

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio


**"O Cuidado à Pessoa com Comportamentos
Aditivos: Toxicod dependência e Alcoolismo."**

Carla Sofia de Moura Alves

Nº 4550

Lisboa, abril de 2014

“Este relatório de estágio não contempla as correções
resultantes da discussão pública”

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, greyish-brown shapes that resemble a stylized wave or a series of brushstrokes.



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

**"O Cuidado à Pessoa com Comportamentos
Aditivos: Toxicodependência e Alcoolismo."**

Carla Sofia de Moura Alves

Nº 4550

Professora orientadora: Francisca Manso

Lisboa, abril de 2014



A droga, trazendo de fora para dentro a fantasia e não é por acaso que os dependentes se chamam a eles próprios “pedrados”, isto é, alguém que fica confuso por uma agressão externa, uma pedrada, não é facilmente integrada por aqueles que vivem de dentro para fora.

(Dias, 1979)

AGRADECIMENTOS

A frequência do 3.º curso de mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional de forma marcante.

Durante este período de grande aprendizagem foram várias as pessoas com quem pude partilhar saberes, sentimentos e emoções.

Quero agradecer à Profª. Lúcia Vaz-Velho pelo tempo despendido na minha tutoria e orientação durante o estágio, à Profª. Francisca Manso pela Orientação do Relatório e a ambas pelas palavras de encorajamento e motivação para prosseguir pelos melhores caminhos de reflexão e resolução de problemas na concretização deste trabalho.

Aos Enf.º (s) David Paniagua, Sandra Costa, Rui Sequeira e Ana Sequeira, pela disponibilidade, orientação, conhecimentos e experiências que me transmitiram.

A todos os colegas e profissionais com quem tive a oportunidade de trabalhar nos locais de estágio, pela forma atenciosa e profissional que me acolheram e a todos os clientes e famílias que tive o privilégio de cuidar.

Um agradecimento especial aos meus familiares, amigos e colegas de curso por todo o apoio, amizade e carinho que me transmitiram neste percurso e a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS:

AA- Alcoólicos Anónimos

AL-nom- Familiares de Alcoólicos

APA- *American Psychological Association*

CID- Classificação Internacional das Doenças

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DSM- Manual de Classificação de Doenças de Saúde Mental e Psiquiátricas da *American Psychiatric Association*

Enf.º (s) - Enfermeiros

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESM- Enfermagem de Saúde Mental

ESMP- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

I.D.T.- Instituto da Droga e da Toxicodependência

NA- Narcóticos Anónimos

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

Profª. - Professora

REPE-Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RESUMO

Este relatório pretende expor a análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas durante a unidade curricular estágio com relatório, inserida no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

O desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria foi acompanhado por uma reflexão das práticas clínicas, promovendo-se o autoconhecimento e a relação terapêutica, no cuidado à pessoa com comportamentos aditivos, numa perspetiva de crescimento pessoal e profissional.

A pertinência para o cuidado de enfermagem especializado foi demonstrada através de intervenções realizadas na prática clínica, na promoção da adesão terapêutica, na ajuda que se prestou ao cliente e família na consciencialização, negociação e intervenção para estes atingirem/descobrirem o seu ponto de equilíbrio e bem-estar e, no envolvimento e apoio prestado à pessoa/família, quer como parceira quer como cuidadora.

A prática clínica foi repartida em dois contextos: internamento e comunidade no âmbito dos cuidados à pessoa com comportamentos aditivos e teve como objetivo manter um fio condutor e um eixo estruturante no desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

A metodologia utilizada neste percurso foi exploratória e descritiva e centrou-se também na reflexão crítica e construtiva sobre a prática.

A integração dos conhecimentos teóricos com a prática clínica e a atitude reflexiva sobre a mesma permitiram a elaboração de uma identidade profissional como enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica, num processo dinâmico de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Palavras-Chave: enfermagem, saúde mental, relação terapêutica, adesão terapêutica.

ABSTRACT

This report seeks to expose the reflective analysis of the skills acquired and developed during the course internship with report included in the 3rd Masters course in Nursing - Nursing Specialization area of Mental Health and Psychiatry.

The development of specialist nurse skills in Mental Health and Psychiatry were accompanied by a reflection of clinical practice, promoting the establishing of a therapeutic relationship, in the caring of people with addictive behaviors, and in a perspective of personal and professional growth.

The relevance for the specialized nursing care was demonstrated through interventions in the clinical practice, promoting therapeutic adherence, in the help that was provided to the client and family about raising awareness about themselves, in the negotiation and intervention for the reach / find out of their balance point and well-being, and in the involvement and support that was given to the person / family, either as a partner or as a caregiver.

Clinical practice was divided in two contexts: within inpatient and community care to people with addictive behaviors and aimed to keep a thread and a structured development of specific nursing skills in mental health and psychiatry.

The methodology used in this course was exploratory and descriptive, and also focused on a critical and constructive reflection on practice.

The integration of theoretical knowledge with the clinical practice and the reflexive attitude about it, allowed the development of a professional identity as a nurse specialist in psychiatric and mental health, in a dynamic process of learning, growth and personal and professional development.

Keywords: nursing, mental health, therapeutic relationship, therapeutic adherence.

ÍNDICE	Pág.
0. INTRODUÇÃO	15
1. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	18
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
2.1. Comportamentos Aditivos: Definição De Alguns Conceitos	20
2.2. Adesão Terapêutica: Um Processo Dinâmico	23
2.3. Contributos Do Modelo Teórico De Hildegard Peplau no Desenvolvimento Da Prática Clínica	26
2.4. A prática baseada na evidência como instrumento de boas práticas	28
3. O PROCESSO FORMATIVO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESMP	30
4. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS	34
5. CARACTERIZAÇÃO do serviço especializado na prevenção e tratamento da pessoa com dependência alcoólica na região de Lisboa	37
5.1. Do Planeamento à Avaliação das Intervenções de ESMP	39
6. CARACTERIZAÇÃO da unidade especializada na prevenção e tratamento do cliente toxicodependente da região de setúbal	52
6.1. Do Planeamento à Avaliação das Intervenções de ESMP	54
7. O EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM E AS CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	60
8. EXPERIÊNCIAS EXTRACURRICULARES NO DECORRER DO PERCURSO FORMATIVO	62
9. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	63
10. PERSPETIVAS FUTURAS E CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

ANEXOS

Anexo I Escala “Como eu Sou”

Anexo II Escala de “Adesão aos Tratamentos” (MAT)

Anexo III Instrumento de colheita de dados utilizado no Acolhimento/Avaliação

Anexo IV Folheto com a temática *Dissulfiram (Tetradin)*

Anexo V Panfleto informativo do 16º CURSO DE FORMAÇÃO EM ALCOOLOGIA

Anexo VI Questionário *Audit*

Anexo VII Avaliação das Práticas Clínicas pelos Orientadores dos Estágios

APÊNDICES

Apêndice I Diários de Aprendizagem

Apêndice II Apresentação da Sessão Psicoeducativa com o tema “Adesão Terapêutica”

Apêndice III Planeamento da Sessão Psicoeducativa com o tema “Adesão terapêutica”

Apêndice IV Avaliação da Sessão Psicoeducativa com o tema “Adesão Terapêutica”

Apêndice V Cartaz informativo com a temática “Adesão terapêutica”

Apêndice VI Folheto informativo com a temática “Adesão terapêutica”

Apêndice VII Planeamento do Jogo Terapêutico “ Apresentação da Pessoa ao Grupo”

Apêndice VIII Questões abertas incluídas no Jogo Terapêutico “Apresentação da Pessoa ao Grupo”

Apêndice IX Planeamento do Jogo Terapêutico “Apresentação do Conceito de Adesão Terapêutica”

Apêndice X Imagens incluídas no Jogo Terapêutico “ Apresentação do Conceito de Adesão Terapêutica”

Apêndice XI Planeamento da Sessão de Relaxamento utilizando a Técnica com Imaginação Guiada

Apêndice XII Instrumento Terapêutico para o registo das Intervenções nos Grupos Psicoterapêuticos (ATA)

Apêndice XIII Formação em serviço “Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência”

Apêndice XIV Avaliação da Formação em serviço “Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência”

Apêndice XV Apresentação da Sessão Psicoeducativa “A Recaída e a Importância da Adesão Terapêutica”

Apêndice XVI Projeto de estágio

Apêndice XVII Apresentação em Seminário do Projeto de Estágio

Apêndice XVIII Resultados da Aplicação da Escala MAT aos doentes internados sem tratamento dos dados

Apêndice XIX Autoavaliação das Práticas Clínicas

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico nº. 1 Esquecimento da toma da Medicação.	42
Gráfico nº. 2 Cuidado com o Horário Terapêutico.	43
Gráfico nº. 3 Abandono da Medicação por se sentir melhor.	43
Gráfico nº. 4 Abandono da Medicação por se sentir pior.	44
Gráfico nº. 5 Automedicação por se sentir pior.	44
Gráfico nº. 6 Interrupção da medicação por deixar acabar os medicamentos.	45
Gráfico nº. 7 Abandono da medicação por outro motivo que não seja médico.	45

ÍNDICE DE TABELAS

Pág.

Tabela 1. Principais intervenções de cariz psicoterapêutico efetuadas e os seus objetivos terapêuticos.	41
--	-----------

0. INTRODUÇÃO

Este relatório foi elaborado no âmbito do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, consistindo num registo que proporcionou a reflexão, a avaliação do percurso efetuado e das competências do enfermeiro de saúde mental e psiquiatria, adquiridas durante o estágio.

Este relatório representa o resultado final de uma caminhada que reúne todo o trabalho teórico e prático desenvolvido ao longo do curso, aliado a experiências profissionais e pessoais, visando relatar o trabalho desenvolvido ao longo do estágio que decorreu em regime de internamento e comunitário de setembro de 2012 a fevereiro de 2013.

Em regime de internamento, foram prestados cuidados especializados a clientes com síndrome de dependência alcoólica e/ou outras substâncias que não se conseguem manter em recuperação apenas em regime de ambulatório. Neste contexto, promoveram-se intervenções de enfermagem especializadas e estruturadas, visando principalmente a promoção da adesão terapêutica.

