dos pilares na Europa na luta contra as drogas é o tratamento de pessoas com problemas de consumo de substâncias (OEDT, 2010). Os tratamentos mais comumente usados

são os programas onde é utilizada medicação (metadona, naltrexona e buprenorfina) e os programas psicoterapêuticos (abordagem da terapia cognitivo-comportamental, a abordagem em 12 etapas e a abordagem estruturada em comunidade terapêutica). A abordagem da terapia cognitivo-comportamental possui diferentes níveis de intensidade, onde o objetivo é obter experiências de aprendizagem social e entender e tratar o comportamento problemático relacionado com as drogas e agressões relacionadas com as substâncias. A abordagem em 12 etapas é baseada na aprendizagem social dentro de uma abordagem entre pares, onde os novos membros do grupo recebem instruções sobre formas de ingressar numa vida livre de drogas por indivíduos com mais experiência. A abordagem estruturada da comunidade terapêutica baseia-se no tratamento hierárquico e visa ensinar novos comportamentos, atitudes e valores, reforçados pelo apoio da comunidade terapêutica e de pares. São geralmente programas residenciais de longo prazo que enfatizam a socialização, estilo de vida e mudança de comportamento onde não é usado tratamento farmacológico. Os programas psicoterapêuticos consistem na educação do cliente para lidar com sintomas negativos e com a angústia emocional e ainda, no uso de técnicas de aconselhamento, com o objetivo de proporcionar ao cliente conforto psicológico que lhe permita orientar a sua atenção para um estilo de vida em direção à abstinência (Schumann, 2003; Rangé, 2008; Gomes, 2011; Stover, 2014).

O estigma tem sido amplamente relatado nas pessoas que têm um diagnóstico de esquizofrenia. Estas são frequentemente rotuladas negativamente, o que as limita na sua integração na comunidade. Razão que nos leva a questionar qual o impacto do estigma neste processo de doença e, também sobre a questão de ser toxicodependente. Para diminuir o impacto do mesmo, será trabalhada a questão do auto-estigma, do auto-conceito e do empowerment com o cliente, juntamente com o grupo em que este se encontra, de modo a evitar as recaídas, obter ganhos na qualidade de vida e na satisfação, promover um melhor funcionamento na comunidade e na família, uma melhoria nas relações sociais, na saúde física e emocional.

2.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 54 anos | Masculino

2.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-03-28 10:00:00	Pantoprazol 20mg 1+0+0	
2023-03-28 10:00:00	Ácido Fólico 5mg 1+0+0	
2023-03-28 10:00:00	Haloperidol 2mg 1+0+0	
2023-03-28 10:00:00	Metadona 40mg 1+0+0	
2023-03-28 10:00:00	Quetiapina 50mg 0+1+0	
2023-03-28 10:00:00	Quetiapina 50mg em SOS	

2.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Medicação no internamento:

- Pantoprazol - O pantoprazol é um medicamento utilizado para o tratamento de doenças gastrointestinais leves, para proporcionar o alívio dos sintomas gastrointestinais decorrentes da secreção ácida gástrica, gastrites ou gastroduodenites agudas ou crónicas e dispepsias não ulcerosas, tratamento da doença por refluxo gastroesofágico e para profilaxia das lesões agudas da mucosa gastroduodenal induzidas por medicamentos como os anti-inflamatórios não hormonais.
- Ácido Fólico - O ácido fólico é uma vitamina do complexo B que ajuda a manter a saúde do nosso cérebro, prevenindo problemas como a depressão e a demência, uma vez que este participa na produção de dopamina e noradrenalina. Ajuda a prevenir anemia, uma vez que estimula a formação de hemácias, plaquetas e glóbulos brancos. Ajuda também ao crescimento da pele e do cabelo.
- Haloperidol - O haloperidol é um fármaco neurolético, pertencente ao grupo das butirofenonas. É utilizado para o controlo de agitação, agressividade, estados maníacos, psicoses e para tratar a distúrbio de Gilles La Tourette. É também utilizado no tratamento de episódios psicóticos de natureza esquizofrénica, no tratamento de deterioração aguda de esquizofrenia resistente a terapêutica e de agitação psicomotora de origem psicótica.
- Metadona - É utilizada para o alívio da dor aguda e crónica intensa, que requer controlo por mais de 24 horas, onde não houve melhoria com outros analgésicos. Contudo, é mais utilizada para o tratamento de desintoxicação de drogas como heroína ou outras semelhantes à morfina e em terapia de manutenção temporária de toxicod dependentes, em conjunto com serviços médicos e sociais adequados.
- Quetiapina - A quetiapina é um antipsicótico que regula os níveis de serotonina e dopamina no cérebro. Esta é utilizada para o tratamento da esquizofrenia, da perturbação bipolar, tratamento de episódios maníacos moderados a graves na perturbação bipolar, tratamento de episódios depressivos major na perturbação bipolar e para a prevenção das recorrências de episódios maníacos ou depressivos em doentes com perturbação bipolar

que responderam anteriormente ao tratamento com quetiapina.

Medicação no domicílio:

O cliente refere que apenas fazia a metadona. Quando entrou fazia 50mg e, ao longo do internamento, reduziu para 40mg.

2.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

2.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Nada a considerar.

2.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
28-03-2023 10:00	Consciência	26-04-2023 16:00
28-03-2023 10:00	Apetite	26-04-2023 16:00
28-03-2023 10:00	Eliminação intestinal	26-04-2023 16:00
28-03-2023 10:00	Eliminação urinária	26-04-2023 16:00
28-03-2023 10:00	Sono	26-04-2023 16:00
28-03-2023 10:00	Autoconceito	
28-03-2023 10:00	Emoção	
28-03-2023 10:00	Pensamento	26-04-2023 16:00
28-03-2023 10:00	Memória	26-04-2023 16:00
28-03-2023 10:00	Autogestão do regime medicamentoso	
28-03-2023 10:00	Autogestão do regime dietético	26-04-2023 16:00
28-03-2023 10:00	Autogestão do regime de exercício	
28-03-2023 10:00	Abuso do tabaco	
28-03-2023 10:00	Abuso de drogas	
28-03-2023 10:00	Abuso do álcool	26-04-2023 16:00
28-03-2023 10:00	Comportamento agressivo	26-04-2023 16:00
28-03-2023 10:00	Comportamento autodestrutivo	26-04-2023 16:00

2.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Consciência:

Necessidade de avaliação do estado de consciência para saber se será possível a realização de entrevista clínica e possíveis intervenções posteriores, uma vez que se o cliente apresentar estado de consciência alterado não as poderei aplicar.

Apetite:

Segundo APA, 2002 os principais efeitos desejados com a utilização de cocaína são a euforia, a sociabilidade, o aumento da confiança e os sentimentos de controlo, o aumento da energia, a diminuição da necessidade de sono, o apetite diminuído e o aumento temporário da atividade funcional e eficiência.

Eliminação intestinal/ Eliminação urinária:

Segundo o Manual MSD - Versão para Profissionais de Saúde, a cocaína também bloqueia os canais de sódio, o que faz com que a sua ação seja como um anestésico local. A cocaína provoca vasoconstrição e, por conseguinte, pode afetar quase qualquer órgão. Enfarte do miocárdio, isquemia e hemorragia cerebral, disseção da aorta, isquemia intestinal e isquemia renal são possíveis sequelas.

Sono:

Segundo um estudo realizado por Lima, A. P., 2008, concluiu-se que em clientes dependentes de cocaína existe uma diminuição na qualidade do sono. O sono foi caracterizado como não eficaz, com dificuldade em adormecer, poucas horas de sono por noite, com sensação de muito calor e dores e necessidade de recorrência a uso constante de medicamentos para dormir. Houve ainda referência à indisposição e falta de entusiasmo para a realização de atividades diárias. Associado ao sono, a qualidade de vida foi considerada prejudicada e comprometida nos domínios físico, psicológico e social. O padrão e qualidade sono e a qualidade de vida obtiveram maior grau de insatisfação comparativamente aos sujeitos do grupo de controle.

A esquizofrenia encontra-se associada a alterações do sono. Na prática clínica, verifica-se que a insónia é frequentemente reportada pelos doentes. A dificuldade em iniciar, manter ou alcançar um sono reparador, encontra-se relacionada com a gravidade da psicopatologia e tem sido

referenciada como um sintoma prodrômico da agudização da doença. As alterações do sono na esquizofrenia podem surgir na fase aguda da doença e persistir, em muitos casos, na fase crônica (Afonso et al., 2011).

Autoconceito:

Segundo um estudo realizado por Zago, J. A., 2002, com dependentes em substâncias psicoativas, embora estes clientes estivessem voluntariamente em tratamento em ambiente protegido, em abstinência e com um projeto de vida nova, o autoconceito da maioria da amostra (69,48%) foi classificado como mal estruturado ou desvalorizado. O que nos leva a crer que o autoconceito é um domínio da enfermagem que deve ser avaliado nestes indivíduos.

As pessoas com esquizofrenia apresentam uma autoestima física reduzida, ou seja, têm um baixo sentimento de orgulho, felicidade, satisfação e confiança em si próprios (Vancampfort et al., 2011). Assim sendo, classificam-se como menos capazes de se manter ativos, de ter um corpo atraente, um estilo de vida não saudável e sedentário e por uma obtenção de uma autopercepção reduzida (Vancampfort et al., 2011). A sua baixa autoestima em relação à população geral pode ser causada pelo estigma social (Navarro Bayón & Carrasco Ramírez, 2009), longos períodos de internamento e interações familiares negativas (Borras et al., 2009). Karatzias et al., 2007) referem que a baixa autoestima pode estar relacionada ao desenvolvimento e manutenção da ansiedade nas relações afetivas na esquizofrenia. Os autores referidos anteriormente reportaram que a presença de ansiedade está associada a uma menor autoestima. A baixa autoestima na esquizofrenia conduz à depressão, o que leva à falta de motivação, isolamento, dificuldades em adaptar-se a diversas situações e a lidar com o stress (Borras et al., 2009). Jones et al. (2010) encontrou uma associação entre a redução da gravidade dos sintomas negativos e melhoria da autoestima e, por outro lado, um aumento dos sintomas estaria associado a uma decadência na autoestima.

Emoção:

Muitos clientes com esquizofrenia relatam sintomas de depressão. Não está claro se essa depressão é um problema independente, parte da esquizofrenia, uma reação à esquizofrenia ou uma complicação do tratamento. Abordar esta questão torna-se importante devido à alta taxa de suicídio em clientes com a doença.

Muitos também relatam sintomas de ansiedade. Não está claro se essa ansiedade é um problema independente, parte da esquizofrenia, uma reação à esquizofrenia ou uma complicação do tratamento. Alguns efeitos adversos de medicamentos podem ser sentidos, como a ansiedade.

Pensamento:

De acordo com um estudo realizado por Medeiros, D. N. et al, 2021, as drogas recreativas mais frequentemente associadas com psicose, para além da cannabis, são: álcool, alucinogénios, cocaína e anfetaminas (Rounsaville, 2007; Thirthalli & Benegal, 2006; APA, 2013). Os resultados deste estudo mostraram que dos vinte e sete artigos selecionados apenas quatro não mostravam associação entre o uso de drogas recreativas e o desenvolvimento de psicose, sugerindo que o uso destas substâncias ilícitas está relacionado aos sintomas psicóticos.

Cognição como domínio onde se inclui o pensamento: a função cognitiva alterada pode ser vista como uma característica marcante dos transtornos por uso de substâncias, com alterações documentadas nos conhecidos domínios “executivos” de atenção, inibição/regulação, memória de trabalho e tomada de decisão. A má regulação cognitiva dos processos motivacionais - sejam eles apetitivos (recompensa, saliência do incentivo) ou aversivos (stress, afeto negativo) - são reconhecidos como uma deficiência fundamental no vício e um alvo potencialmente importante para intervenção.

A esquizofrenia é uma doença mental caracterizada pela perda de contacto com a realidade (psicose), alucinações, delírios, pensamento e comportamento desorganizados, redução das demonstrações de emoções, diminuição da motivação, um agravamento da função mental (cognição) e problemas no desempenho das atividades de vida diária, incluindo no âmbito profissional, social, relacionamentos e autocuidado.