O estágio comunitário desenvolveu-se numa perspetiva de recuperação psicossocial em regime de ambulatório através do desenvolvimento de intervenções de enfermagem especializadas visando a promoção da saúde, estilos de vida saudáveis e a adesão ao regime terapêutico.

Tracei como objetivos:

- Desenvolver as capacidades de autoconhecimento, visando o desenvolvimento pessoal e profissional, inerentes à formação especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Identificar a dinâmica da equipa multidisciplinar e integrar-me no trabalho desenvolvido nos contextos de estágio a fim de desenvolver as competências em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (ESMP);
- Intervir com a pessoa com comportamento aditivo em recuperação, focando-me no fenómeno da adesão terapêutica, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário.

Na primeira parte deste relatório realizou-se uma abordagem à problemática da dependência de substâncias psicoativas encarando a situação como uma doença crónica e um problema social e transversal de gerações.

As pessoas com dependência de substâncias psicoativas surgem como as que apresentam maiores dificuldades em aderir ao regime terapêutico, OMS (2002).

Este trabalho teve por base uma pesquisa narrativa e uma revisão sistemática da literatura, sendo focados neste capítulo, diversos aspetos relacionados com a problemática, nomeadamente os fatores de risco internos e externos e a adesão terapêutica.

As várias investigações e estudos sobre estes fatores evidenciaram a influência no uso/abuso de substâncias psicoativas, e a importância das intervenções planeadas no sentido de reduzir, diminuir ou atenuar os efeitos dos fatores de risco, implementando fatores de proteção (Botella, 2000, citado por Lomba 2006).

A investigação em enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura desenvolver o conhecimento da disciplina respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos clientes, famílias e comunidades (OE, 2006).

A evidência científica em enfermagem facilita a integração dos saberes no desenvolvimento da prática de cuidados e contribui para a sua evolução.

Ao longo deste estágio as intervenções de enfermagem foram planeadas e desenvolvidas tendo por base a pesquisa científica realizada e o modelo teórico de Hildegard Peplau, permitindo um apoio ao cliente no sentido de compreender e trabalhar com ele as suas crenças e resistências, estimular a motivação para a mudança de comportamentos, incentivar a autoeficácia e promover estilos de vida saudáveis.

A não adesão ao regime terapêutico é hoje conhecida como a principal causa para o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde (Telles-Correia et al, 2008).

Enquanto profissional de saúde com competências técnico-científicas para uma intervenção na prevenção da doença e pelo contacto diário com populações/pessoas em risco associadas ao consumo de substâncias psicoativas,

desempenho um papel de agente ativo no planejamento e implementação de estratégias de intervenção preventiva que promovam e contribuam para a minimização desta problemática e visando a obtenção de ganhos na saúde da pessoa/família.

A adesão terapêutica está relacionada com muitas variáveis nomeadamente a relação dos profissionais de saúde com os clientes.

O desenvolvimento de uma relação empática entre os intervenientes é fundamental para o estabelecimento de um clima de confiança, essencial para a aceitação das sugestões oferecidas relativas ao tratamento

Na segunda parte, referencio o percurso e a operacionalização do projeto de estágio, efetuando a caracterização dos contextos clínicos, a descrição, a análise e a avaliação das intervenções desenvolvidas em cada campo. O planejamento e o plano de ação seguido ao longo deste percurso teve por base o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista na área da Saúde Mental e Psiquiatria.

A terceira e última parte reporta-se ao exercício de enfermagem e as considerações éticas, incluindo também as experiências extracurriculares, a avaliação global do processo de aprendizagem, a reflexão crítica sobre este percurso, a conclusão e as perspetivas de futuro.

Por fim expõem-se as referências bibliográficas que serviram de base ao relatório, seguindo-se os anexos e apêndices.

1. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

As doenças crónicas e o envelhecimento da população constituem uma das grandes preocupações das instituições governamentais no âmbito da saúde, com consequências a nível social, pessoal, familiar, e ao nível da economia.

Estima-se que, nos países desenvolvidos, apenas 50% das pessoas com perturbação crónica, cumprem o projecto terapêutico negociado influenciando a economia, o bem-estar e a qualidade de vida da sociedade.

O consumo e abuso de substâncias psicoativas constituem um tema social de interesse público, levando diferentes áreas do saber e da intervenção a debruçarem-se no estudo e análise deste fenómeno da sociedade que abrange vários sectores da mesma e diferentes faixas etárias ao longo dos anos.

Neste âmbito desenvolvem-se diversas intervenções visando a promoção da saúde e a prevenção do uso/abuso destas substâncias, na tentativa de se incutirem estilos de vida saudáveis na população e atuar sobre fatores que demonstram ser relevantes no início dos consumos.

Na minha vida profissional contacto frequentemente com pessoas em risco, associadas ao consumo de substâncias psicoativas, porque presto cuidados de enfermagem numa Urgência Central, sendo frequente a admissão de pessoas que procuram ajuda da Especialidade de Psiquiatria.

A OMS (2001) destaca que a dependência de substâncias psicoativas deve ser encarada simultaneamente como uma doença médica crónica e como um problema social.

A OMS (2002), por meio do Relatório Mundial de Saúde, Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança, evocava estimativas que indicavam que cerca de 450 milhões de pessoas sofriam de perturbações mentais ou neurobiológicas ou, então, de problemas psicossociais, como os relacionados com o abuso de álcool e de drogas. Relatava que além do sofrimento inerente à necessidade de consumo e da falta de cuidados, encontravam-se paralelamente, as fronteiras do estigma, da vergonha, da exclusão e, mais frequentemente da morte.

A formulação de políticas ricas em informações, atualizadas e idóneas, os indicadores de saúde, os tratamentos eficazes, as estratégias de promoção, de

prevenção e os recursos humanos e materiais contribuem para a redução da incidência desta problemática (OMS, 2002).

Um estudo da OMS (2010), divulgado em Fevereiro de 2011, no “Relatório Global da Situação Sobre Álcool e Saúde” alerta que o consumo excessivo de álcool é a causa de morte anual de 2,5 milhões de pessoas, estando na origem de doenças e de lesões num número ainda maior de pessoas, e afetando gerações mais jovens e consumidores de países em desenvolvimento. É realçado que o consumo nocivo de álcool tem diversas implicações na saúde pública, e nomeadamente, que cerca de 4% do total de mortes em todo o mundo estão relacionadas com o consumo nocivo de álcool.

Na realidade nacional, o Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral – Portugal 2007, que teve por base uma amostra de 15 000 indivíduos, da população nacional residente no continente e nas ilhas, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos de idade, evidencia que entre 2001 e 2007, a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas aumentou 3,5 pontos percentuais (de 75,6% para 79,1%). A proporção da população que iniciou o consumo de bebidas alcoólicas entre os 15 e os 17 anos representava cerca de 30%, em 2001, e cerca de 40% em 2007 (Balsa et al, 2008).

O relatório anual "A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências", referente a 2011, emitido pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, que sucedeu em 2012 ao abolido Instituto da Droga e da Toxicodependência (I.D.T.), revela que o consumo de drogas nos alunos voltou a aumentar em 2011, assinalando que o consumo de drogas na população escolar (ensinos básico e secundário) voltou a aumentar em 2010 e 2011, depois de ter diminuído em 2006 e 2007, alertando, nesse sentido, para a necessidade do reforço do investimento aos vários níveis da prevenção.

Esta realidade reproduz consequências para a economia mundial, representando cerca de 65% do total de gastos com a saúde em todo o mundo, antevendo-se o seu crescimento até 2020, quer a nível mundial, quer nacional, o que obriga à procura de novas estratégias e opções referentes aos cuidados de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na elaboração do percurso do relatório de estágio foram efetuadas uma pesquisa narrativa bibliográfica e uma revisão sistemática de literatura, utilizando-se como recurso, as bases de dados eletrônicas que figuram no servidor EBSCO e SCIELO, tendo sido encontrados nas plataformas de dados, artigos que vieram dar resposta nomeadamente aos itens do enquadramento teórico ilustrado.

A fundamentação para o desenvolvimento de estratégias para a implementação de intervenções de promoção da adesão terapêutica no cuidado à pessoa com comportamentos aditivos baseou-se ainda num quadro de referência teórico e na reflexão sobre a evidência proveniente da prática.

2.1. Comportamentos Aditivos: Definição de Alguns Conceitos

“Os estilos de vida associados com o abuso de drogas acarretam riscos”.
(Stuart & Laraia, 2001,
p.524).

Existem variadas situações, circunstâncias ou características individuais que estão associadas a uma maior probabilidade de consumir drogas (uso/abuso) dando-se a designação de fatores de risco. Por outro lado, os fatores sociais e individuais que reduzem a probabilidade de consumo de drogas designam-se por fatores de proteção (Negreiros, 2001).

Na análise dos diversos fatores, verifica-se uma maior probabilidade de consumo de drogas perante a verificação e acumulação de vários fatores de risco envolventes a determinado indivíduo/população, contudo, não será a existência de um ou mais fatores de risco que ditarão este consumo.

Múltiplos fatores de risco estabelecem entre si relações dinâmicas e mutáveis, contudo, é o peso que exercem como fatores de risco que varia consoante o indivíduo e a fase evolutiva em que se encontra, bem como o ambiente/contexto que o rodeia. Por isso se justifica a existência de indivíduos que perante várias adversidades, em condições mais, ou menos, desfavoráveis, não iniciaram ou

desenvolveram problemas relacionados com o consumo de drogas (Lomba, 2006 & Negreiros, 2001).

Neste contexto, surgem os fatores de proteção que têm a propriedade de conseguir inibir ou minimizar o impacto dos fatores de risco, ou seja, são vistos como capazes de moderar ou diluir os efeitos da presença dos fatores de risco.

“O desenvolvimento saudável do jovem resulta do balanço entre fatores de risco e proteção, sendo que, pelo facto dos mesmos serem de natureza dinâmica e interativa, são passíveis de serem alterados e torna-se necessário reencontrar o equilíbrio” (Lomba, 2006, p.19).

Na temática dos comportamentos aditivos, prevenir é um processo ativo em que se planeiam estratégias preventivas, desenvolvem e implementam programas com o objetivo de “modificar e melhorar a formação integral e a qualidade de vida dos indivíduos, fomentando o autocontrolo individual e a resistência coletiva face à oferta de drogas” (Martin, citado por Moreira 2001, p.14).