Memória:

A exposição prolongada ao álcool e outras drogas pode causar danos anatómicos no cérebro de um consumidor crónico, com um elevado nível de perda de neurónios no córtex pré-frontal, que desempenham um importante papel nas alterações cognitivas. Podem-se observar perdas significativas na memória, atenção e nas funções executivas como tomada de decisões, resolução de problemas, regulação do comportamento, formação de conceito, planeamento, organização, entre outros (Andrade et al, 2018; Schilindwein-Zanini, R. Sotili, 2019). Num estudo de Santos, M.R., 2021, constatou-se que dos danos decorrentes do uso, (...) 82,2% detetaram algum tipo de alteração cognitiva, sendo a memória (62,2%) e a regulação do comportamento (18,9%) as funções mais prejudicadas, segundo os mesmos.

Ventura, 2016 elaborou um estudo sobre o sono e a memória em clientes com esquizofrenia em que os resultados constataram que existe um défice cognitivo da memória, atenção e funções executivas em clientes esquizofrénicos e os seus parentes, associado aos prejuízos nas ondas delta dos fusos do sono.

Autogestão do regime medicamentoso/Autogestão do regime dietético/Autogestão do regime de exercício:

A OMS (2003) agrupa em cinco dimensões os fatores que podem determinar a adesão ao regime terapêutico, sendo eles: fatores sociais e económicos, relacionados com os profissionais e serviços de saúde, com a doença e comorbilidades, com a terapêutica e, por fim, fatores relacionados com o doente. Por sua vez, os fatores relacionados com a doença e comorbilidades representam as particularidades e exigências da doença que o doente tem de enfrentar. A severidade dos sintomas, o nível de incapacidade, taxa de progressão, gravidade da doença e disponibilidade de tratamentos podem afetar a adesão. Para além disso, comorbilidades como a depressão, o abuso de álcool e o uso de drogas podem modificar consideravelmente os comportamentos de adesão (Dias et al., 2011).

De acordo com Afonso, 2010, a principal causa de recaída na esquizofrenia deve-se à não adesão à medicação antipsicótica, referindo ainda que só 40 a 50% dos clientes com esta patologia tomam regularmente a medicação.

Abuso do tabaco:

Segundo um estudo do CINTESIS (2018), o consumo de drogas aparece associado ao consumo prévio de álcool e de tabaco, “reforçando a ideia de que o consumo de substâncias legais pode levar ao consumo de substâncias ilegais”. Tudo indica que existe uma “progressão no uso de drogas”, isto é, uma “escada de adição” em que “o uso de uma droga se associa um maior risco de consumir outras drogas ao longo da vida”.

Estudos efetuados nos Estados Unidos nas duas últimas décadas, demonstram que a prevalência de tabagismo em portadores de esquizofrenia tende a ser mais elevada em relação à população em geral e também em comparação a outras populações psiquiátricas (Gilbert et al., 1997; Hughes, 1986; Goff et al., 1992; Gopaldaswamy e Morgan, 1986; Masterson & O' Shea, 1984). Nos Estados Unidos, cerca de 70% a 80% dos clientes esquizofrénicos são fumadores, ao passo que em outros clientes psiquiátricos a prevalência média de tabagismo é à volta de 50%. Na população em geral, observa-se uma prevalência média de 25% (Herrán et al., 2000).

Abuso de drogas:

A esquizofrenia apresenta um pico de incidência entre os 20 e os 30 anos de idade. Até 10% dos clientes conseguem uma recuperação total, mas para 55% a doença torna-se crónica, sendo que 35% deles apresentam episódios intermitentes. De igual forma, 80% dos clientes com esquizofrenia apresentam uma associação com abuso de substâncias (Ferreiros, 2011). Assim, a comorbilidade entre toxicodpendência e esquizofrenia tem vindo a assumir-se como uma

preocupação entre os profissionais que trabalham nestas áreas, pois é sabido que estes são doentes de pior prognóstico, quando comparados com aqueles que manifestam apenas um dos distúrbios. Os esquizofrênicos correm riscos seis vezes superiores à população geral de virem a abusar de substâncias psicoativas (Ferros, 2011).

DOMÍNIOS SELECIONADOS PARA AVALIAÇÃO E QUE NÃO CONSTITUÍRAM ALVO DE INTERVENÇÃO:

Comportamento agressivo:

A ligação entre a violência e uso abusivo ou dependência de drogas afeta todas as áreas da sociedade (Madruga et al., 2010; Serrat, 2001), sendo que o consumo de drogas é um importante fator de risco para comportamentos violentos, como homicídios, suicídios, violência doméstica e acidentes de trânsito (Laranjeira, Duailibi, & Pinsky, 2005; Moraes, 2001; Tavares, 2008).

Comportamento autodestrutivo:

O consumo de álcool e drogas constituem fatores de risco para comportamentos autodestrutivos.

Abuso do álcool:

Segundo um estudo do CINTESIS (2018), o consumo de drogas aparece associado ao consumo prévio de álcool e de tabaco, “reforçando a ideia de que o consumo de substâncias legais pode levar ao consumo de substâncias ilegais”. Tudo indica que existe uma “progressão no uso de drogas”, isto é, uma “escada de adição” em que “o uso de uma droga se associa um maior risco de consumir outras drogas ao longo da vida”.

2.6. Dados

Consciência

28-03-2023 10:00

Abertura dos olhos: espontânea.

Resposta verbal: orientada.

Resposta motora: obedece a ordens simples.

Apetite

28-03-2023 10:00

Apetite conservado.

Paladar conservado.

Eliminação intestinal

28-03-2023 10:00

Fezes: em moderada quantidade.

Consistência das fezes: Moldada com superfície lisa.

Coloração das fezes: acastanhada.

Número de defecações por semana: 5.

Eliminação urinária

28-03-2023 10:00

Urina em moderada quantidade.

Cor da urina: Incolor.

Cheiro da urina: sui generis.

Transparência da urina: Límpida.

Frequência da eliminação urinária: Normal .

Reconhece a vontade de urinar.

Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

Sono

28-03-2023 10:00

Sono reparador.

Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

Autoconceito

28-03-2023 10:00

Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

Verbaliza auto negação (afirma que já não existe) ou perda de identificação espacial/temporal de si mesmo (Não).

Revela pensamentos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho negativo.

Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo em dissonância com a realidade.

Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas (Não).

Autoconceito comprometido

Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no autoconceito

[RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

26-04-2023 16:00

Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].

Verbaliza auto negação (afirma que já não existe) ou perda de identificação espacial/temporal de si mesmo (Não) [MANTEVE].

Revela pensamentos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho negativo [MANTEVE].

Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo em dissonância com a realidade (Não) [MELHOROU].

Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas (Não) [MANTEVE].

Conscientização sobre compromisso no autoconceito: facilitadora.
Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].
Revela pensamentos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho negativo (Não) [MELHOROU].
Verbaliza auto negação (afirma que já não existe) ou perda de identificação espacial/temporal de si mesmo [PIOROU].
Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo em dissonância com a realidade (Não) [MELHOROU].
Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas (Não) [MANTEVE].

Emoção

28-03-2023 10:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana) (Não).
Desesperança e pessimismo (Não).
Autodesvalorização.
Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades (Não).
Dificuldade na concentração (Não).
Pensamentos recorrentes de morte (Não).
Tom de voz baixa, discurso arrastado (Não).
Verbalização de ansiedade.
Inquietação (Não).
Irritabilidade (Não).
Pânico (Não).

Ansiedade [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Conscientização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.
Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
Conscientização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
Conscientização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.
Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora.
Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: desvalorização.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar conscientização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

26-04-2023 16:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana) (Não) [MANTEVE].
Desesperança e pessimismo (Não) [MANTEVE].
Autodesvalorização (Não) [MELHOROU].
Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades (Não) [MANTEVE].
Dificuldade na concentração (Não) [MANTEVE].

Pensamentos recorrentes de morte (Não) [MANTEVE].
Tom de voz baixa, discurso arrastado (Não) [MANTEVE].
Verbalização de ansiedade (Não) [MELHOROU].
Inquietação (Não) [MANTEVE].
Irritabilidade (Não) [MANTEVE].
Pânico (Não) [MANTEVE].

Pensamento

28-03-2023 10:00

Sem dificuldade em controlar os pensamentos e juízos formados.
Sem dificuldade para resistir ou controlar os pensamentos obsessivos.
Revela querer fazer mal a si próprio (Não).
Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a) (Não).
Pensou em suicidar-se (Não).
Pensou numa maneira de se suicidar (Não).
Já fez algum plano de terminar sua vida (Não).
Já fez alguma tentativa de suicídio (Não).

Memória

28-03-2023 10:00

Capacidade para adquirir informação: Sem dificuldade.
Capacidade de recuperar informação: Sem dificuldade.
Desorientação face às pessoas (Não).
Desorientação no espaço (Não).
Desorientação no tempo (Não).

Autogestão do regime medicamentoso

28-03-2023 10:00

O cliente encontra-se internado, pelo que não é ele que faz a gestão da sua medicação. Contudo, o cliente sabe quando deve fazer a medicação, qual a medicação que faz, a dose e a quantidade da mesma.
O cliente refere que, no domicílio, apenas fazia metadona diariamente, 40mg, de manhã. Este tinha abandonado a restante medicação uma vez que não sentia necessidade de a tomar porque referia que esta não lhe fazia diferença no seu dia-a-dia.

Autogestão do regime medicamentoso comprometida

Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
Significado atribuído ao regime medicamentoso: desvalorização.

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

26-04-2023 16:00

Após as intervenções necessárias, o cliente refere que agora que faz medicação diariamente, se sente melhor relativamente ao que sentia quando estava em casa. Refere que irá aderir ao regime terapêutico porque, efetivamente, se sente melhor assim.
Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso:

facilitadora.

Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

Autogestão do regime dietético

28-03-2023 10:00

Número de refeições diárias: 5.

Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador.

Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

Autogestão do regime de exercício

28-03-2023 10:00

Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.

Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos.

Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos.

Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao regime de exercício: desvalorização.

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício [RESOLVIDO]

26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

Potencial para melhorar significado atribuído ao regime de exercício

26-04-2023 16:00

Número de horas de atividade física por lazer: 1 horas.

Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

Tempo de exercício físico semanal: 1 Minutos.

Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.

Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao regime de exercício: desvalorização.

Abuso do tabaco

28-03-2023 10:00

Abuso do tabaco

Uso de tabaco: uso regular sem disfuncionalidade.

Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
Significado atribuído ao abuso do tabaco: não dificultador.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

26-04-2023 16:00

Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: facilitador.
Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: facilitador.
Uso de tabaco: uso regular sem disfuncionalidade [MANTEVE].

Abuso de drogas

28-03-2023 10:00

Abuso de drogas

Uso de drogas: uso regular sem disfuncionalidade.
Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
Consciencialização da relação entre abuso de drogas e disfuncionalidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
Significado atribuído ao abuso de drogas: não dificultador.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre abuso de drogas e disfuncionalidade [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

26-04-2023 16:00

Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: facilitador.
Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas: facilitador.
Consciencialização da relação entre abuso de drogas e disfuncionalidade: facilitadora.

2.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Autoconceito comprometido - Objetivos:

- Melhorar autoconceito do cliente.

**Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no autoconceito -
Objetivos:**

- Aumentar consciencialização sobre o compromisso no autoconceito

Ansiedade - Objetivos:

- Diminuir ansiedade do cliente.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade - **Objetivos:**

- Melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade.

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo eo controlo da ansiedade - **Objetivos:**

- Melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade.

Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias de autocontrolo daansiedade - **Objetivos:**

- Melhorar o significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade.

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso - **Objetivos:**

- Melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso.

Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso - Objetivos:

- Melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso.

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício - Objetivos:

- Melhorar conhecimento sobre regime de exercício.

Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício - **Objetivos:**

- Melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício.
- Melhorar conhecimento sobre intensidade e duração do exercício físico.
- Melhorar conhecimento sobre exercício físico.