É essencial o conhecimento dos fatores que influenciam a adesão terapêutica, mas também compreender a associação estabelecida entre as variáveis internas e externas do cliente, assim como as variáveis relacionais. Desta forma, podem-se planejar estratégias que promovam a adesão ao regime terapêutico, quer a nível educacional, quer comportamental, ou conjugando as duas dimensões.

A definição da síndrome de dependência surge nas classificações internacionais, nomeadamente na classificação internacional das doenças da OMS (CID-10) e na classificação da American Psychiatric Association (DSM-IV).

No manual DSM IV são descritos os critérios diagnósticos para a dependência química de substâncias como um padrão desadaptado da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento, manifestada por três (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo em qualquer situação, no mesmo período de 12 meses:

- Tolerância, definida pela necessidade de quantidades crescentes da substância para atingir a intoxicação ou para efetivar o efeito desejado, ou definida como a diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância;
- Síndrome de abstinência provocado pela carência da substância e a mesma substância (ou outra relacionada) ter de ser consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência;

- A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia;
- Existe um desejo persistente, sem sucesso, para diminuir ou controlar a utilização da substância;
- É despendida uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção e utilização da substância e à recuperação dos seus efeitos;
- São abandonadas atividades sociais, ocupacionais ou de lazer devido à utilização da substância;
- Mantem-se o consumo da substância apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, de caráter físico ou psicológico, provavelmente causado ou aumentado pela utilização da substância (DSM-IV-TR, 2002).

Na classificação internacional das doenças da OMS (CID-10), os critérios diagnósticos para a dependência de substâncias, apontam para o diagnóstico ser feito se três ou mais dos seguintes critérios são experienciados ou expressados pela pessoa durante o ano anterior:

- Um forte desejo ou sensação de compulsão para consumir a substância.
- Dificuldade de conter o comportamento de consumir a substância no que diz respeito ao seu início, termino ou níveis de consumo.
- Síndrome de abstinência quando o uso da substância cessou ou foi reduzido.
- Evidência de tolerância em que são necessárias doses mais elevadas da substância para obter efeitos inicialmente produzidos por doses mais baixas.
- Abandono gradual de outros prazeres em função do uso da substância (OMS, 1993).

Esta exposição de dados revela ser necessário o estudo das várias vertentes desta problemática em que o enfermeiro pode ter um papel fundamental, através das suas intervenções especializadas de enfermagem, promovendo as intervenções no sentido de ajustar as respostas da pessoa e família, sendo também fundamental uma intervenção multidisciplinar tomando o modelo biopsicossocial como pano de fundo.

2.2. Adesão terapêutica: Um processo dinâmico

“O aprendizado é mais efetivo quando os pacientes participam na experiência de aprendizagem”.

(Stuart & Laraia, 2001, p.207)

A adesão ao regime terapêutico consiste num processo complexo, multidimensional, sistêmico e dinâmico, considerado um processo difícil de medir ou quantificar, sendo este um dos grandes obstáculos com que os profissionais de saúde lidam na relação terapêutica que estabelecem com o cliente (André, 2005).

Existe adesão quando o comportamento de uma pessoa, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde (OMS, 2003). Pode também ser definida como um combinado de comportamentos, tais como: tomar a medicação, seguir dietas ou realizar mudanças de hábitos de vida que estejam de acordo com o regime terapêutico prescrito (Almeida et al, 2007).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2005, p. 81) surge o conceito de adesão definido como:

volição com as características específicas: ação auto- iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.

O termo adesão incute uma redução do poder do clínico na decisão do tratamento. Nesta aliança terapêutica são reconhecidas a responsabilidade específica de cada um no processo e a de todos os que estão envolvidos de forma direta ou indireta no tratamento (Osterberg & Blaschke, 2005).

Os níveis de adesão são francamente menores nas pessoas com patologia psiquiátrica, provavelmente devido ao isolamento social e alteração das capacidades cognitivas que as caracterizam.

Os prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente os enfermeiros encontram-se numa posição única e fundamental para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados esperados nas questões relacionadas com a adesão terapêutica.

Decorrente da identificação que é realizada, o enfermeiro pode executar um plano terapêutico com as pessoas e famílias para melhorar a adesão, auxiliando-os na integração dos diferentes aspetos do regime terapêutico.

Os fatores que podem influenciar a adesão terapêutica podem ser agrupados em quatro extensões: fatores sociais, económicos e culturais, fatores relativos à doença e ao regime terapêutico, fatores individuais e fatores aliados à relação do cliente com os profissionais e serviço de saúde (Correia, 2001).

Neste contexto, também se consideram fatores socioeconómicos, como os baixos rendimentos do agregado familiar, o desemprego, o preço dos medicamentos, e outros custos adicionais que podem impedir o cliente de cumprir com o seu plano terapêutico.

Fatores relacionados com a terapêutica tais como as características do tratamento, a acessibilidade, o facto de os efeitos do tratamento serem ou não imediatos, os efeitos colaterais, a quantidade de medicamentos a tomar, os horários difíceis de cumprir, se os tratamentos anteriores foram eficazes, e outros podem impedir a adesão.

Na promoção da adesão terapêutica existem dois tipos de variáveis relacionadas com os fatores que promovem a adesão terapêutica. Estas variáveis relacionam-se com o ser humano e com a situação vivida.

As variáveis relacionadas com o ser humano incluem os fatores como a idade, a perceção e identificação dos sintomas, do problema de saúde, o *deficit* de conhecimentos e de estratégias para a adesão, as crenças e perceções individuais de saúde, os benefícios do tratamento, a capacidade de adaptação e a manutenção do regime terapêutico.

As variáveis relacionadas com a situação, envolvem a complexidade do tratamento, o grau de adversidade, a ausência de resultados desejados rapidamente, os efeitos secundários indesejados, a duração do tratamento, o apoio ambiental no qual insere o *stress* e por último, com um destaque significativo, a família como fator importante na promoção da adesão (Correia, 2001).

Os fatores relacionados com a relação do cliente com os profissionais de saúde e serviços de saúde também têm merecido destaque. No cumprimento da adesão ao regime terapêutico, e em qualquer contexto de cuidados, o enfermeiro tem um papel fundamental já que administra, direciona, encaminha e, supervisiona o tratamento.

Perante a variedade de fatores existentes que potenciam a não adesão terapêutica, devem ser promovidas intervenções e estratégias de enfermagem no sentido de contrariar esta tendência e que possam facilitar este processo, com o princípio de que, em interação com o ambiente, cada cliente é um ser social único com um projeto de vida, na procura constante do equilíbrio (Machado, 2009).

O abandono da adesão terapêutica incute na pessoa adita um elevado risco de repetição de comportamentos que podem precipitar a recaída, sendo essencial uma política ativa de prevenção. Quando o cliente é confrontado com elementos considerados precipitantes da recaída e manifesta falta de assertividade ou ausência de estratégias de "*coping*" adequadas, estes constituem nomeadamente aspetos a desenvolver com o cliente.

No cuidado de enfermagem desenvolvem-se intervenções intrínsecas ao tratamento e à gestão do dia-a-dia da pessoa, num modus de promoção e/ou de criação da aliança terapêutica, apoio e manutenção. O enfermeiro é um agente essencial no processo de adesão terapêutica já que a sua capacidade de estar presente em continuidade, possibilita identificar precocemente situações do quotidiano do cliente, que podem interferir na adesão.

Bugalho e Carneiro (2004) realçam que para melhorar a adesão ao regime terapêutico, existem dois tipos de intervenções:

- Educacionais: impulsionadoras de conhecimento acerca da terapêutica e/ou doença, incluindo-se neste campo, a promoção de informação oral e escrita, de matéria áudio visual e/ou informática, em programas educacionais individuais ou em grupo, pretendendo-se também desmistificar crenças, vantagens e desvantagens relacionadas com a administração de terapêutica.

- Comportamentais: visam incorporar na rotina diária da pessoa, mecanismos de adaptação e simplificação para o cumprimento do regime terapêutico negociado como o aumento da comunicação e aconselhamento, a adequação e simplificação da terapêutica; a participação ativa dos clientes através da auto monitorização da

doença e autoadministração da terapêutica, os mecanismos de reforço positivo ou as recompensas pelo cumprimento do esquema proposto.

O enfermeiro “ajuda o paciente a compreender que ele exerce um certo controlo sobre o que lhe fazem e que ele participa na sua cura. Muitos pacientes sentem-se pouco implicados (...) no seu tratamento; muitas vezes é a enfermeira que ajuda o paciente a recuperar o sentimento de que participa, e um certo controlo sobre as coisas.” (Benner, 2001, p.87).

A avaliação da adesão ao regime terapêutico é decisiva para a planificação de estratégias terapêuticas em que os instrumentos de avaliação podem ser utilizados como um complemento para os cuidados de enfermagem, e contribuem para avaliar as intervenções e os resultados obtidos dos cuidados.

2.3. Contributos do modelo teórico de Hildegard Peplau no desenvolvimento da prática clínica

“A personalidade construída por cada enfermeira determinará a maneira como o contato interpessoal será conduzido em cada situação de enfermagem”.
(Peplau, 1992)

Os modelos teóricos conceituais em Enfermagem desenvolveram-se devido à necessidade contínua da profissão de Enfermagem em procurar a sua autonomia e lugar próprio, no seio das ciências humanas.

A procura dessas especificidades resultou na formalização de conceitos e teorias, que orientam a prática do profissional, proporcionando a definição de uma meta que ele segue ou das atividades de cuidados que presta, e simultaneamente, servem de linha orientadora para a formação, investigação e gestão de cuidados de enfermagem.

Um modelo conceitual corresponde a “um conceito de passagem, de transição entre o pensamento filosófico que sustenta a prestação dos cuidados e as ações que a Enfermeira executa no quotidiano, é uma hipótese sobre a organização da realidade, uma ilustração simbólica do exercício da ação profissional, num determinado domínio.” (Phaneuf, 2001, p.33).

De acordo com os objetivos delineados ao longo do percurso formativo e tendo em conta as características de cada modelo teórico, que abordam várias perspetivas de Enfermagem, selecionei como quadro de referência em Enfermagem, a Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard E. Peplau.

Este modelo conduziu-me a enormes contributos enquanto suporte teórico, uma vez que a autora constitui como foco central, a relação interpessoal enfermeira-cliente, adaptando-se ao tipo de relação de ajuda que prestei no cuidado à pessoa com comportamentos adictos no decorrer do meu estágio clínico.

Este modelo de Enfermagem de inspiração dinâmica que me propus trabalhar e desenvolver, permitiu-me executar um percurso de aprendizagem como EESMP numa lógica “Vai e Vem”, em que está implícita uma supervisão da relação, na promoção do autoconhecimento, e conseqüente crescimento dos atores envolvidos neste *setting* terapêutico.

Este modelo concetual, permite fortalecer um processo de autoconhecimento no desenvolvimento com o cliente de um cuidado interpessoal mais eficaz, visando compreender o outro na sua plenitude, auxiliando-o na procura de respostas em si, que promovam o colmatar das suas necessidades, e facilitando o olhar da pessoa sob várias perspetivas, ajudando-a a alcançar o seu bem-estar.

A autora representa uma referência para a Enfermagem de Saúde Mental, cujo foco principal está concentrado no enfermeiro e no cliente, identificando conceitos e princípios que oferecem significado às relações interpessoais que se estabelecem na prática de cuidados, pois segundo a mesma, estas são dotadas de se constituírem em situações de aprendizagem e crescimento pessoal para ambos.

A Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem ressalta que os acontecimentos que envolvem a enfermeira e o cliente acontecem na grande maioria das vezes de forma intuitiva, mas que correspondem a um crescimento pessoal que é partilhado por ambos, tendo como ponto de partida o relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar (Peplau, 1993).

A autora descreve o relacionamento dinâmico entre os dois intervenientes como a enfermagem psicodinâmica, que implica identificar, discernir e desenvolver uma compreensão acerca do que acontece quando a enfermeira se relaciona de forma útil com o cliente.

Neste contexto, os objetivos estabelecidos deverão estar em harmonia pelos intervenientes, sob pena de os resultados de aprendizagem e desenvolvimento não serem os desejados.

Na prática de cuidados de enfermagem, “o trabalho relacional com a pessoa cuidada deveria ser primordial (...) mas nem sempre tomamos consciência do valor desta relação, como também não nos consciencializamos de todo o alcance do nosso papel” (Phaneuf, 2005, p. 10).

2.4. A prática baseada na evidência como instrumento de boas práticas

“Cada domínio e cada exemplo é assunto de pesquisa”.
(Benner, 2001, p.189)

A prática baseada na evidência é uma metodologia para a prática clínica difundida pelos profissionais de saúde.

Consiste na utilização de evidência científica, produzida por estudos desenvolvidos com rigor metodológico, para a tomada de decisões sobre as melhores condutas em determinado caso clínico com a finalidade de promover a qualidade dos serviços de saúde e a diminuição dos custos operacionais (Galvão, 2002).

A criação de uma evidência científica compreende alguns eventos: a formulação de uma questão clínica, a busca de evidências, a avaliação crítica da evidência encontrada e por fim a tomada de decisão com base nessa evidência.

A melhor evidência é oriunda da pesquisa clínica relevante, focada no cliente para o aperfeiçoamento das medidas de diagnóstico, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção.

A tomada de decisão dos enfermeiros necessita de estar regulada por princípios científicos, a fim de eleger a intervenção mais adequada para a situação específica do cuidado (Schmidt, 2003).

O conhecimento empírico ainda fundamenta determinadas práticas de cuidar na forma como o cuidado é planeado e implementado. Por outro lado, o enfermeiro depara-se com certos processos complexos, que exigem uma abordagem diferenciada emergindo dúvidas na tomada de decisão.

O enfermeiro precisa de estar apto para executar a pesquisa que contribui para a produção e validação do conhecimento, havendo no entanto a necessidade paralela de desenvolver também em si uma visão crítica e responsável que lhe permita evocar o afastamento específico dos contextos.

A prática baseada na evidência é facilitadora da formação e consequente atualização e progresso dos profissionais de saúde, o que a torna uma ferramenta útil do processo de trabalho do enfermeiro, requerendo a sua capacitação em diligenciar estratégias e a utilização de pesquisas na prática, a fim de relacionar de forma otimizada a teoria e a prática/ o pesquisar e o cuidar.

A evidência demonstra que na realidade nacional, o consumo, em indivíduos dos 15 aos 64 anos, aumentou de 7,8% em 2001 para 12% em 2007, segundo o relatório anual de 2010 “A Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências” do Instituto da Droga e Toxicodependência (I.D.T.) apresentado à Assembleia da República (I.D.T., 2011).

Um estudo de enfermagem no âmbito do Consumo de Substâncias Cannabinóides dos alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa no Porto (2011) evidencia que é possível destacar uma grande desigualdade quando se contrastam ambos os anos de licenciatura, uma vez que no que diz respeito aos alunos do 1º ano apenas 11,1%, garantiu ter consumido no último mês da realização do estudo, sendo a realidade distinta nos alunos do 4º ano onde se destacam 27,2%, dos inquiridos que o afirmam.

Estes dados fazem-nos refletir sobre a importância da disciplina de enfermagem na realização de trabalhos de investigação para a futura implementação de novas metodologias nos processos de cuidar, salientando-se a importância de questionar e investigar o contexto da prática, e aprender a comparar o que diz a evidência com a prática, conhecimentos e competências.

3. O PROCESSO FORMATIVO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESMP

“As enfermeiras peritas não são difíceis de reconhecer porque, muitas vezes, dão opiniões clínicas ou gerem situações complexas de uma maneira notável”.

(Benner, 2001, p.60)

Neste percurso de desenvolvimento de competências, foi preponderante proceder a uma fundamentação teórica baseada na evidência científica acerca da temática selecionada, e simultaneamente, rever as funções do Enfermeiro Especialista e respectivas competências na sua área de especialização, de forma a desenvolver este relatório e delinear o plano de ação que pretendia seguir ao longo do estágio clínico.

Na aquisição e desenvolvimento de uma competência, o enfermeiro passa por cinco níveis sucessivos de proficiência, as quais dizem respeito aos estadios de iniciado, de iniciado avançado, de competente, de proficiente e de perito, sendo estes níveis o reflexo de mudanças que ocorrem na aquisição de uma competência.

Neste âmbito, o objetivo não é encontrar o enfermeiro competente em todos os campos, apesar das circunstâncias ou do nível de formação (Benner, 2001).

O desenvolvimento de competências pressupõe a capacidade de agir em situação (Le Boterf, 2003). Também Perrenoud (1999), destaca que a abordagem por competência não deixa de lado o conhecimento, pressupondo-se a capacidade de mobilizar e transferir o conhecimento e o “saber agir” nos diferentes contextos.

Collière (1999, p.290) destaca que o campo de competência da Enfermagem “tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes”.

À noção de competências, não se pode atribuir a noção de quantificação. Por outro lado, qualquer conhecimento ou capacidade também não implicam competência, uma vez que esta significa possuir determinada disposição para agir de forma pertinente com vista a dar resposta a uma determinada situação.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) no n.º 3 do artigo 4.º define o enfermeiro especialista como:

o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

(REPE, 1996, p.3).

Os enfermeiros especialistas devem possuir competências acrescidas como aquelas competências que “permitem responder de uma forma dinâmica às necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos” (OE, 2007).

Os cuidados de enfermagem do enfermeiro especialista devem ir de encontro às crescentes necessidades e exigências da pessoa cliente e família a fim de se preconizar uma prática de cuidados de excelência. A capacidade de o enfermeiro se questionar sobre a sua prática, desenvolvendo uma atitude de questionamento constante das práticas, de flexibilidade de ideias e de debate, é fundamental neste processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

A perita “que tem uma enorme experiência, compreende, agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p.58).

O papel do enfermeiro especialista na prática de cuidados, corresponde àquele em que na sua área de atuação, não se limita apenas à prestação de cuidados especializados, tendo também uma vertente importante na investigação, na gestão e na formação, visando aumentar o seu conhecimento e a promoção do desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização.

No n.º 1, do artigo 4º, no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2011, p.4), estão mencionadas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental:

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

b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

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 de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, 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.

Na perspetiva das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2011), o EESMP, desenvolve o autoconhecimento e a gestão emocional, como pedras angulares da sua prática de cuidar. O desenvolvimento de conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico permitem-lhe desenvolver competências psico e socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

Ao longo deste estágio, desenvolvi uma prestação de cuidados, tendo em conta as necessidades específicas de cada cliente, os diversos contextos de atuação, os métodos de trabalho e estratégias de intervenção psicoterapêuticas permitindo-me desenvolver as competências específicas em ESMP, sem descuidar as competências gerais.

O planeamento de cuidados e as intervenções especializadas à pessoa com comportamento aditivo tiveram como base a díade doente/família e simultaneamente o empoderamento do cliente e família.

Na realização das atividades de enfermagem planeadas, refleti de forma crítica sobre o meu desempenho, esclarecendo dúvidas junto dos enfermeiros orientadores ou com a tutoria. A capacidade de me questionar, desenvolvendo uma atitude de questionamento constante das práticas, de confronto de ideias e de debate foi fundamental neste processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

Refletir a prática e produzir saber constituem um modo de estar na profissão, a fim de se desenvolverem competências que permitam a prestação de cuidados de excelência, em contextos de crescente mudança (Garrido et al, 2008).

Este estágio permitiu-me experienciar diversas vivências, viabilizando o desenvolvimento de intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e estruturadas para a promoção da adesão terapêutica, propondo-se essencialmente a promoção do conhecimento da doença, dos mecanismos de adaptação e estratégias facilitadoras do cumprimento da adesão terapêutica.

Ao tentar ajudar as pessoas a mudar comportamentos, a enfermeira age como um mediador psicológico e cultural utilizando objetivos com um fim terapêutico e esforçando-se por estabelecer e manter um ambiente terapêutico (Benner, 2001).

Integrada no seio da equipa multidisciplinar realizei intervenções de enfermagem de forma coordenada e mais sistematizada, contribuindo para a estabilidade interna do cliente/família, a fim de minimizar o sofrimento associado ao consumo de substâncias psicoativas.