Potencial para melhorar significado atribuído ao regime de exercício - Objetivos:

- Melhorar significado atribuído ao regime de exercício.

Abuso do tabaco - Objetivos:

- Diminuir o consumo de tabaco.
- Motivar cliente para a diminuição do abuso do tabaco.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de

comportamento aditivo - Objetivos:

- Melhorar conhecimento sobre estratégias de redução do consumo de tabaco.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco - Objetivos:

- Melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco.

Abuso de drogas - Objetivos:

- Diminuir o consumo de drogas.
- Motivar cliente para a diminuição do abuso de drogas.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo - Objetivos:

- Melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas - Objetivos:

- Melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas.

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre abuso de drogas e disfuncionalidade - Objetivos:

- Melhorar consciencialização da relação entre abuso de drogas e disfuncionalidade.

2.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Autoconceito comprometido:

- Que o cliente melhore o seu autoconceito

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no autoconceito:

- Que o cliente aumente a sua consciencialização sobre o compromisso no autoconceito

Ansiedade:

- Que o cliente verbalize diminuição da ansiedade.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade:

- Que o cliente melhore o seu conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade.

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo eo controlo da ansiedade:

- Que o cliente verbalize qual a relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade.

Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias de autocontrolo daansiedade:

- Que o cliente verbalize qual o significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade.

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso:

- Que o cliente verbalize que tem um compromisso na autogestão do regime medicamentoso.

Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso:

- Que o cliente verbalize qual o significado atribuído ao regime medicamentoso.

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício:

- Que o cliente melhore o seu conhecimento sobre regime de exercício.

Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício:

- Que o cliente melhore o seu conhecimento sobre autogestão do regime de exercício.

Potencial para melhorar significado atribuído ao regime de exercício:

- Que o cliente verbalize qual o significado atribuído ao regime de exercício.

Abuso do tabaco:

- Que o cliente diminua o consumo de tabaco.
- Que o cliente se sinta motivado para a diminuição do abuso do tabaco.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo:

- Que o cliente melhore o seu conhecimento sobre estratégias de redução do consumo de tabaco.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco:

- Que o cliente melhore o seu conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco.

Abuso de drogas:

- Que o cliente diminua o consumo de drogas.
- Que o cliente se sinta motivado para a diminuição do abuso de drogas.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo:

- Que o cliente melhore o seu conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas:

- Que o cliente melhore o seu conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas.

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre abuso de drogas e disfuncionalidade:

- Que o cliente verbalize a relação entre o abuso de drogas e a disfuncionalidade provocada.

2.7. Diagnósticos

Autoconceito

28-03-2023 10:00

Autoconceito comprometido

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito

28-03-2023 10:00 - Executar reestruturação cognitiva [TERMO] 26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso no autoconceito
[RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no autoconceito [TERMO] 26-04-2023 16:00

28-03-2023 10:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [TERMO] 26-04-2023 16:00

Emoção

28-03-2023 10:00

Ansiedade [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução da ansiedade [TERMO] 26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [TERMO] 26-04-2023 16:00

28-03-2023 10:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [TERMO] 26-04-2023 16:00

28-03-2023 10:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [TERMO] 26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [TERMO] 26-04-2023 16:00

28-03-2023 10:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade [TERMO] 26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade [TERMO] 26-04-2023 16:00

28-03-2023 10:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [TERMO] 26-04-2023 16:00

Autogestão do regime medicamentoso

28-03-2023 10:00

Autogestão do regime medicamentoso comprometida

Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [TERMO] 26-04-2023 16:00

28-03-2023 10:00 - Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso [TERMO] 26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso

[RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso

[TERMO] 26-04-2023 16:00

28-03-2023 10:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [TERMO]

26-04-2023 16:00

Autogestão do regime de exercício

28-03-2023 10:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício [RESOLVIDO]

26-04-2023 16:00

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício [TERMO]

26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

28-03-2023 10:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício [TERMO]

26-04-2023 16:00

28-03-2023 10:00 - Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico [TERMO]

26-04-2023 16:00

28-03-2023 10:00 - Ensinar sobre exercício físico [TERMO] 26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar significado atribuído ao regime de exercício

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime de exercício

28-03-2023 10:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [TERMO]

26-04-2023 16:00

Abuso do tabaco

28-03-2023 10:00

Abuso do tabaco

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução do abuso do tabaco

28-03-2023 10:00 - Executar técnica de entrevista motivacional [TERMO] 26-04-2023 16:00

26-04-2023 16:00 - Executar técnica de modificação de comportamento

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [TERMO] 26-04-2023 16:00

28-03-2023 10:00 - Ensinar sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [TERMO] 26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso

do tabaco [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco [TERMO] 26-04-2023 16:00

28-03-2023 10:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco [TERMO] 26-04-2023 16:00

Abuso de drogas

28-03-2023 10:00

Abuso de drogas

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Executar técnica de entrevista motivacional [TERMO] 26-04-2023 16:00

26-04-2023 16:00 - Executar técnica de modificação de comportamento

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [TERMO] 26-04-2023 16:00

28-03-2023 10:00 - Ensinar sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [TERMO] 26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas [TERMO] 26-04-2023 16:00

28-03-2023 10:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas [TERMO] 26-04-2023 16:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre abuso de drogas e disfuncionalidade [RESOLVIDO] 26-04-2023 16:00

Intervenções de Enfermagem

28-03-2023 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre abuso de drogas e disfuncionalidade [TERMO] 26-04-2023 16:00

28-03-2023 10:00 - Assistir o cliente a relacionar abuso de drogas com disfuncionalidade [TERMO] 26-04-2023 16:00

2.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

AUTOCONCEITO COMPROMETIDO:

Avaliar evolução do compromisso no autoconceito - Aplicação do Inventário Clínico de Auto-Conceito, de A. Vaz Serra - 1985 que permite obter dados iniciais referentes ao

autoconceito do cliente e, na consulta final, para comparar os resultados e analisar os ganhos.

Executar reestruturação cognitiva - A reestruturação cognitiva visa identificar interpretações negativas e irrealistas de um evento e substituí-las por interpretações mais realistas (Nowlan et al., 2016). Portanto, a reestruturação cognitiva é aplicada a pensamentos negativos irrealistas - pensamentos disfuncionais, erros cognitivos e algumas crenças. Tem como objetivo levar a pessoa a considerar hipóteses relativamente ao modo como construiu a sua realidade, analisando os padrões de pensamento que a levaram a determinadas ideias e crenças disfuncionais (Sequeira, 2016). A sua finalidade assenta no alívio do sofrimento psicológico da pessoa por meio da alteração do modo como pensa, bem como da forma como interpreta e reflete acerca das suas experiências. Para isto, serão também elaboradas sessões em grupo que promovem o aumento do autoconceito.

POTENCIAL PARA MELHORAR CONSCIENCIALIZAÇÃO SOBRE COMPROMISSO NO AUTOCONCEITO

Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no autoconceito - Questionar o cliente sobre de que forma o compromisso no autoconceito o prejudica na sua vida em geral.

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização - Analisar, com o cliente, os resultados da avaliação feita inicialmente, mostrando que este apresenta um défice no autoconceito que deverá ser trabalhado.

ANSIEDADE

Avaliar evolução da ansiedade - Aplicação da escala de ansiedade de Hamilton que permite obter dados iniciais referentes ao nível de ansiedade do cliente e, na consulta final, para comparar os resultados e analisar os ganhos.

POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS DE AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade - Avaliar, através da técnica de questionamento, quais as estratégias que existem, que o cliente se recorda, para o autocontrolo da ansiedade; se tem realizado as mesmas quando se sente mais ansioso e como é que as realiza.

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade - A ansiedade é, de acordo com o ICN (2017), uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou

angústia. Já segundo Herdman e Kamitsuru (2014), a ansiedade define-se como um sentimento vago de desconforto e temor, acompanhado por uma resposta autonómica (a fonte/origem é frequentemente inespecífica ou desconhecida para a pessoa), como um sentimento de apreensão causado pela antecipação de um perigo. A ansiedade trata-se, assim, de um sinal de alerta para um perigo iminente que faz com que a pessoa seja capaz de tomar medidas para lidar com a ameaça percebida. Com as intervenções de enfermagem pretende-se a promoção do autocontrolo da ansiedade, com o cliente a ser capaz de identificar se existem ou não melhorias no estado de ansiedade, identificar e reduzir estímulos ambientais, verbalizar que consegue controlar a reação à ansiedade e diminuição dos episódios de ansiedade. Detetado este diagnóstico, compete ao enfermeiro avaliar o conhecimento que o cliente apresenta, porque o nível de consciencialização será a premissa para a adequação das intervenções a serem implementadas (Sequeira, 2020).

Ensinar sobre estratégias de relaxamento - Segundo Ali e colaboradores (2003), o aconselhamento, mesmo que realizado por profissionais com formação mínima na área, é significativamente eficaz na redução dos níveis de ansiedade. Segundo uma meta-análise realizada por Manzoni, Pagnini, Castelnuovo e Molinari (2008), também o treino de relaxamento apresenta uma eficácia consistente e significativa na redução da ansiedade.

POTENCIAL PARA MELHORAR CONSCIENCIALIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE O PENSAMENTO POSITIVO E O CONTROLO DA ANSIEDADE

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade/Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade - Avaliar, através da técnica de questionamento, de que forma o pensamento positivo está relacionado com o controlo da ansiedade. Segundo a Ordem dos Psicólogos, para enfrentar a ansiedade devemos identificar os pensamentos que nos estão a perturbar e perguntarmo-nos sobre a probabilidade de isso acontecer. Devemos concentrarmo-nos em cenários alternativos e tentar adotar pensamentos realistas e uma atitude positiva. No final do dia devemos pensar sobre os aspetos positivos do nosso dia e fazer um plano para o dia seguinte. Sozinho ou junto da família, elaborar uma lista das coisas boas que aconteceram durante o dia (um diálogo, um gesto) e definir um plano para o dia seguinte. Devemos ainda projetarmo-nos no futuro de forma positiva. Pensar na forma como nos vamos sentir quando isto tudo terminar, na capacidade de adaptação que demonstramos, na criatividade para manter as rotinas e evitar o aborrecimento, no tempo de qualidade que passamos junto da família, nas competências que desenvolvemos, na forma como as nossas relações e as da comunidade saíram fortalecidas. Devemos encarar esta experiência como uma oportunidade de crescimento individual e enquanto família.

POTENCIAL PARA MELHORAR SIGNIFICADO ATRIBUÍDO ÀS ESTRATÉGIAS DE AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE

Avaliar evolução do significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade/Assistir cliente a analisar o significado dificultador - Avaliar, através da técnica de questionamento, o que é que o cliente pensa sobre a aplicação das estratégias de autocontrolo da ansiedade e qual o significado que este lhes atribui. Tentar perceber junto do cliente o porquê de este não ver uma mais valia na utilização destas técnicas para seu benefício pessoal. Detetada a necessidade de ensinar estratégias de autocontrolo da ansiedade, compete ao enfermeiro avaliar o conhecimento que o cliente apresenta sobre o tema, porque o nível de consciencialização será a premissa para a adequação das intervenções a serem implementadas (Sequeira e Sampaio, 2020).

POTENCIAL PARA MELHORAR CONSCIENCIALIZAÇÃO SOBRE COMPROMISSO NA AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso/Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso - Avaliar, através da técnica de questionamento, se este tem consciência do compromisso que tem na gestão do seu regime medicamentoso. Discutir esta questão com o cliente de modo a identificar qual o compromisso que este apresenta. De acordo com Afonso, 2010, a principal causa de recaída na esquizofrenia deve-se à não adesão à medicação antipsicótica, referindo ainda que só 40 a 50% dos clientes com esta patologia tomam regularmente a medicação.

POTENCIAL PARA MELHORAR SIGNIFICADO ATRIBUÍDO AO REGIME MEDICAMENTOSO

Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso/Assistir cliente a analisar o significado dificultador - Avaliar, através da técnica de questionamento, qual o significado atribuído ao regime medicamentoso. Discutir esta questão com o cliente de modo a analisar o significado dificultador.

POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE REGIME DE EXERCÍCIO

Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício - Avaliar, através da técnica de questionamento, o conhecimento do cliente sobre o regime de exercício, questionando como é que este deve ser para ser realizado de uma forma saudável. Ao mesmo tempo que faço a avaliação do conhecimento do cliente, assim como aquilo que este tem vindo a fazer, ensino o cliente sobre aquilo que deve ser feito de modo a ter um regime de exercício

físico mais saudável.

POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE AUTOGESTÃO DO REGIME DE EXERCÍCIO

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício/Ensinar sobre autogestão do regime de exercício/Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico/Ensinar sobre exercício físico - Avaliar, através da técnica de questionamento, se este tem conhecimento de como deve gerir o seu regime de exercício físico, assim como deve ser a intensidade e duração do mesmo e exemplos de exercícios que pode realizar. Ao mesmo tempo que faço a avaliação do conhecimento do cliente, assim como aquilo que este tem vindo a fazer, ensino o cliente sobre aquilo que deve ser feito de modo a ter um regime de exercício físico mais saudável.

POTENCIAL PARA MELHORAR SIGNIFICADO ATRIBUÍDO AO REGIME DE EXERCÍCIO

Avaliar evolução do significado atribuído ao regime de exercício/Assistir cliente a analisar o significado dificultador - Avaliar, através da técnica de questionamento, o que é que o cliente pensa sobre o regime de exercício físico que deverá ter e qual o significado que este lhe atribui. Tentar perceber junto do cliente o porquê de este não ver uma mais valia na execução de uma rotina de exercício no seu dia-a-dia.

ABUSO DO TABACO

Avaliar evolução do abuso do tabaco - Avaliar, através da técnica de questionamento, qual a quantidade inicial de cigarros que este fuma por dia. Na entrevista final, voltar a questionar ao cliente quantos é que continua a fumar, para ter uma noção dos ganhos obtidos.

Executar técnica de entrevista motivacional - A entrevista motivacional, atualmente, é descrita como sendo um estilo de aconselhamento que se caracteriza por uma atmosfera de conversação construtiva acerca da mudança do comportamento, na qual o aconselhador utiliza a escuta ativa e a empatia para compreender a perspetiva do cliente e minimizar a resistência. Partindo dos pressupostos de colaboração e respeito, são utilizadas técnicas e estratégias para explorar a perspetiva e objetivos do cliente no que diz respeito ao seu problema, no sentido de estimular a mudança de comportamento (Rollnick e Miller, 1995). Para compreender os princípios da EM, é essencial a compreensão do conceito “motivação”. A motivação, enquanto razão ou desejo de ação, dá uma direção ao comportamento em função do objetivo que se pretende atingir, ou seja, tem um propósito. Se analisarmos a motivação enquanto processo, ela

é dinâmica, e por isso modificável, sendo que a mudança ocorre de uma forma natural em todas as pessoas, em relação a muitos comportamentos, e sem intervenção profissional. É uma chave para a mudança, sendo necessária em todo o processo de mudança. É multidimensional (fatores internos e externos). É dinâmica e flutuante no tempo, depende dos contextos, das interações sociais, entre outras (Sequeira e Sampaio, 2020).

Executar técnica de modificação do comportamento - A modificação do comportamento é uma abordagem comportamental que visa a progressão positiva de uma pessoa ou grupo que apresenta um diagnóstico de Enfermagem de natureza comportamental. A prescrição da modificação do comportamento pode ter como alvo a pessoa ou um grupo. Existem alguns critérios para a prescrição desta intervenção, como por exemplo, a pessoa encontrar-se num estágio de motivação para a mudança ao nível da preparação ou da ação, que é o caso deste cliente, uma vez que já foi realizada com ele a entrevista motivacional na primeira sessão, que ajudou a que este passasse para este estágio. A pessoa tem também de apresentar capacidade cognitiva e não se encontrar em crise sob o ponto de vista emocional. Para realizar esta intervenção, existem diferentes técnicas, nomeadamente, o reforço positivo, o treino do autocontrolo, a construção de hierarquias e atribuição de tarefas graduais, a dessensibilização sistemática, o contrato terapêutico ou de contingência, a modelagem e o role-playing. Com este cliente, as técnicas mais eficazes a serem utilizadas seriam o role-playing, o reforço positivo e a atribuição de tarefas graduais que foram utilizadas ao longo das intervenções e surtiram efeito.

POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE COMPORTAMENTO ADITIVO

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo/Ensinar sobre estratégias de redução de comportamento aditivo - Avaliar, através da técnica de questionamento, as medidas que o cliente tem adotado como estratégias para reduzir o consumo de tabaco. Após a resposta deste, explicar ao cliente algumas estratégias de redução de comportamento aditivo. A intervenção é obrigatoriamente centrada no processo psicológico das pessoas (RNAO, 2015), pois, apesar da não consensualização acerca da importância da identificação dos motivos pelos quais as pessoas iniciaram os consumos, há um grande consenso acerca das intervenções que ajudam a pessoa a identificar e consciencializar-se da sua relação com a substância e, posteriormente, traçar e desenvolver uma estratégia que a ajude a alterar essa relação frequentemente danosa para ele e para a sua família (Czarnobay et al., 2015).

POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS DE AUTOCONTROLO DO ABUSO DO TABACO

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrole do abuso do tabaco/Ensinar sobre estratégias de autocontrole do abuso do tabaco - Avaliar, através da técnica de questionamento, quais as estratégias de autocontrole que o cliente utiliza quando sente necessidade de fumar. Após a resposta deste, explico ao cliente algumas técnicas de autocontrole. Com o referencial da terapia cognitivo-comportamental (TCC) emerge a indicação das terapias breves direcionadas para o ensino e treino de estratégias de autocontrole para atingir os objetivos da abstinência ou a diminuição da quantidade e/ou frequência de uso da substância (Marlatt e Gordon, 2009). As TCC melhoram a saúde física (sintomas), mental, a qualidade de vida e as capacidades de socialização (Zhuang e Zhao, 2013).

ABUSO DE DROGAS

Executar técnica de entrevista motivacional - A entrevista motivacional, atualmente, é descrita como sendo um estilo de aconselhamento que se caracteriza por uma atmosfera de conversação construtiva acerca da mudança do comportamento, na qual o aconselhador utiliza a escuta ativa e a empatia para compreender a perspectiva do cliente e minimizar a resistência. Partindo dos pressupostos de colaboração e respeito, são utilizadas técnicas e estratégias para explorar a perspectiva e objetivos do cliente no que diz respeito ao seu problema, no sentido de estimular a mudança de comportamento (Rollnick e Miller, 1995). Para compreender os princípios da EM, é essencial a compreensão do conceito “motivação”. A motivação, enquanto razão ou desejo de ação, dá uma direção ao comportamento em função do objetivo que se pretende atingir, ou seja, tem um propósito. Se analisarmos a motivação enquanto processo, ela é dinâmica, e por isso modificável, sendo que a mudança ocorre de uma forma natural em todas as pessoas, em relação a muitos comportamentos, e sem intervenção profissional. É uma chave para a mudança, sendo necessária em todo o processo de mudança. É multidimensional (fatores internos e externos). É dinâmica e flutuante no tempo, depende dos contextos, das interações sociais, entre outras (Sequeira e Sampaio, 2020).

Executar técnica de modificação do comportamento - A modificação do comportamento é uma abordagem comportamental que visa a progressão positiva de uma pessoa ou grupo que apresenta um diagnóstico de Enfermagem de natureza comportamental. A prescrição da modificação do comportamento pode ter como alvo a pessoa ou um grupo. Existem alguns critérios para a prescrição desta intervenção, como por exemplo, a pessoa encontrar-se num estágio de motivação para a mudança ao nível da preparação ou da ação, que é o caso deste cliente, uma vez que já foi realizada com ele a entrevista motivacional na primeira sessão, que ajudou a que este passasse para este estágio. A pessoa tem também de apresentar capacidade cognitiva e não se encontrar em crise sob o ponto de vista emocional. Para realizar esta intervenção, existem diferentes técnicas, nomeadamente, o reforço positivo, o treino do autocontrole, a construção de hierarquias e atribuição de tarefas graduais, a dessensibilização

sistemática, o contrato terapêutico ou de contingência, a modelagem e o role-playing.

POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE COMPORTAMENTO ADITIVO

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo/Ensinar sobre estratégias de redução de comportamento aditivo - Avaliar, através da técnica de questionamento, as medidas que o cliente tem adotado como estratégias para reduzir o consumo de tabaco. Após a resposta deste, explicar ao cliente algumas estratégias de redução de comportamento aditivo. A intervenção é obrigatoriamente centrada no processo psicológico das pessoas (RNAO, 2015), pois, apesar da não consensualização acerca da importância da identificação dos motivos pelos quais as pessoas iniciaram os consumos, há um grande consenso acerca das intervenções que ajudam a pessoa a identificar e consciencializar-se da sua relação com a substância e, posteriormente, traçar e desenvolver uma estratégia que a ajude a alterar essa relação frequentemente danosa para ele e para a sua família (Czarnobay et al., 2015).

POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS DE AUTOCONTROLO DO ABUSO DE DROGAS

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco/Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco - Avaliar, através da técnica de questionamento, quais as estratégias de autocontrolo que o cliente utiliza quando sente necessidade de fumar. Após a resposta deste, explico ao cliente algumas técnicas de autocontrolo. Com o referencial da terapia cognitivo-comportamental (TCC) emerge a indicação das terapias breves direcionadas para o ensino e treino de estratégias de autocontrolo para atingir os objetivos da abstinência ou a diminuição da quantidade e/ou frequência de uso da substância (Marlatt e Gordon, 2009). As TCC melhoram a saúde física (sintomas), mental, a qualidade de vida e as capacidades de socialização (Zhuang e Zhao, 2013).

POTENCIAL PARA MELHORAR CONSCIENCIALIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE ABUSO DE DROGAS E DISFUNCIONALIDADE

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre abuso de drogas e disfuncionalidade/Assistir o cliente a relacionar abuso de drogas com disfuncionalidade - Avaliar, através da técnica de questionamento, se este tem consciência da relação entre o abuso de drogas e a disfuncionalidade que estas causam na sua vida e no seu dia-a-dia. Discutir esta questão com o cliente de modo a que este perceba aquilo que agravou

na sua vida desde que iniciou os consumos, assim como os métodos que este encontra para que esta disfuncionalidade desapareça.

2.8. Especificação das intervenções

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Discutir com o cliente o porquê de encarar esta questão como sendo um fator dificultador.
- Tentar que este perceba que existem possibilidades para além desta dificuldade.

Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso

- Questionar o cliente sobre o que é que ele sente que a toma da medicação lhe faz.
- Questionar o cliente sobre o significado que ele atribui à toma da medicação, face às doenças que apresenta.

Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

- Toda atividade física conta. A atividade física pode ser realizada como parte do trabalho, esporte e lazer ou transporte (caminhando, patinando e pedalando), bem como tarefas diárias e domésticas.

Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício

- Questionar o cliente sobre o conhecimento que este tem sobre o regime de exercício, questionando como é que este deve ser para ser realizado de uma forma saudável.

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

- Questionar o cliente sobre o conhecimento que este tem acerca de como deve gerir o seu regime de exercício físico, assim como a intensidade e duração do mesmo.
- Questionar o cliente sobre exemplos de exercícios que este pode realizar.

Avaliar evolução do significado atribuído ao regime de exercício

- Questionar o cliente sobre o regime de exercício físico que este pensa que deverá adotar e qual o significado que este lhe atribui.

Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso

- Discutir questão do compromisso na autogestão do regime medicamentoso com o cliente, de modo a que este identifique o porquê de apresentar este compromisso.

Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso

- Questionar o cliente sobre o porquê de este não aderir ao regime medicamento.
- Questionar o cliente sobre o que é que este pensa acerca da toma da medicação.