As intervenções pautaram-se por prestar apoio, suporte, informação, dinamizando a relação com o outro de forma empática, com respeito, e oferecendo esperança. Foi preciso adaptar as técnicas e estratégias de comunicação e as intervenções a cada cliente.

Na relação com o outro mantive o desenvolvimento de competências comunicacionais e emocionais como a compreensão empática, o respeito, a autenticidade, a compaixão e a esperança, utilizando a escuta, o olhar, o toque, o convite a prosseguir e a gestão dos silêncios de forma terapêutica.

A aquisição de competências num domínio específico de enfermagem e o aprofundamento do conhecimento dá origem à profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está sujeita, permitindo uma ampla compreensão das respostas humanas em situações específicas, através do estabelecimento de intervenções de elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo e promovendo os ganhos em saúde.

4. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

“A compreensão dos conceitos do ambiente terapêutico é uma parte essencial do atendimento eficiente da enfermagem psiquiátrica”.
(Stuart & Laraia, 2001, p.741)

A prática clínica em ESMP englobou dois estágios que consistiram numa etapa fundamental para o desenvolvimento das competências como enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica.

O primeiro contexto de estágio que integrei foi um serviço especializado na prevenção e tratamento da pessoa com dependência alcoólica da região de Lisboa, que decorreu entre 17 de setembro e 28 de dezembro de 2012.

O segundo estágio foi realizado na região de Setúbal, numa vertente comunitária e decorreu numa unidade especializada na prevenção e tratamento do cliente com dependência de substâncias aditivas (principalmente heroína, cocaína e álcool) entre 3 e 31 de janeiro de 2013.

A opção por estes dois campos de estágio fez todo o sentido visto que as duas unidades de estágio têm características complementares, contribuindo ambas, para uma prestação de cuidados mais eficiente e diferenciado à pessoa com comportamentos aditivos em recuperação.

Elegi preferencialmente o desenvolvimento de intervenções que visaram promover o conhecimento da doença, da adesão terapêutica e dos mecanismos de adaptação e facilitação para o cumprimento do regime terapêutico negociado associados ao dia a dia do cliente/família, essencialmente através de estratégias educacionais e comportamentais, intervindo com a pessoa ou em grupo.

Face a este contexto defini como finalidade prestar cuidados ao adulto com comportamentos aditivos em recuperação, intervindo de uma forma mais específica na promoção da adesão terapêutica, quer em ambiente de internamento, quer na comunidade.

Os objetivos traçados neste projeto foram:

- Desenvolver as capacidades de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional, inerentes à formação especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;

- Identificar a dinâmica dos serviços e das equipas multidisciplinares e integrar-me no trabalho desenvolvido nos serviços especializados;

- Intervir com a pessoa com comportamento aditivo em recuperação, focando-me no fenómeno da adesão terapêutica versus recaída, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário.

No sentido do desenvolvimento pessoal e profissional foi utilizada a Escala de Avaliação de Autoeficácia Geral, de Pais Ribeiro, (1995), “Como eu sou” que permitiu aferir aspetos que se relacionavam com as minhas dimensões intrínsecas: *Iniciação e Persistência; Eficácia perante a Adversidade; Eficácia Social* (Anexo I).

Esta escala tem como objetivo avaliar o juízo que cada pessoa faz, sobre a sua capacidade individual para encarar e reagir a situações desconhecidas e inesperadas causadoras de *stress*. Trata-se de uma escala ordinal do tipo *Likert*, constituída por vinte e três (23) itens divididos em dois fatores: “autoeficácia geral” e “autoeficácia social” (Pais Ribeiro, 1995).

A cotação varia entre 0 e catorze (14). Quanto mais baixa é a pontuação, menor é a perceção da pessoa no que diz respeito à sua eficácia.

Neste percurso metodológico, também foi utilizada a Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) de Artur Barata Delgado e Maria Luísa Lima (2001), (Anexo II).

A escala MAT tem 7 itens e é ordinal, do tipo *Likert*, com 6 posições, em que a posição 1 corresponde a “Sempre” e a posição 6 corresponde a “Nunca”. Valores mais altos significam maior nível de adesão aos tratamentos.

A validade foi analisada através do critério de contagem de medicamentos, através do rácio entre o “número de medicamentos efetivamente tomados num período definido de tempo” e o “número de medicamentos prescritos”, obtendo-se a percentagem de adesão ao tratamento de cada pessoa envolvida no estudo.

A análise dos dados recolhidos foi realizada através do teste do Qui-quadrado e da correlação entre a percentagem de indivíduos classificados como aderentes ou não aderentes, tanto pelo rácio como pelo *self-report*.

A utilização desta escala foi pertinente devido à existência de diversos comportamentos ou crenças que podem influenciar a adesão terapêutica, permitindo

ajustar mais adequadamente as minhas estratégias de intervenção junto da pessoa e família.

A amostra consistiu em vinte e cinco (25) participantes e foram utilizados como critérios de inclusão: a) a livre participação no estudo; b) clientes internados no serviço; c) orientados no espaço, auto e alo psicicamente.

Neste percurso de aprendizagem foi ainda determinante a realização de entrevistas de acolhimento ao cliente e família. As entrevistas de acolhimento ao cliente/família visaram a determinação dos diagnósticos de enfermagem, o planeamento e a implementação da ação.

A entrevista inicial permitiu a avaliação de alguns diagnósticos com o cliente e família e das motivações e expectativas sobre o tratamento utilizando-se um instrumento de colheita de dados existente no serviço com questões abertas e fechadas (Anexo III).

5. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA PESSOA COM DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA NA REGIÃO DE LISBOA

“As habilidades que a enfermeira aplica no quotidiano e que testemunham a sua competência são talhadas no decurso da sua aquisição das suas qualidades pessoais, dos seus conhecimentos, assim como das suas experiências de vida e de cuidados.”

(Phaneuf, 2005, p.5)

O serviço especializado na prevenção e tratamento da pessoa com dependência alcoólica é indicado para pessoas com síndrome de abuso ou dependência de álcool e/ou outras drogas que não conseguem manter-se em recuperação apenas em regime de ambulatório.

O serviço de internamento integra duas grandes valências: o serviço de ambulatório e o serviço de internamento e não dispõe de serviço de urgência.

A equipa multidisciplinar neste serviço é composta por médicos psiquiatras, enfermeiros especialistas em ESM e enfermeiros de cuidados gerais, psicólogos e técnicos da área psicossocial, técnicos de serviço social, secretários de unidade, assistentes operacionais. Um dos enfermeiros especialistas em ESM também exerce funções de coordenação do internamento.

O internamento obedece a uma lista de espera e não tem custos para o cliente.

O internamento disponibiliza vinte (20) vagas para clientes do sexo masculino e cinco (5) vagas para clientes do sexo feminino e funciona de acordo com três grandes áreas de intervenção: a) a área médica que se ocupa da desintoxicação física do álcool e/ou drogas e de qualquer problema físico que ocorra com o cliente durante o internamento; b) a área de enfermagem de cuidados; e c) a área psicossocial constituída por uma equipa psicoterapêutica responsável por dois grupos de clientes que se constituem sempre no momento do acolhimento, a fim de simplificar a abordagem ao cliente no trabalho psicoterapêutico (grupo A e grupo B).

A duração do internamento dos clientes é normalmente de quatro semanas, podendo prolongar-se, caso o cliente concorde e se a equipa multidisciplinar considerar ser o mais adequado dentro do plano terapêutico negociado.

O internamento é feito em regime de porta aberta e os clientes além de cumprirem regras de disciplina e disporem de direitos e deveres, também são ativos nas atividades terapêuticas que se desenvolvem. Destas atividades fazem parte, por exemplo, conferências e sessões de informação com famílias, reuniões de alcoólicos anónimos (AA) ou narcóticos anónimos (NA), e Al-Anom (destinadas aos familiares de alcoólicos), palestras educativas, psicoterapia emocional de grupo, entre outras.

O modelo terapêutico utilizado no internamento é uma adaptação do Modelo Minnesota, um modelo psicoterapêutico que visa para a pessoa um projeto de vida que inclua a abstinência total de álcool e outras drogas.

O cliente deverá ter um corresponsável no seu tratamento, ou seja, uma pessoa próxima que o acompanhe no seu tratamento, nomeadamente nas consultas, ou nas conferências de família. Seguindo um programa psicoterapêutico, os cuidados prestados ao cliente pela equipa multidisciplinar são desenvolvidos numa perspetiva de tratamento, acompanhamento, reabilitação e reintegração do mesmo na família/sociedade.

Os enfermeiros na sua prática, desenvolvem processos de avaliação, planeamento e realização de intervenções visando o tratamento/reabilitação psicossocial, conforme um plano traçado de atividades semanais, onde se procura realizar um processo de trabalho com a pessoa dependente e com a família.

As intervenções de enfermagem que mais destaque neste serviço são: o Acolhimento, as Reuniões de família, as sessões psicoeducativas, a participação no tratamento aversivo do álcool (Dissulfiram), os jogos terapêuticos, as sessões de relaxamento e os passeios ao exterior com vista a favorecer o movimento e a libertação de fatores de *stress* através da distração, experiência e vivência com a natureza.

Estas intervenções com vista à alteração de atitudes e comportamentos permitem ao cliente vivenciar nomeadamente uma compreensão da doença, implicações e consequências pessoais e de saúde a curto e a longo prazo.

5.1. Do Planeamento à Avaliação das Intervenções de ESMP

A primeira semana de estágio nesta unidade de saúde foi pautada pela integração e conhecimento do serviço, das suas dinâmicas, filosofia, missão, métodos e modelos de intervenção. A perceção global do funcionamento do serviço de internamento, possibilitou-me pôr em prática de forma mais organizada, as intervenções e estratégias que pretendia implementar.

Na primeira semana de estágio tinha como objetivo desenvolver a relação interpessoal. Esta iniciou-se com o apoio aos clientes internados nomeadamente através da avaliação de sinais vitais e da administração de terapêutica, permitindo uma relação intencional tendo de permissão um instrumento, e à medida que fui ganhando confiança com os clientes internados, a relação interpessoal foi ganhando forma e sem objecto intermediário.

Este período facilitou a comunicação e a diminuição de alguma ansiedade subjacente a novas experiências.