Ensinar sobre exercício físico

- A atividade física é boa para o coração, o corpo e a mente. A atividade física regular pode prevenir e ajudar a controlar doenças cardíacas, diabetes tipo 2 e câncer, que causam quase três quartos das mortes em todo o mundo. A atividade física também pode reduzir os sintomas de depressão e ansiedade e melhorar o pensamento, a aprendizagem e o bem-estar geral.
- O fortalecimento muscular beneficia a todos. Idosos (com 65 anos ou mais) devem adicionar atividades físicas que enfatizem o equilíbrio e a coordenação, bem como o fortalecimento muscular, para ajudar a prevenir quedas e melhorar a saúde.
- Muito comportamento sedentário pode ser prejudicial à saúde. Pode aumentar o risco de doenças cardíacas, câncer e diabetes tipo 2. Limitar o tempo sedentário e ser fisicamente ativo é bom para a saúde.

Ensinar sobre intensidade e duração do exercício físico

- Qualquer quantidade de atividade física é melhor do que nenhuma, e quanto mais, melhor. Para saúde e bem-estar, a OMS recomenda pelo menos 150 a 300 minutos de atividade física de moderada intensidade por semana (ou atividade física vigorosa equivalente) para todos os adultos, e uma média de 60 minutos de atividade física aeróbica moderada por dia para crianças e adolescentes.

Avaliar evolução da ansiedade

- Aplicação da escala de ansiedade de Hamilton.

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

- Questionar o cliente sobre o que este pensa da utilização do pensamento positivo para controlar a ansiedade.

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Questionar o cliente sobre as estratégias que este conhece para controlar a ansiedade.

Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade

- Identificar, junto do cliente, os pensamentos que o perturbam e fazer com que este pense sobre a probabilidade de isso acontecer. Dizer ao cliente que se deve concentrar em cenários alternativos e tentar adotar pensamentos realistas e uma atitude positiva.
- Dizer ao cliente que, no final do dia, deve pensar sobre os aspetos positivos do seu dia e fazer um plano para o dia seguinte. Sozinho ou junto da família, elaborar uma lista das coisas boas que aconteceram durante o dia (um diálogo, um gesto) e definir um plano para o dia seguinte.
- Dizer ao cliente que se deve projetar no futuro, de forma positiva. Pensar na forma como se vai sentir quando tudo isto terminar, na capacidade de adaptação que demonstra, na

criatividade para manter as rotinas e evitar o aborrecimento, no tempo de qualidade que passa junto da família, nas competências que desenvolveu, na forma como as suas relações e as da comunidade saíram fortalecidas. Deve encarar esta experiência como uma oportunidade de crescimento individual e enquanto família.

Avaliar evolução do significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Questionar o cliente sobre o significado que este atribui às estratégias utilizados para controlar a ansiedade.

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Técnica de relaxamento muscular modificado (Bernstein e Borkovec, 1973): Pretende-se que o cliente aprenda a contrair/descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo, concentrando-se nas sensações produzidas por esses estados musculares. Este tipo de relaxamento permite que o cliente identifique situações de stress e se autorrelaxe.
- Relaxamento por imaginação guiada: Pretende-se que a pessoa utilize de forma intencional imagens mentais e atributos sensoriais, fruto da sua imaginação ou da memória, para alcançar o efeito terapêutico desejado. Segundo Apóstolo (2010), durante a imaginação guiada a vivência da experiência é tão intensa que o cérebro responde como se fosse uma experiência real, produzindo efeitos psicossomáticos benéficos.

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre abuso de drogas e disfuncionalidade

- Questionar o cliente sobre a relação que este consegue detetar entre o abuso de drogas e a disfuncionalidade que isto trouxe para a sua vida.

Avaliar evolução do abuso do tabaco

- Questionar o cliente sobre a média do número de cigarros que tem fumado desde a última intervenção (Cliente refere ter diminuído o consumo em 1/2 cigarros por dia)

Assistir o cliente a relacionar abuso de drogas com disfuncionalidade

- Questionar ao cliente aquilo que agravou na sua vida desde que iniciou os consumos, fazendo com que este perceba aquilo que deve pesar mais na balança.

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco

- Questionar o cliente sobre quais as estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco que este conhece.

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco

- Dizer ao cliente que deverá resistir à vontade de consumir tantos cigarros quanto os que costumava consumir, uma vez que se irá sentir muito melhor, no final do dia, ao saber que foi capaz de o fazer.
- ao cliente que deverá ser racional, sempre que surgir a vontade de consumir.
- Dizer ao cliente técnicas de autocontrolo que este poderá utilizar: PROARR (PARAR - Pare e conte regressivamente de dez até um, muito lentamente; RELAXAR - Concentre-se na respiração/descontraia ombros, cabeça, testa e maxilar; OBSERVAR - Preste atenção ao seu corpo e observe como está a reagir; ANALISAR - Analise as causas responsáveis pelos seus sentimentos; REFLETIR - Veja os caminhos possíveis para alcançar os seus objetivos;

RESPONDER - Atue de forma a desencadear uma atitude positiva.

Ensinar sobre estratégias de autocontrole do abuso de drogas

- Dizer ao cliente que deverá resistir à vontade de consumir droga, uma vez que se irá sentir muito melhor, no final do dia, ao saber que foi capaz de o fazer.
- Dizer ao cliente que deverá ser racional, sempre que surgir a vontade de consumir.
- Dizer ao cliente técnicas de autocontrole que este poderá utilizar: PROARR (PARAR - Pare e conte regressivamente de dez até um, muito lentamente; RELAXAR - Concentre-se na respiração/descontraia ombros, cabeça, testa e maxilar; OBSERVAR - Preste atenção ao seu corpo e observe como está a reagir; ANALISAR - Analise as causas responsáveis pelos seus sentimentos; REFLETIR - Veja os caminhos possíveis para alcançar os seus objetivos; RESPONDER - Atue de forma a desencadear uma atitude positiva.

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrole do abuso de drogas

- Questionar o cliente sobre quais as estratégias de autocontrole do abuso de drogas que este aprendeu.

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Dizer ao cliente que, efetivamente, este apresenta um défice no seu autoconceito, mostrando os resultados obtidos na avaliação efetuada.

Executar reestruturação cognitiva

- Utilizar técnicas, com o cliente, de terapia cognitiva, de modo a desconstruir o pensamento negativo e irrealista e substituí-lo por uma interpretação mais realista, relativamente ao seu autoconceito.
- Nas sessões grupais que irei desenvolver ao longo do meu estágio, existem sessões em que irei abordar esta questão do autoconceito e realizar atividades que promovam o mesmo.

Executar técnica de entrevista motivacional

- Destacam-se quatro princípios relevantes na EM, a saber: expressar empatia, desenvolver discrepâncias (ajudar o cliente a resolver a ambivalência, ao desenvolver a discrepância entre o ponto em que a pessoa se encontra no momento e o ponto onde deseja estar), lidar com a resistência (diz respeito a acompanhar o cliente na sua ambivalência - evitar a argumentação, mudar o foco - pois argumentar com um cliente acerca das razões para mudar desencadeia, na maioria das vezes, atitudes de contra-argumentação), reforçar a autoeficácia.
- Cinco métodos específicos especialmente utilizados na primeira fase da EM (construção da motivação para a mudança): formular questões abertas é essencial pois encoraja a pessoa a falar, estabelecendo uma atmosfera de confiança e aceitação; a escuta reflexiva que pressupõe estar centrado naquilo que a pessoa comunica, desenvolver escuta ativa e demonstrar compreensão elucidativa e finalizar devolvendo sínteses que reflitam o essencial do que foi dito ou do seu significado; reforçar/apoiar tem o objetivo de pontuar e expressar apreço e suporte pelo esforço e determinação evidenciada pela pessoa; sumariar, com o objetivo de devolver o que foi comunicado, ajudar a estruturar a entrevista e permitir a ligação entre os diversos tópicos que surjam em diferentes pontos

da mesma; evocar discurso de mudança que consiste em dar voz ao discurso e aos argumentos de mudança do cliente em trazer à luz o diálogo e o ponto de vista interno do cliente face ao problema, criando as condições para a descoberta e verbalização dos argumentos de mudança.

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo

- Questionar o cliente sobre quais as estratégias de redução do consumo do tabaco que este conhece.

Ensinar sobre estratégias de redução de comportamento aditivo

- Dizer ao cliente que deverá evitar estímulos que o levem ao consumo do tabaco/drogas: horas específicas em que costuma fumar/consumir deverá tentar arranjar outra atividade, alguma companhia que o leve ao consumo do tabaco/drogas em momentos específicos, etc.
- Dizer ao cliente que deverá aplicar estratégias de distração: sempre que sentir a necessidade de fumar ou de consumir, deverá tentar realizar outra atividade que o distraia da necessidade que sente.

Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso no autoconceito

- Questionar o cliente sobre as questões presentes no Inventário Clínico de Auto-Conceito, de modo a perceber a consciencialização do mesmo sobre o compromisso presente.

Avaliar evolução do compromisso no autoconceito

- Aplicação do Inventário Clínico de Auto-Conceito de Vaz Serra (Score inicial: 54 de 0 a 100).

Executar técnica de modificação de comportamento

- Negociar com o cliente os objetivos da intervenção.
- Determinar a motivação do cliente para a mudança.
- Incentivar o cliente a identificar os estímulos que aumentam os comportamentos desajustados.
- Promover a reflexão sobre os mecanismos de aprendizagem que levaram o cliente ao desenvolvimento do comportamento e quais os fatores que contribuem para a sua manutenção.

Executar técnica de modificação de comportamento

- Negociar com o cliente os objetivos da intervenção.
- Determinar a motivação do cliente para a mudança.
- Incentivar o cliente a identificar os estímulos que aumentam os comportamentos desajustados.
- Promover a reflexão sobre os mecanismos de aprendizagem que levaram o cliente ao desenvolvimento do comportamento e quais os fatores que contribuem para a sua manutenção.

3. GRÁVIDA DE 36 SEMANAS ENCONTRA-SE A FAZER SESSÕES DE PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE NUMA UCC.

6411_2_Salomé_3

3.1. Enquadramento teórico

Caso clínico:

Grávida de 36 semanas encontra-se a fazer sessões de preparação para a parentalidade numa UCC. Primigesta. Participativa e com algumas dúvidas que procura sempre esclarecer ao longo das sessões.

Antecedentes pessoais:

Nega antecedentes pessoais. Refere que a avó teve uma depressão há cerca de 10 anos. Hoje encontra-se medicada e estável.

Enquadramento teórico:

A saúde mental da mulher, particularmente na fase reprodutiva, tem despoletado um interesse crescente nas comunidades científicas, pela necessidade de aprofundar as questões relacionadas com esta fase do ciclo vital e dos seus significados para a saúde mental materna, bem como para a construção de respostas adequadas por parte dos cuidados de saúde no período perinatal (Macedo & Pereira, 2014).

Vários autores consideram o período perinatal como um período de “crise”. A complexidade que envolve esta fase pode proporcionar uma possibilidade de evolução e desenvolvimento, contudo também constitui um risco pelas dificuldades associadas (Carvalho, Loureiro e Simões, 2006).

A saúde mental materna neste período reveste-se de uma maior importância e relaciona-se com o modo como todas estas mudanças são realizadas, vivenciadas e integradas pela mulher na transição para a maternidade. Aspetos como a estrutura da sua personalidade, o suporte conjugal, familiar e social, os significados da gravidez e projeto de maternidade para a mulher, são considerados determinantes na forma como a mulher vivencia todo o processo de transição

(Leal, 2005, citado por Airosa & Silva, 2013).

A transição para a maternidade, é considerada uma das fases do ciclo vital, onde se experienciam alguns dos momentos mais marcantes na vida de uma mulher (DGS, 2005; Guerra, Braga, Quelhas & Silva, 2014), que envolve grandes mudanças e reorganizações ao nível biológico, psicológico e interpessoal e pela aprendizagem de novas competências, associadas ao cumprimento de novos papéis e tarefas (Canavarro, 2009).

A gravidez, o parto e o puerpério, enquanto etapas biológicas, são consideradas como períodos de grande vulnerabilidade física e psicológica, pelo que se torna importante destacar as principais vivências destas etapas sob o ponto de vista psicofisiológico.

No 1.º trimestre ocorrem alterações emocionais determinadas por modificações fisiológicas, um ajuste psicológico da mulher face à sua condição de futura mãe, sentimentos de ambivalência afetiva, caracterizada muitas vezes por oscilações de humor e sensibilidade aumentada e alterações do desejo sexual.

No 2.º trimestre, ocorre a perceção dos movimentos fetais, que se pode tornar distorcida se os níveis de ansiedade se elevam, a objectualização da criança como diferente, mas não ainda separada do corpo e do psiquismo materno, ocorre uma preocupação por parte da mulher com as suas modificações corporais, o medo da irreversibilidade da forma do corpo, alterações na sexualidade, introversão e passividade da mulher e, ainda, uma transferência da dependência da mãe para a dependência do companheiro.

No 3.º trimestre, que é onde esta grávida se encontra, existe um aumento da ansiedade decorrente da aproximação do parto, sentimentos de ambivalência, medos, expressos por fantasia e sonhos, uma diminuição da sexualidade, uma rápida modificação da imagem corporal surge o medo do parto.

Durante o parto ocorrem tremores irracionais mediados pelo inconsciente coletivo, sentimentos de angústia intensos (nomeadamente de separação), mudanças fisiológicas rápidas e intensas e o confronto com o bebé real.

No puerpério tem de existir uma readaptação psicológica (ao nível do corpo e dos papéis relacionais e familiares) sendo um período determinante na relação com o bebé e onde ocorrem algumas mudanças familiares e sociais.

Os transtornos do humor e os transtornos esquizofreniformes podem ocorrer até 4 semanas após o parto (APA, 2013).

Desde os anos 80, que os vários estudos confirmam que a sintomatologia ansiosa é a condição que se encontra com maior frequência na gravidez e a depressão, como um dos distúrbios perinatais mais graves (Camarneiro & Justo, 2020).

A ansiedade no período perinatal é considerada um fenômeno comum, podendo ser uma resposta normal e adaptativa, mas em algumas situações muito incapacitante e prejudicial para a mãe e para o bebê. Caracteriza-se por ser clinicamente significativa, persistente, geradora de angústia, perturbando diferentes áreas do funcionamento materno e requerendo uma intervenção especializada (Nogueira, Marques, Roque & Pereira, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% das mulheres apresentam perturbação mental associada ao stress e ansiedade durante a gravidez e 13% no período pós-natal (WHO, 2015).

As principais manifestações identificadas de ansiedade no período perinatal são: a agitação e inquietação (sinal de ativação vegetativa); choro fácil (sinal de depressão e/ou preocupação e ansiedade); preocupação excessiva, idas frequentes ao serviço de urgência; procura recorrente de ansiolíticos e comportamentos de evitamento (falta a consultas; contato visual pobre, postura submissa, vergonha) (Nogueira, Marques, Roque & Pereira, 2014).

A ansiedade durante a gravidez foi associada a complicações na gravidez e no parto: como o aborto espontâneo, a pré-eclâmpsia e o parto prematuro e a complicações do RN: como baixo peso ao nascer. Os filhos de mães muito ansiosas apresentam o dobro do risco de desenvolver perturbações do défice de atenção e de hiperatividade. A ansiedade pré-natal foi também identificada como um forte preditor de depressão pós-parto, mesmo após o controle dos níveis de depressão pré-natal (Fairbrother, Young, Janssen, Antony & Tucker, 2015).

Outro aspeto sublinhado por vários autores diz respeito ao forte estigma social associado à doença mental, o que determina um grande atraso nos pedidos de ajuda por parte destas mulheres. Este fato está relacionado com o mito de que na gravidez e no pós-parto qualquer mulher tem de se sentir feliz. As mulheres que não sentem esta felicidade, podem desenvolver sentimentos de vergonha, culpa, fracasso ou medo de serem estigmatizadas ou que lhes sejam retirados os filhos por receio de serem consideradas “más mães” (Macedo, Pereira & Marques, 2014; Nagle & Farrelly, 2018; Stanevaa, Bogossianb, Morawskaa & Wittkowskic, 2017). A mulher grávida, que tem um filho e se torna mãe, vive uma série de eventos que podem influenciar o conteúdo das cognições depressivas e o modo como os diversos sintomas se manifestam, tornando os quadros depressivos muito complexos e muito diferentes de mulher para mulher, pelo que o humor deprimido pode não ser o principal ou o sintoma mais importante a causar sofrimento na mulher (Marques, et al., 2014).

Para diminuir aqui o impacto do estigma relativamente à doença mental na gravidez, será elaborada uma sessão de psicoeducação com um conjunto de grávidas e casais, no qual esta grávida está inserida, para trabalhar a questão do auto-estigma, informar sobre fatores de risco, como identificar e como agir perante uma situação de desenvolvimento de doença mental.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 32 anos | Feminino

3.3. Medicação

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Nada a considerar, uma vez que não toma medicação.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

3.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Nada a considerar.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
17-05-2023 10:00	Consciência	
17-05-2023 10:00	Apetite	
17-05-2023 10:00	Dor	
17-05-2023 10:00	Sistema respiratório	
17-05-2023 10:00	Sistema cardiovascular	

Início	Domínios	Fim
17-05-2023 10:00	Eliminação intestinal	
17-05-2023 10:00	Eliminação urinária	
17-05-2023 10:00	Pele	
17-05-2023 10:00	Sono	
17-05-2023 10:00	Gestação	
17-05-2023 10:00	Autoconceito	
17-05-2023 10:00	Emoção	
17-05-2023 10:00	Autogestão do regime dietético	
17-05-2023 10:00	Autogestão do regime de exercício	
17-05-2023 10:00	Preparação da família para a chegada do recém-nascido	
17-05-2023 10:00	Adaptação à gravidez e preparação para o parto	
17-05-2023 10:00	Adaptação à parentalidade	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Consciência:

Necessidade de avaliação do estado de consciência para saber se será possível a realização de entrevista clínica e possíveis intervenções posteriores, uma vez que se o cliente apresentar estado de consciência alterado não as poderei aplicar.

Apetite:

As hormonas HCG (Gonadotropina coriônica humana) e progesterona libertadas durante a gestação são as grandes responsáveis pela alteração do apetite. Estas levam a uma mudança do paladar, olfato e do pH da boca.

Dor:

É normal, durante a gravidez, existir:

- Dor mamária: as mamas ficam mais sensíveis e aumentam o tamanho devido às alterações hormonais.
- Lombalgia: deve-se a fatores mecânicos resultantes da alteração da postura e fraqueza muscular característicos da gravidez.
- Dor nas pernas: na grávida, o volume de sangue circulante aumenta e a sua circulação das pernas até à pélvis acontece com mais dificuldade. O aumento do útero comprime os vasos abdominais dificultando a drenagem de sangue e líquido das pernas. Assim, as veias das pernas

ficam sob pressão e podem dilatar (podendo formar varizes). Isto aumenta a sensação de peso e desconforto nas pernas. Além disso, o próprio sistema linfático também tem mais dificuldade em drenar o líquido das pernas, podendo ficar com edema, também por esse motivo.

- Dor abdominal/pélvica: a maioria das vezes representa apenas a adaptação do corpo da mulher ao bebê em crescimento. A progesterona relaxa o músculo liso, como o que está presente no intestino, fazendo com que os alimentos não avancem no tubo digestivo com a mesma facilidade. Isto provoca a acumulação de gases e fezes, podendo as cólicas estar associadas a esta situação. A progesterona é também responsável pela diminuição do controlado retorno do conteúdo do estômago para o esófago. Isto pode levar a refluxo gastro-esofágico originando azia e pirose. O crescimento do útero, em todas as fases da gravidez, também pode levar a dor/desconforto abdominal. Para além do crescimento do próprio útero, o alargamento do ligamento redondo (que faz a ligação do útero aos grandes lábios) pode ser sentido como uma dor aguda que desaparece rapidamente ou manter-se como um desconforto ligeiro na parte lateral do fundo da barriga.

- Cefaleias: as alterações hormonais durante a gravidez podem provocar cefaleias. Pode também estar associada à diminuição da ingestão de café, ou ser despoletada por alguns alimentos.

- Odontalgias: Devido às alterações hormonais e ao aumento da vascularização, as gengivas da grávida podem edemaciarse e sangrar com mais facilidade.

Sistema Respiratório:

A função respiratória é afetada durante a gravidez. O crescimento do útero gera uma elevação na posição de repouso do diafragma e uma mudança na configuração do tórax, que se amplia no diâmetro ântero-posterior. O ângulo subcostal aumenta e, conseqüentemente, a circunferência torácica também. Devido a isto, o volume da capacidade pulmonar também modifica.

Sistema cardiovascular:

O sistema cardiovascular sofre mudanças progressivas durante a gestação e o parto, resultando em alterações hemodinâmicas características destes períodos. As mudanças principais envolvem o aumento da volémia e do débito cardíaco e a diminuição da resistência vascular sistémica e da reatividade vascular.

Eliminação Intestinal:

A obstipação é comum durante a gravidez. Esta vai aumentando ao longo da gestação e ocorre por dois motivos: à medida que a barriga cresce, o útero dilata, comprimindo o intestino e, conseqüentemente, causando a obstipação. O segundo motivo ocorre devido ao aumento do progesterona, pelo que já foi descrito anteriormente.

Eliminação urinária:

A partir da sexta semana de gravidez, a mulher apresenta uma maior frequência urinária devido à ação da hormona progesterona. A grávida fica com a sensação de que tem a bexiga cheia, mas a quantidade de urina é pouca. Esta sensação pode ser muitas vezes confundida com infecção urinária, que deve ser despistada para evitar situações mais complicadas.

Pele:

Devido às alterações vasculares e ao aumento dos vasos sanguíneos, a pele da grávida fica mais sensível durante a gravidez. Durante esse período, a pele fica mais ruborizada e irritada, havendo o aumento da dilatação dos vasos e, consecutivamente, a sensibilidade.

Sono:

O cansaço e o sono têm origem nas alterações hormonais e fisiológicas que o corpo da mulher começa a sofrer já nas primeiras semanas de gestação. Ao longo da gestação, os níveis de progesterona chegam a aumentar em mais de 500%. Esta provoca sensação de cansaço extremo e sono excessivo. A grávida, nas primeiras semanas, para além de desenvolver o feto, gera também a placenta. Este processo gasta muita energia, fazendo com que o organismo da mulher priorize o desenvolvimento da gravidez em detrimento às suas atividades do dia-a-dia.

Gestação:

Uma vez que me encontro a trabalhar com uma grávida, faz sentido abrir este domínio para contextualizar o caso clínico.

Autoconceito:

A gravidez, sendo um momento privilegiado de transformações pessoais e sociais, muda

inevitavelmente a vida de uma mulher, ao ponto de questionar a sua própria identidade e conceito pessoal, em todo o processo de adaptação a uma nova condição e papel. A forma como a grávida vivencia todas as mudanças e os acontecimentos significativos exige, em termos desenvolvimentais, um duplo esforço físico e psicológico, nem sempre fáceis de gerir, no sentido de prevenir desequilíbrios e perturbações emocionais. Segundo um estudo realizado por Silveira, C. e Ferreira, M. (2011), conclui-se que o exercício da atividade profissional influencia a auto-eficácia da grávida, mas não as outras dimensões do auto-conceito; o estado civil influencia o auto-conceito da grávida, exceto a dimensão maturidade psicológica; a paridade influencia a dimensão impulsividade/atividade; a patologia obstétrica, a idade da grávida, o tempo de gestação e a aceitação por parte da mulher não influenciam o seu auto-conceito.

Emoção:

A ansiedade no período perinatal é considerada um fenómeno comum, podendo ser uma resposta normal e adaptativa, mas em algumas situações muito incapacitante e prejudicial para a mãe e para o bebé. Caracteriza-se por ser clinicamente significativa, persistente, geradora de angústia, perturbando diferentes áreas do funcionamento materno e requerendo uma intervenção especializada (Nogueira, Marques, Roque & Pereira, 2014).

Nas alterações do humor, a principal entidade é a depressão perinatal, com uma prevalência global de 11,9%.