Pretendia designadamente gerir os meus sentimentos de contratransferência em função das representações sociais da pessoa dependente de álcool ou outra dependência e desenvolver uma proximidade relacional com os clientes.

Neste percurso formativo, uma das principais competências que pretendia desenvolver era a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional, inerentes à formação especializada em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ou seja, pretendia obter um maior conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira.

Na continuidade do desenvolvimento desta competência pessoal procedi mensalmente ao preenchimento da escala Escala de Avaliação de Autoeficácia Geral, de Pais Ribeiro, (1995), “Como eu sou” e realizei vários diários de aprendizagem, cuja discussão e reflexão com os orientadores me permitiu compreender algumas inseguranças na prestação de cuidados e no estabelecimento da relação terapêutica (Apêndice I).

Síntese dos resultados da Escala de Avaliação de Autoeficácia Geral:

Depois de analisados os resultados do preenchimento da escala, verificou-se um aumento dos scores totais: a primeira avaliação=8; a quinta avaliação=12. Os

valores apresentados remetem para uma crescente auto percepção relativamente à eficácia perante a adversidade.

Com o decorrer do estágio, estes aportes foram visíveis do ponto de vista pessoal e interpessoal e ainda da compreensão das problemáticas complexas individuais e familiares que caracterizam o sofrimento do cliente adito e dos seus familiares.

Na prestação de cuidados, o momento do **acolhimento** ao cliente e família foi fundamental para o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança, necessária na integração como enfermeira estagiária da especialidade ESMP. O acolhimento foi essencial na abordagem inicial, para avaliar o insight do cliente e família relativamente à problemática da dependência alcoólica.

Muitos clientes apresentavam dificuldade em admitir os consumos abusivos de álcool e suas consequências nas diferentes áreas de vida, pelo que era fundamental o estabelecimento de uma relação empática e de confiança.

Na colheita de dados identifiquei algumas necessidades e estabeleci prioridades, possibilitando uma intervenção de acordo com as necessidades identificadas.

A entrevista inicial e a observação do cliente foram por vezes insuficientes para a identificação/avaliação dos diagnósticos, tendo sido necessário realizar um *update* de diagnósticos (reavaliação).

As **entrevistas** de enfermagem realizadas durante o acolhimento possibilitavam a transmissão de informação e dados que eram importantes para o seguimento médico e de enfermagem, visando iniciar-se o projeto terapêutico específico negociado com o cliente.

Nos diversos acolhimentos realizados utilizaram-se técnicas de comunicação verbais e não verbais que facilitaram a expressão de sentimentos, preocupações/dificuldades, emoções vividas pelo cliente tais como: tristeza, culpa, incerteza, ansiedade, vergonha, e ainda a vivência do estigma.

Nas intervenções desenvolvidas utilizei técnicas de comunicação e estratégias relacionais convidando-os a reconhecer as dificuldades e preocupações inerentes ao sofrimento associado à dependência alcoólica.

Após o início do desenvolvimento de uma relação terapêutica com os clientes pautada pelos princípios da relação de ajuda, foram propostas, em conjunto com os

orientadores de estágio, a elaboração de algumas intervenções terapêuticas que incluíam a **psicoeducação**, os **jogos terapêuticos** e as **técnicas de relaxamento**.

Tabela 1. Principais intervenções de cariz psicoterapêutico efetuadas e os seus objetivos terapêuticos.

Principais Intervenções de cariz psicoterapêutico	Objetivos terapêuticos	Observações
Entrevista inicial com o cliente e família	Desenvolver a relação interpessoal, dinamizar a relação de ajuda, desenvolver técnicas de comunicação/ estratégias relacionais e psicoterapêuticas.	Foram realizadas várias entrevistas ao longo do estágio
Planeamento e realização da Técnica de Relaxamento Progressivo com Imaginação Guiada	Promover a redução de respostas negativas à ansiedade e ao <i>stress</i> ; a estimulação da concentração e da memória; elevar o autoconhecimento; promover o fortalecimento da minha relação terapêutica com os clientes.	9 de outubro de 2012
Planeamento e realização do jogo terapêutico “Apresentação da pessoa ao grupo”.	Promover um pensamento reflexivo sobre atitudes e comportamentos passíveis de mudança na sua forma de pensar e de estar.	25 de outubro de 2012
Preenchimento da Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) pelos clientes.	Permitir o ajuste das estratégias de intervenção junto da pessoa e família, tomando conhecimento de diversos comportamentos ou crenças que podem influenciar a adesão terapêutica.	5 de dezembro de 2012
Apresentação dos resultados da Escala MAT.	Dar a conhecer os resultados sobre as respostas dadas e refletir sobre os dados.	20 de dezembro de 2012
Elaboração de cartazes e folhetos informativos com o tema “Adesão terapêutica”.	Informar, educar e esclarecer; promover a adesão ao tratamento.	20 de dezembro de 2012
Planeamento e realização da sessão psicoeducativa com o tema “Adesão Terapêutica”.	Motivar os clientes a prosseguir o tratamento/ promover a autoeficácia para a mudança de comportamentos e aquisição de estilos de vida mais saudáveis.	20 de dezembro de 2012
Planeamento e realização do jogo terapêutico “Apresentação do conceito de adesão terapêutica”.	Promover as relações interpessoais em grupo; a relação terapêutica enfermeira-cliente; a integração e relações interpessoais dos novos elementos no grupo (conhecer e dar-se a conhecer); a criatividade, a concentração e a memória e colocar os indivíduos numa situação ativa de reflexão, escuta e respeito pelo momento de partilha do outro.	28 de dezembro de 2012

No âmbito do planeamento das atividades psicoeducativas desenvolvidas no serviço, realizei uma sessão psicoeducativa, tendo uma finalidade simultaneamente educativa e pedagógica.

A **sessão psicoeducativa** (Apêndice II) foi desenvolvida com base nos diversos aspetos que envolvem o fenómeno da adesão terapêutica no campo do regime de tratamento da pessoa adita em recuperação e englobava um processo prévio que dizia respeito ao levantamento de dados entre os clientes internados, por meio da Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (**MAT**).

Posteriormente foi realizada a análise dos resultados e estes foram depois apresentados durante a apresentação da sessão psicoeducativa.

Resultados (N= 25)

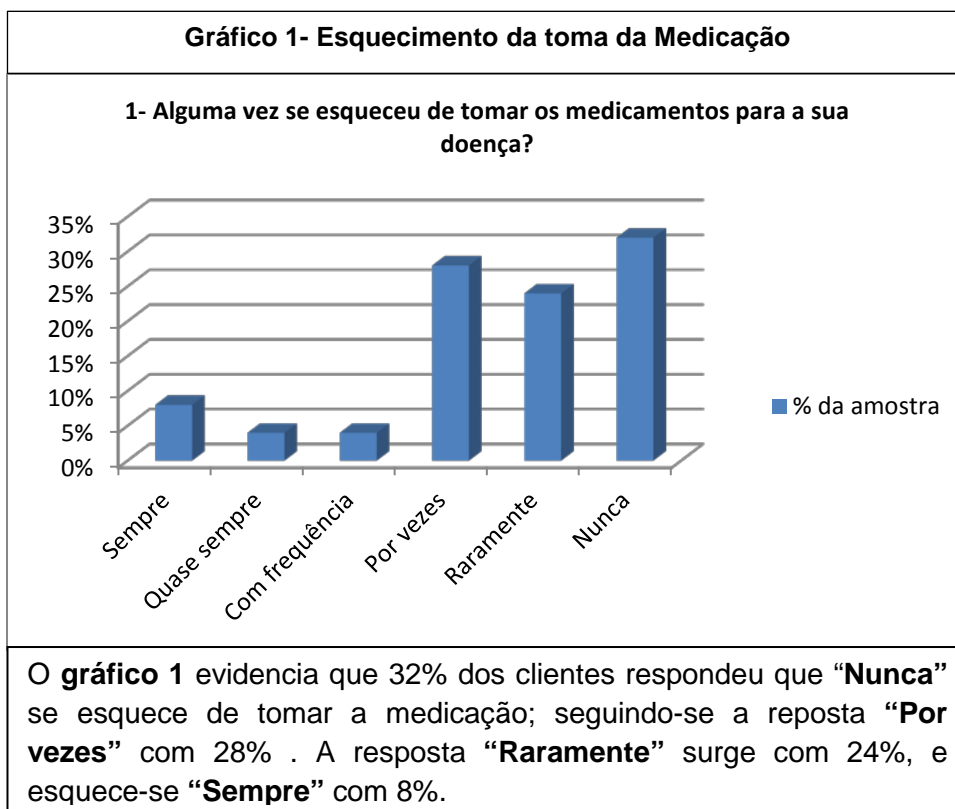
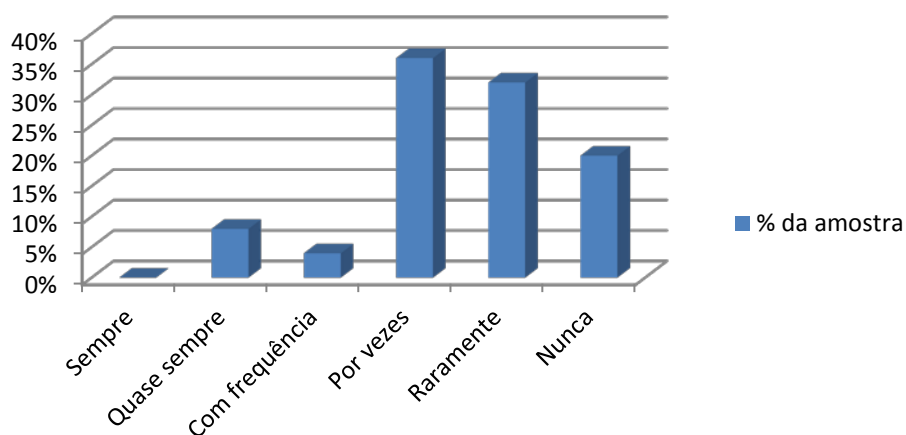


Gráfico 2- Cuidado com o Horário Terapêutico

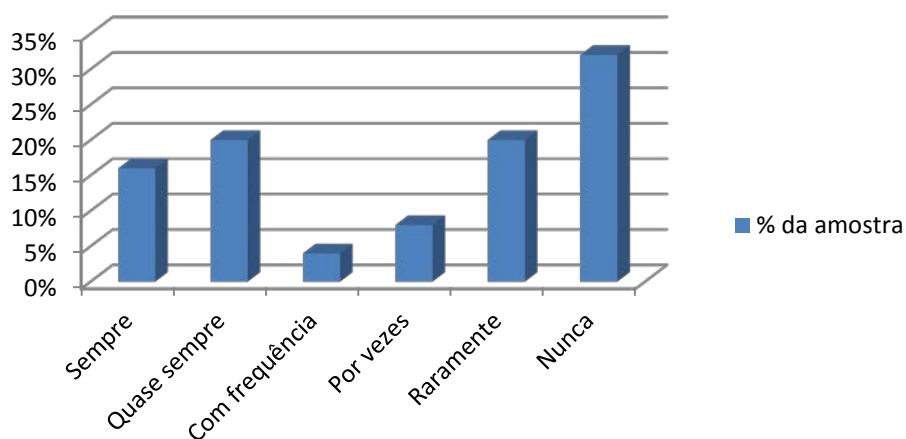
2- Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?



O **gráfico 2** evidencia que 36% dos clientes respondeu que “**Por vezes**” se descuida com as horas da toma dos medicamentos; seguindo-se a resposta “**Raramente**” com 32%. A resposta “**Nunca**” surge com 20% e “**Quase sempre**” com 8%.

Gráfico 3- Abandono da Medicação por se sentir melhor.

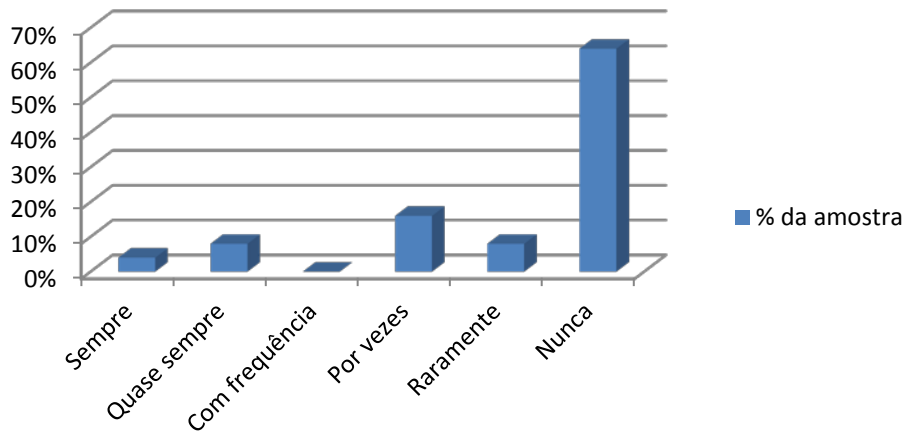
3- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?



O **gráfico 3** evidencia que 32 % dos clientes “**Nunca**” deixa de tomar a medicação por se sentir melhor; seguindo-se a resposta “**Raramente**” e “**Quase sempre**” com 20%. A resposta “**Sempre**” surge com 16% e “**Por vezes**” com 8%.

Gráfico 4-Abandono da Medicação por se sentir pior.

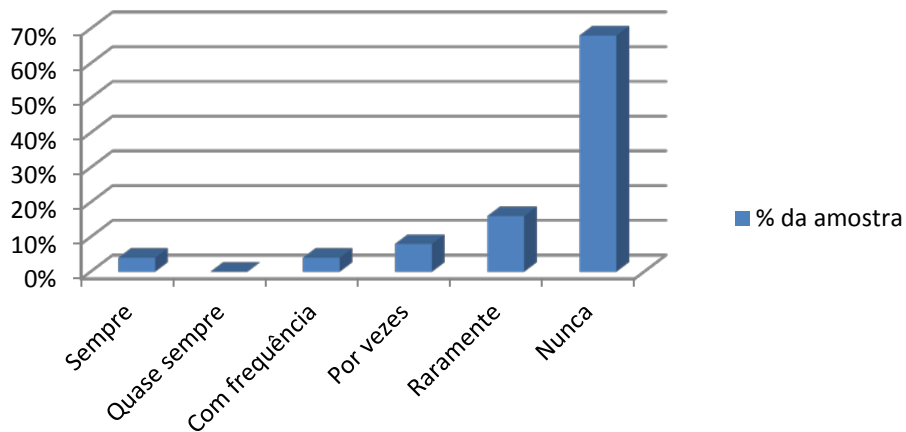
4- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?



O **gráfico 4** evidencia que 64% dos clientes respondeu que **“Nunca”** deixa de tomar a medicação quando se sente pior; seguindo-se a resposta **“Por vezes”** com 16%. A resposta **“Quase sempre”** e **“Raramente”** surge com 8% e **“Sempre”** com 4%.

Gráfico 5- Automedicação por se sentir pior.

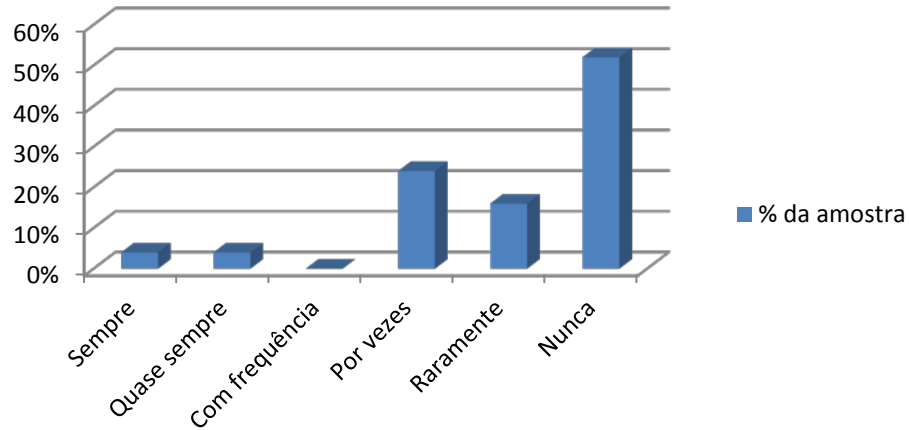
5- Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?



O **gráfico 5** evidencia que 68% dos clientes **“Nunca”** se automedicam por se sentirem pior; seguindo-se a resposta **“Raramente”** com 16%. A resposta **“Por vezes”** surge com 8% e **“Sempre”** e **“Com frequência”** “ com 4%.

Gráfico 6- Interrupção da medicação por deixar acabar os medicamentos.

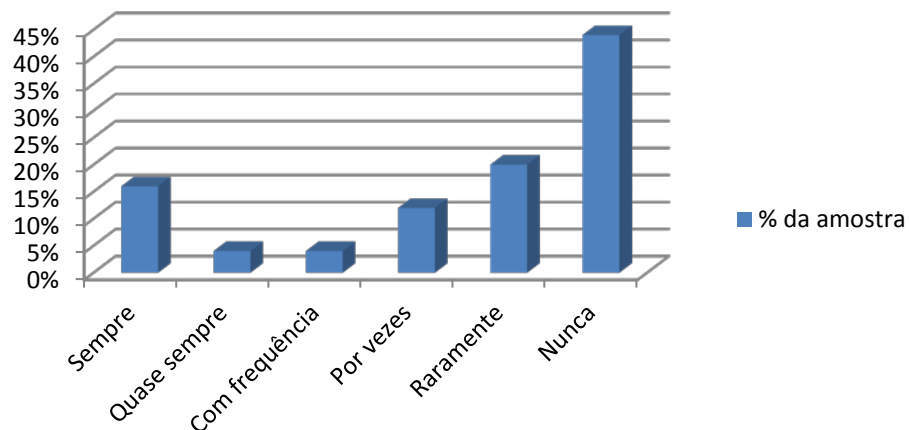
6- Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?



O **gráfico 6** evidencia que 52% dos clientes “**Nunca**” interrompem a medicação por deixarem acabar os medicamentos; seguindo-se a resposta “**Por vezes**” com 24%. A resposta “**Raramente**” surge com 16% e “**Sempre**” e “**Quase sempre**” com 4%.

Gráfico 7- Abandono da medicação por outro motivo que não seja médico.

7- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?



O **Gráfico 7** evidencia que 44% dos clientes respondeu que “**Nunca**” deixa de tomar a medicação sem ser por indicação médica; seguindo-se a resposta “**Raramente**” com 20%. A resposta “**Sempre**” surge com 16% e “**Por vezes**” com 12%.

O objetivo geral da aplicação da escala “Medida de Adesão aos Tratamentos” aos clientes consistiu em através das respostas dadas, ajustar mais adequadamente as minhas estratégias de intervenção junto da pessoa e família devido à existência de diversos comportamentos ou crenças que podem influenciar a adesão terapêutica.

Atendendo aos números da inadequada adesão aos tratamentos e aos objetivos traçados nesta prática clínica, era importante a utilização deste instrumento visando fornecer-me um esboço do perfil de adesão terapêutica dos clientes envolvidos.

Dentro do objetivo geral enunciado, apresentava ainda o propósito específico da compreensão dos problemas e dificuldades relacionados com a adesão terapêutica adequada.

Os resultados obtidos não responderam positivamente às minhas expectativas quanto ao objetivo geral e ao propósito específico enunciados.

Com efeito, no que se refere às respostas dadas ao item 1 “Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?”, ao item 3 “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?”, estas apontaram para que existisse adesão terapêutica por parte da maioria dos clientes.

O esboço do perfil de adesão terapêutica dos clientes envolvidos no estudo apontou para clientes cumpridores e aderentes aos tratamentos, aspeto evidenciado também pelas respostas dadas ao item 4 “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?”, item 5 “Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?”; item 6 “Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?” e item 7 “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?” em que a resposta dada pela maioria dos clientes foi “Nunca”.

Os dados obtidos com a aplicação da escala “Medida de Adesão aos Tratamentos” são corroborados pelos dados obtidos na literatura.

Existem fatores que influenciam a forma como respondemos aos questionários estruturados.

Haaijer-Ruskamp e Hemminki (1993) salientam o constrangimento da pessoa dividida pelo seu desejo de responder o que considera correto socialmente e baseando-se nas suas representações sociais e a pressão mesmo não intencional que a pessoa sente, quando entende o questionário por exemplo como uma forma de inquisição.