Foi identificado que em muitas situações a depressão começa no terceiro trimestre de gravidez e que em cerca de 40% dos casos das mulheres que apresentam sintomatologia depressiva na gravidez, também a apresentam no pós-parto (Macedo, Pereira & Marques, 2014). A nível das consequências da depressão perinatal na mãe, os estudos identificaram níveis mais elevados de ansiedade; menor autoestima materna e menos confiança no desempenho do papel parental; mais problemas de saúde física, mais comportamentos auto lesivos e menor autocuidado, nomeadamente: menor adesão a tratamentos médicos, automedicação e nutrição desadequada (Fonseca & Canavarro, 2017).

Autogestão do regime dietético:

Uma dieta equilibrada e variada deve incluir proteínas, hidratos de carbono, sais minerais, fibras vegetais, vitaminas e gordura. Algumas grávidas devem fazer um suplemento de ferro que deve ser iniciado durante o 2º e 3º trimestres, pois nos primeiros meses o consumo fetal de ferro é reduzido e pode agravar as náuseas e vómitos característicos desse período. As grávidas que não ingerem laticínios (o equivalente a 500 ml de leite por dia) devem fazer um suplemento de cálcio. O ácido fólico é importante no desenvolvimento do bebé e prevenção de defeitos do tubo

neural e espinha bífida. É necessário devido ao intenso processo de divisão celular. A grávida deverá reforçar a ingestão deste mineral.

Autogestão do regime de exercício:

Em 2020, o American College of Obstetricians and Gynecologists recomendou que, na ausência de complicações médicas ou obstétricas, as grávidas devem praticar exercício de uma forma moderada, durante pelo menos 30 minutos por dia, na maioria ou em todos os dias da semana. Esta prática apresenta alguns benefícios, tais como:

- Menor incidência de pré-eclâmpsia e de diabetes gestacional
- Menor aumento de peso
- Diminuição da necessidade de cesariana
- Trabalhos de parto mais rápidos e com menor necessidade de indução
- Melhoria de algumas queixas associadas à gravidez como insônia, lombalgias, dores pélvicas, obstipação e edema
- Menor incidência de depressão pós-parto
- Recuperação mais rápida do peso após o parto.

Preparação da família para a chegada do recém-nascido:

Do ponto de vista da saúde mental, fiz esta avaliação para compreender se haviam alguns receios, ansiedade ou até, alguma negligência.

Adaptação à gravidez e preparação para o parto:

Esta avaliação foi realizada para entender como a mãe se sentia relativamente à gravidez e preparação para o parto, do ponto de vista emocional e psíquico, de modo a despistar aqui alguma perturbação do momento.

Adaptação à parentalidade:

Realizada a avaliação acerca da integração do recém-nascido na família, para compreender o conhecimento acerca das mudanças face à chegada do recém-nascido e a organização familiar.

3.6. Dados

Consciência

17-05-2023 10:00

- Abertura dos olhos: espontânea.
- Resposta verbal: orientada.
- Resposta motora: obedece a ordens simples.

Apetite

17-05-2023 10:00

- Apetite conservado.
- Paladar conservado.

Sistema respiratório

17-05-2023 10:00

- Frequência respiratória: 18 ciclos/min.
- Ritmo respiratório regular.
- Movimento respiratório simétrico.
- Profundidade da ventilação: inspirações normais.
- Coloração da mucosa: rosada.
- Não comunica falta de ar.

Sistema cardiovascular

17-05-2023 10:00

- Localização do Pulso
 - Punho Esquerda(o)
 - Pulso de amplitude mediana e regular.
 - Pulso rítmico.
 - Pulso simétrico.
 - Frequência do pulso: 88 pulsações por minuto.
- Local de avaliação da pressão sanguínea
 - Membro superior Esquerda(o)
 - Pressão sanguínea sistólica: 113 mm Hg.
 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mm Hg.

Eliminação intestinal

17-05-2023 10:00

- Fezes: em moderada quantidade.
- Consistência das fezes: Moldada com superfície lisa.
- Coloração das fezes: acastanhada.
- Número de defecações por dia: 1.

Eliminação urinária

17-05-2023 10:00

- Urina em moderada quantidade.
- Cor da urina: Amarelo-palha.
- Cheiro da urina: sui generis.
- Transparência da urina: Límpida.

Frequência da eliminação urinária: Aumentada .
Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

Sono

17-05-2023 10:00

Sono reparador.

A cliente refere que, antes de estar grávida, a sua média de horas de sono, eram 6h noturnas. Refere que era um sono reparador.

Agora que está grávida, a cliente refere que acaba por dormir mais que o habitual, também por estar em casa e ter mais tempo livre.

Gestação

17-05-2023 10:00

Teste de gravidez: positivo.

Gravidez

Conhecimento sobre complicações durante a gravidez: facilitador.

Autoconceito

17-05-2023 10:00

Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal (Não).
Verbaliza auto negação (afirma que já não existe) ou perda de identificação espacial/temporal de si mesmo (Não).

Revela pensamentos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho negativo (Não).

Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo em dissonância com a realidade (Não).

Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas (Não).

Emoção

17-05-2023 10:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana) (Não).

Desesperança e pessimismo (Não).

Autodesvalorização (Não).

Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades (Não).

Dificuldade na concentração (Não).

Pensamentos recorrentes de morte (Não).

Tom de voz baixa, discurso arrastado (Não).

Verbalização de ansiedade.

Inquietação (Não).

Irritabilidade (Não).

Pânico (Não).

cliente refere sentir mais ansiedade nesta altura em que se aproxima a altura do parto.

[MANTEVE]

cliente refere que tem aqui algum receio de ter de lidar com muitas mudanças ao mesmo tempo e não saber como o fazer [MELHOROU].

Ansiedade

Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MELHOROU].

Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 31-05-2023 10:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 31-05-2023 10:00

Autogestão do regime dietético

17-05-2023 10:00

Número de refeições diárias: 5.

Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

Ingestão de sal adequadamente integrado no padrão alimentar.

Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador.

Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: facilitadora.

Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

Autogestão do regime de exercício

17-05-2023 10:00

Número de horas de atividade física por lazer: 4 horas.

Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.

Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador.

Consciencialização da relação entre atividade física e o peso corporal: facilitadora.

Significado atribuído ao regime de exercício: não dificultador.

Adaptação à gravidez e preparação para o parto

17-05-2023 10:00

Conhecimento sobre gravidez: facilitador.

Conhecimento sobre desenvolvimento fetal: facilitador.

Conhecimento sobre autocuidado durante a gravidez: facilitador.

Significado atribuído à gravidez: não dificultador.

Conhecimento sobre trabalho de parto: facilitador.

Conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitador.

Significado atribuído ao trabalho de parto: não dificultador.

Adaptação à parentalidade

17-05-2023 10:00

Conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído à chegada do recém-nascido: não dificultador.

Potencial para melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido [RESOLVIDO] 31-05-2023 10:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família [RESOLVIDO] 31-05-2023 10:00

3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Ansiedade - Objetivos:

- Diminuir ansiedade da cliente.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade - **Objetivos:**

- Melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade.

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade - **Objetivos:**

- Melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade.

Potencial para melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido - **Objetivos:**

- Melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família - **Objetivos:**

- Melhorar consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família.

3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Ansiedade:

- Que a cliente verbalize diminuição da ansiedade.

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade:

- Que a cliente verbalize estratégias de autocontrolo da ansiedade.

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo eo controlo da ansiedade:

- Que a cliente verbalize qual a relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade.

Potencial para melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido

- Que a cliente verbalize algumas mudanças que ocorrem na chegada do recém-nascido.

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família:

- Que a cliente verbalize técnicas para promover uma relação entre os cuidados ao recém-nascido e uma gestão de organização da família mais eficaz.

3.7. Diagnósticos

Gestação

17-05-2023 10:00

Gravidez Emoção

17-05-2023 10:00

Ansiedade

Intervenções de Enfermagem

17-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da ansiedade

17-05-2023 10:00 - Executar técnica de relaxamento

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

Intervenções de Enfermagem

17-05-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

17-05-2023 10:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

17-05-2023 10:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

Intervenções de Enfermagem

17-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

17-05-2023 10:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade

Adaptação à parentalidade

17-05-2023 10:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido

Intervenções de Enfermagem

17-05-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre mudanças face a chegada do recém-nascido

17-05-2023 10:00 - Ensinar sobre mudanças face a chegada do recém-nascido

17-05-2023 10:00 - Ensinar sobre estratégias facilitadoras da gestão das rotinas no período pós-parto

17-05-2023 10:00 - Ensinar sobre estratégias facilitadoras da integração do recém-nascido na família

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família

Intervenções de Enfermagem

17-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família

17-05-2023 10:00 - Analisar com o cliente a relação entre cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família

3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

ANSIEDADE

Avaliar evolução da ansiedade - Aplicação da escala de ansiedade de Hamilton que permite

obter dados iniciais referentes ao nível de ansiedade da cliente e, na consulta final, comparar os resultados e analisar os ganhos.

Executar técnica de relaxamento -

- Técnica de relaxamento muscular modificado (Bernstein e Borkovec, 1973): pretende-se que o cliente aprenda a contrair/descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo, concentrando-se nas sensações produzidas por esses estados musculares. Este tipo de relaxamento permite que o cliente identifique situações de stress e se autorrelaxe.
- Relaxamento por imaginação guiada: pretende-se que a pessoa utilize de forma intencional imagens mentais e atributos sensoriais, fruto da sua imaginação ou da memória, para alcançar o efeito terapêutico desejado. Segundo Apóstolo (2010), durante a imaginação guiada a vivência da experiência é tão intensa que o cérebro responde como se fosse uma experiência real, produzindo efeitos psicossomáticos benéficos.

POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS DE AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade - Avaliar, através da técnica de questionamento, quais as estratégias que existem, que a cliente se recorda, para o autocontrolo da ansiedade; se tem realizado as mesmas quando se sente mais ansiosa e como é que as executa.

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade - A ansiedade é, de acordo com o ICN (2017), uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia. Já segundo Herdman e Kamitsuru (2014), a ansiedade define-se como um sentimento vago de desconforto e temor, acompanhado por uma resposta autonómica (a fonte/origem é frequentemente inespecífica ou desconhecida para a pessoa), como um sentimento de apreensão causado pela antecipação de um perigo. A ansiedade trata-se, assim, de um sinal de alerta para um perigo iminente que faz com que a pessoa seja capaz de tomar medidas para lidar com a ameaça percebida. Com as intervenções de enfermagem pretende-se a promoção do autocontrolo da ansiedade, com o cliente a ser capaz de identificar se existem ou não melhorias no estado de ansiedade, identificar e reduzir estímulos ambientais, verbalizar que consegue controlar a reação à ansiedade e diminuição dos episódios de ansiedade. Detetado este diagnóstico, compete ao enfermeiro avaliar o conhecimento que o cliente apresenta, porque o nível de consciencialização será a premissa para a adequação das intervenções a serem implementadas (Sequeira, 2020).

Ensinar sobre estratégias de relaxamento - Segundo Ali e colaboradores (2003), o aconselhamento, mesmo que realizado por profissionais com formação mínima na área, é significativamente eficaz na redução dos níveis de ansiedade. Segundo uma meta-análise realizada por Manzoni, Pagnini, Castelnuovo e Molinari (2008), também o treino de relaxamento

apresenta uma eficácia consistente e significativa na redução da ansiedade.

POTENCIAL PARA MELHORAR CONSCIENCIALIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE O PENSAMENTO POSITIVO E O CONTROLO DA ANSIEDADE

Avaliar evolução da consciencIALIZAÇÃO da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade/Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade - Avaliar, através da técnica de questionamento, de que forma o pensamento positivo está relacionado com o controlo da ansiedade. Segundo a Ordem dos Psicólogos, para enfrentar a ansiedade devemos identificar os pensamentos que nos estão a perturbar e perguntarmo-nos sobre a probabilidade de isso acontecer. Devemos concentrarmo-nos em cenários alternativos e tentar adotar pensamentos realistas e uma atitude positiva. No final do dia devemos pensar sobre os aspetos positivos do nosso dia e fazer um plano para o dia seguinte. Sozinha ou junto da família, elaborar uma lista das coisas boas que aconteceram durante o dia (um diálogo, um gesto) e definir um plano para o dia seguinte. Devemos ainda projetarmo-nos no futuro de forma positiva. Pensar na forma como nos vamos sentir quando isto tudo terminar, na capacidade de adaptação que demonstramos, na criatividade para manter as rotinas e evitar o aborrecimento, no tempo de qualidade que passamos junto da família, nas competências que desenvolvemos, na forma como as nossas relações e as da comunidade saíram fortalecidas. Devemos encarar esta experiência como uma oportunidade de crescimento individual e enquanto família.

POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE MUDANÇAS FACE À CHEGADA DO RECÉM-NASCIDO

Avaliar evolução do conhecimento sobre mudanças face a chegada do recém-nascido
- Avaliar, através da técnica de questionamento, quais as mudanças que irão surgir, na vida do casal e de cada um individualmente, aquando a chegada do recém-nascido.

Ensinar sobre mudanças face a chegada do recém-nascido - O regresso a casa, após o nascimento de um filho, e todas as novas situações com as quais o casal se vai deparar, marcam uma situação transformadora, no que diz respeito à vida a dois.

Embora existam desafios na educação de um bebé, particularmente se for o primeiro filho, muitos relacionamentos fortalecem-se quando os casais se permitem uma nova forma de respeito entre eles, como pais, compartilhando experiências que podem estimular o casamento e criar bases sólidas para a nova família que se forma.

Grandes mudanças na vida, como ter um filho, tendem naturalmente a alterar os relacionamentos e a rotina familiar, até que cada um dos pais se ajuste à nova situação e

responsabilidades.

Os casais emocionalmente estáveis devem fazer um esforço consciente para manter o vínculo, não precisando de temer que a chegada de um filho cause mudanças negativas. As famílias coesas, com altos níveis de autonomia e intimidade, experimentam poucos conflitos, enquanto as pouco funcionais tendem a um mau funcionamento interpessoal e afastamento dos parceiros.

Ensinar sobre estratégias facilitadoras da gestão das rotinas no período pós-parto - O crescimento saudável de um filho depende dos pais, contudo, estes não devem viver exclusivamente para o novo membro da família. Afinal, os pais continuam a ser pessoas com vontade própria e interesses que não podem ser esquecidos. Ao mesmo tempo, têm uma relação a dois que continua a precisar de atenção e dedicação. É por isso muito importante que procurem fazer uma gestão equilibrada da nova vida e que consigam “encaixar” na antiga, com os devidos ajustes.

Todos os pais, mais ou menos experientes, sabem que o nascimento de um bebé é sinónimo de algumas (ou muitas) noites mal dormidas. Os momentos de descanso vão passar a depender dos momentos de descanso do bebé e nem sempre é fácil aproveitar esses períodos para dormir e recuperar energias. Durante os primeiros meses, é comum alguns pais dormirem apenas 2 ou 3 horas contínuas por noite. Trata-se de um período de adaptação que normaliza entre os 4 e os 6 meses, altura em que começa a existir alguma diversificação alimentar e os intervalos entre refeições aumentam. Ter um novo bebé em casa implica muito colo, muita atenção e muita dedicação. No entanto, é possível conseguir contornar as dificuldades noturnas com alguns ajustes.

Ensinar sobre estratégias facilitadoras da integração do recém-nascido na família - Ser responsável pelo desenvolvimento de uma pessoa é uma experiência intensa, que requer dedicação e cuidado. Numa altura em que a pressão para ser um pai e uma mãe perfeitos é cada vez maior, é normal que surja a questão de como será a forma correta de educar o filho. Pais mais conscientes confiam mais nos seus instintos e menos nas críticas dos outros, ao mesmo tempo que respeitam as suas próprias necessidades e do seu filho, promovendo um desenvolvimento saudável. É um processo que se prende com o autoconhecimento, de modo a que comecem a questionar a forma de agir e pensar. Só assim são capazes de compreender se esses são realmente os ensinamentos que querem transmitir. Para este sistema resultar é crucial que estejam abertos às mudanças. A parentalidade é um processo e devem estar disponíveis para aprender à medida que ele se desenrola.

POTENCIAL PARA MELHORAR CONSCIENCIALIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE OS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO E GESTÃO DA ORGANIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família/Analisar com o cliente a relação entre cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família - Avaliar, através da técnica de questionamento, como irá ser elaborada a gestão da organização da família de modo aos cuidados ao recém-nascido serem mais eficazes. Nas primeiras semanas após o nascimento do bebé é normal que a família se sinta um pouco cansada. Pode também sentir-se confusa, com a sensação de não conseguirem cuidar do bebé, mais abatidos e com uma sensação de tristeza, no momento em que todos os restantes familiares, que não têm contacto direto com o bebé, se sentem eufóricos. Não se devem sentir culpados, pois estes sentimentos podem ser causados pelas alterações hormonais ocorridas após o parto, no caso da mulher e por todas as mudanças envolventes que estão a acontecer. Falar sobre aquilo que estão a sentir com um médico ou enfermeiro, é uma boa opção para ficarem mais descansados.

3.8. Especificação das intervenções

Executar técnica de relaxamento

- Executar com a cliente as técnicas ensinadas: Técnica de relaxamento muscular modificado (Bernstein e Borkovec, 1973) e Relaxamento por Imaginação Guiada.

Avaliar evolução da ansiedade

- Aplicação da escala de ansiedade de Hamilton.

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

- Questionar a cliente sobre o que esta pensa da utilização do pensamento positivo para controlar a ansiedade.

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Questionar a cliente sobre as estratégias que esta conhece para controlar a ansiedade.

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Explicar à cliente que nem todas as situações são controláveis.
- Explicar à cliente que deve colocar a situação/problema em perspetiva
- Dizer à cliente que deve manter uma ingestão nutricional adequada, um sono e repouso adequados, fazer exercício, no mínimo, três vezes por semana

- Dizer à cliente que deve respirar fundo e contar lentamente até 10.
- Dizer à cliente que deve dedicar tempo a si mesma, praticando ioga, ouvindo música, meditando, procurar uma massagem.

Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade

- Identificar, junto da cliente, os pensamentos que a perturbam e fazer com que esta pense sobre a probabilidade de isso acontecer. Dizer à cliente que se deve concentrar em cenários alternativos e tentar adotar pensamentos realistas e uma atitude positiva.
- Dizer à cliente que, no final do dia, deve pensar sobre os aspetos positivos do seu dia. Sozinha ou junto da família, elaborar uma lista das coisas boas que aconteceram durante o dia (um diálogo, um gesto) e pensar em coisas positivas que irão surgir na sua vida quando o bebé nascer.
- Dizer à cliente que se deve projetar no futuro, de forma positiva. Pensar nas coisas boas que vai viver quando o bebé nascer, na capacidade de adaptação e de superação que demonstra, na criatividade que apresenta para manter as rotinas e evitar o aborrecimento, no tempo de qualidade que passa junto da sua família, nas competências que tem vindo a adquirir e a desenvolver, na forma como as suas relações e com a comunidade saíram fortalecidas. Deve encarar esta experiência como uma oportunidade de crescimento individual e enquanto família.

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Técnica de relaxamento muscular modificado (Bernstein e Borkovec, 1973): Pretende-se que o cliente aprenda a contrair/descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo, concentrando-se nas sensações produzidas por esses estados musculares. Este tipo de relaxamento permite que o cliente identifique situações de stress e se autorrelaxe.
- Relaxamento por imaginação guiada: Pretende-se que a pessoa utilize de forma intencional imagens mentais e atributos sensoriais, fruto da sua imaginação ou da memória, para alcançar o efeito terapêutico desejado. Segundo Apóstolo (2010), durante a imaginação guiada a vivência da experiência é tão intensa que o cérebro responde como se fosse uma experiência real, produzindo efeitos psicossomáticos benéficos.

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família

- Questionar a cliente sobre o que esta pensa sobre a relação entre os cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família.

Analisar com o cliente a relação entre cuidados ao recém-nascido e gestão da organização da família

- Solicitar ajuda para as tarefas domésticas de forma a poderem dedicar-se mais ao bebé.
- Descansar o mais que puderem, coincidindo os sonos com os do bebé.
- Manter uma alimentação variada.
- Para as mães: valorizar a imagem corporal, uma vez que isso a vai ajudar a ficar mais bem-disposta.
- A mãe deve também evitar atividades com impacto (saltar, correr) nos primeiros 2 meses.
- Tentarem sair com regularidade para darem um passeio a pé.

Avaliar evolução do conhecimento sobre mudanças face a chegada do recém-nascido

- Questionar a cliente sobre o conhecimento que esta apresenta acerca das mudanças que irão surgir aquando a chegada do recém-nascido.

Ensinar sobre mudanças face a chegada do recém-nascido

- Para receberem o bebé, o casal precisa de abrir espaço, tanto físico, na casa onde mora, quanto emocional, no seu relacionamento, que antes era apenas a dois. Isto significa que homem e mulher deverão cuidar do equilíbrio, dentro do possível, dos seus papéis como pai e mãe, marido e mulher, companheiros, amigos, parentes etc. Deverão também saber estabelecer limites: todos se sentem no direito de invadir e dar palpites.
- Cada um dos pais viverá, ao seu tempo e ao seu modo, a oportunidade de desenvolver esta aprendizagem por meio da construção da relação com o próprio filho. Deverão aprender a colocar limites e a exercer a autoridade necessária. O casal deverá ter cuidado com a crítica ao outro, ou mesmo na influência da construção da relação que, no caso de pai/filho e mãe/filho, é tão somente a dois; deverá abrir espaço e tempo para intimidade entre as díades pai/filho, mãe/filho, homem/mulher, e também para o grupo pai, mãe e filho como família. Cada um dos membros aprenderá sobre esta noção de fronteiras das relações e aprenderá a respeitar seus limites.
- Cabe aos avós passarem para uma posição secundária, de maneira a permitir que seus filhos, agora pais, exercitem a principal autoridade paterna e materna, ou seja, respeitar as fronteiras do casal, na qualidade de pais, e da nova família.
- Cabe aos avós, irmãos, tios e primos dos novos pais estabelecerem uma relação carinhosa com a criança, fazendo parte deste período de transição em que a intimidade é permitida, porém, sem a carga de responsabilidade que a paternidade/maternidade requerem.
- Portanto, é fundamental que o casal se organize e se adapte às novas circunstâncias desta etapa, para atingir o equilíbrio necessário ao desenvolvimento saudável da nova família.

Ensinar sobre estratégias facilitadoras da gestão das rotinas no período pós-parto

- Reservem tempo para vocês: a vossa vida não pode girar exclusivamente em torno do bebé. Falem sobre outros assuntos, façam atividades que vos relaxem e cuidem da vossa aparência.
- Meditem e façam yoga: têm de compensar a falta de um sono reparador de modo a manter a mente saudável. Apostem na meditação e no yoga, complementem estas atividades com uma música relaxante e uma venda nos olhos.
- Façam exercícios de respiração: a ideia é distraírem-se focando toda a vossa atenção na respiração. Sintam o ar a entrar e a sair dos pulmões e pensem em algo que vos acalme. Pode parecer estranho, mas a distração, mesmo que momentânea, pode ter um poderoso efeito relaxante.
- Não criem expectativas exageradas: tiveram 9 meses para imaginar o vosso bebé e tudo o que lhe diz respeito, mas as expectativas podem virar-se contra vocês. Qualquer aspeto que fuja ao que idealizaram pode perturbar-vos, pelo que devem evitar alimentar uma imaginação fértil.

Ensinar sobre estratégias facilitadoras da integração do recém-nascido na família

- Estabelecer uma rotina de horários, de modo a que o bebé os interiorize.
- Ter em atenção as necessidades e preferências do bebé, de modo a mantê-lo calmo e relaxado.
- Procurem relaxar, uma vez que o bebé sente o mal-estar dos pais e fica também ele stressado.
- Invistam num intercomunicador ou num monitor para bebés para se manterem atentos, mesmo à distância.