O papel do interveniente que coloca o questionário também é abordado, na medida em que deve ter uma relação de confiança com a pessoa e procurar compreender o conjunto de significados que a pessoa atribui às perguntas apresentadas e às respostas dadas.

Segundo Haaijer-Ruskamp e Hemminki (1993), os métodos qualitativos, trazem vantagens neste caso, onde são desenvolvidas metodologias que favorecem o estudo de determinados fenómenos em maior profundidade, como as entrevistas abertas, evidenciando os objetivos do estudo em fatores sociais, culturais, psicológicos e sua influência no uso da terapêutica e cumprimento dos tratamentos.

Neste tipo de abordagem, pode apreciar-se a compreensão por exemplo dos significados do uso de medicamentos e utilizar-se a contribuição das ciências sociais para o entendimento da questão, principalmente porque se considera o campo da saúde como um corpo complexo de conhecimentos que vão orientar as atitudes em relação aos cuidados de saúde em geral.

Segundo Teixeira et al. (2000) o cliente, ou o responsável por ele, constituem o objetivo e o objeto das investigações e das ações para a promoção da adesão, já que é onde estão centrados os fatores que interferem na adesão terapêutica, revelando o contexto individual, familiar e social.

Os autores referem que motivos considerados sem importância pelo profissional de saúde muitas vezes são aqueles que realmente determinam a adesão ou não de determinado tratamento pelo cliente.

Uma vez que a escala foi aplicada ao grupo sem um acompanhamento individual e como tal sem compreensão real dos significados psicológicos, sociais, culturais de cada um, penso haver correspondência com as limitações da aplicação de questionários encontradas na literatura, ou seja, eram previsíveis os resultados obtidos.

A **psicoeducação** como intervenção de enfermagem é fundamental na medida em que promove atividades que favorecem o bem-estar, a autorrealização, o

desempenho pessoal e os comportamentos positivos. Pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e do realce dos estilos de vida saudáveis (Bugalho & Carneiro, 2004).

O planeamento (Apêndice III) e realização da sessão psicoeducativa com o tema “**Adesão Terapêutica**” tiveram como objetivos principais motivar os clientes a prosseguir o tratamento, transmitindo informação sobre os seus diversos efeitos benéficos a nível orgânico, psicológico, familiar e social, e promover a autoeficácia para a mudança de comportamentos e aquisição de estilos de vida mais saudáveis.

A finalidade desta intervenção consistia em capacitar os clientes com estratégias que lhe permitissem desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, promovendo-se essencialmente a auto-consciencialização da situação de dependência alcoólica enquanto problema de saúde e a compreensão da importância da adesão terapêutica no processo terapêutico.

No final da sessão foram colocadas oito (8) questões abertas aos clientes sobre os conteúdos expostos e debatidos. A avaliação da sessão consistiu num processo que estimulou o pensamento reflexivo sobre a apreensão dos conteúdos, utilizando-se as questões como instrumentos terapêuticos (Apêndice IV). Os clientes apreenderam com interesse os conteúdos da sessão uma vez que foram participativos e procuraram o esclarecimento em alguns tópicos.

No âmbito da sessão psicoeducativa elaborei também alguns cartazes (Apêndice V) e folhetos (Apêndice VI), que exploravam a problemática da adesão terapêutica com conceitos chave e de fácil apreensão, cujo a informação e o esclarecimento constituíram estratégias de promoção da adesão ao tratamento.

Estas intervenções visavam possibilitar aos clientes um aumento do suporte informativo, afetivo e comportamental, possibilitando simultaneamente o alicerce de competências sociais.

Os **jogos terapêuticos** podem diminuir problemas da relação interpessoal, já que promovem a colaboração e a participação entre pessoas e desenvolvem a sensibilidade em relação aos problemas dos outros.

Partindo destes pressupostos, desenvolvi dois jogos terapêuticos realizando dinâmicas de grupo facilitadoras da expressão de sentimentos, emoções e experiências, e tendo como finalidade despertar os clientes para a aquisição de novos modos de pensar, sentir e de estar em relação com os outros.

O jogo terapêutico com o tema “**Apresentação da pessoa ao grupo**” (Apêndice VII) incluía questões abertas delineadas por mim (Apêndice VIII), abordando-se a temática do comportamento aditivo e repercussões em todas as esferas da pessoa, depois da aprovação por parte dos enfermeiros orientadores.

Este jogo terapêutico visava o reforço da consciência e aceitação da doença pelo cliente e a promoção da integração e das relações interpessoais entre os novos elementos no grupo (conhecer e dar-se a conhecer).

No decurso desta atividade dinâmica, os clientes revelaram ao grupo vivências, emoções e sentimentos e colocaram-se numa situação ativa de reflexão, escuta e respeito pelo momento de partilha do outro.

A avaliação foi efetuada através da discussão do jogo terapêutico em que as respostas dos clientes levaram-me a concluir que a atividade possibilitou-lhes o desenvolvimento do pensamento reflexivo sobre atitudes e comportamentos passíveis de mudança.

A realização do jogo terapêutico com o tema “**Apresentação do conceito de adesão terapêutica**” (Apêndice IX) tinha como finalidade a promoção das relações interpessoais, da relação terapêutica enfermeira-cliente, da integração e relações interpessoais dos novos elementos no grupo (conhecer e dar-se a conhecer) e da adesão terapêutica.

Foi realizada uma sessão de dinâmica de grupo em que foram escolhidas algumas imagens relacionadas com o tema da adesão terapêutica retiradas de revistas e da internet depois de aprovadas pelos enfermeiros orientadores (Apêndice X). Seguiu-se posteriormente a fixação de cada imagem no quadro expositivo e a anotação dos conceitos gerais que imergiram.

No decurso da atividade de grupo, os clientes partilharam experiências e exprimiram sentimentos e emoções. As intervenções no “aqui e agora” possibilitaram o reforço dos feedbacks positivos e da promoção da autoeficácia na mudança de comportamentos. Neste âmbito, sinalizaram-se também situações de risco relativamente à incidência da recaída e promoveu-se o planeamento de estratégias a desenvolverem no dia-a-dia.

A avaliação da sessão foi obtida pelas respostas dos clientes que demonstraram o desenvolvimento da consciencialização da importância da adesão

terapêutica para o tratamento da dependência de substâncias psicoativas e a importância da manutenção de hábitos de vida saudáveis.

Os clientes por se encontrarem num ambiente diferente do seu cotidiano experimentam algum grau de ansiedade e *stress*, pelo que é importante a realização de intervenções direcionadas para a diminuição desses níveis.

O relaxamento pode ser definido como um estado de consciência representado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo, conseguido através de um conjunto de exercícios que se desenvolvem com o doente, e capacitando as pessoas para gerir situações stressantes (Ryman,1995) citado por (Payne, 2003).

Compreendendo a importância da dinamização de **técnicas de relaxamento** como ferramenta terapêutica, decidi planejar e concretizar uma sessão de relaxamento utilizando a **Técnica de Relaxamento Progressivo com Imaginação Guiada** (Apêndice XI).

Com a aplicação desta técnica de relaxamento, pretendia possibilitar aos clientes sentimentos de bem-estar, o desenvolvimento do autoconhecimento e promover a abertura a novas aprendizagens e mudanças pessoais, visando também o fortalecimento da minha relação terapêutica com os clientes.

A sessão de relaxamento foi orientada através da imaginação guiada. Nesta intervenção foi dada liberdade a cada participante para escolher o seu próprio cenário, em que se apelava aos detalhes visuais, odores, texturas, etc.

Permiti que encontrassem um espaço agradável, capaz de induzir a calma, a tranquilidade e a serenidade. A exploração do cenário evocado proporcionou a partilha de sentimentos e emoções.

As respostas dos clientes levaram-me a concluir que foram vivenciadas sensações agradáveis afastando pensamentos perturbadores.

Ao longo da sessão também foram observados sinais de relaxamento e diminuição da tensão muscular avaliados pela postura relaxada e pela frequência respiratória lenta que os clientes apresentaram.

A comunicação revela-se como um ponto-chave para que os processos resultantes das **reuniões de avaliação dos cuidados multidisciplinares** sucedam proveitosamente.

Ao longo do estágio participei em várias reuniões de avaliação dos cuidados multidisciplinares visando a análise e reflexão da prática de cuidados. Nestas reuniões era realizada a discussão dos projetos terapêuticos dos clientes internados/recém-chegados ao serviço ou a avaliação das intervenções terapêuticas efetuadas. Atualizava-se também a informação sobre os clientes, dificuldades ou preocupações e problemas manifestados no internamento.

A minha interação no seio da equipa de enfermagem destacou-se por uma postura de parceria e aprendizagem. Particpei ativamente nos momentos de passagem de turno com a partilha de vivências, dificuldades, intervenções de enfermagem e propostas de intervenção, promovendo a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

O domínio progressivo das competências técnicas e relacionais refletiu-se numa postura pautada por uma confiança crescente, o que me permitiu discutir processos terapêuticos, o planeamento e as intervenções de enfermagem implementadas, e simultaneamente fornecer dados sobre a eficácia das mesmas.

Verifiquei gradualmente a consolidação dos meus vínculos com os outros profissionais de saúde, refletindo-se no meu desenvolvimento pessoal e de aprendizagem, e senti-me valorizada, com um papel ativo na equipa de enfermagem.

6. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE ESPECIALIZADA NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO CLIENTE TOXICODEPENDENTE DA REGIÃO DE SETÚBAL

“Uma relação não pode ser satisfatória se o interveniente não tem interesse pelo cliente e por aquilo que ele comunica e, não deseja compreender o seu ponto de vista e ser honesto com ele”.

(Chalifour, 2008)

A segunda fase do meu estágio clínico decorreu numa unidade especializada na prevenção e tratamento do cliente toxicodependente da região de Setúbal.

Esta unidade, em funcionamento desde o ano de 2001, destina-se ao atendimento/apoio de pessoas toxicodependentes e seus familiares de acordo com o pedido e a indicação terapêutica, e tem como finalidade prestar cuidados de saúde mental a pessoas que procuram para si um projeto de recuperação em regime de ambulatório, através de intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar que presta cuidados globais a toxicodependentes e às suas famílias, individualmente ou em grupo, adaptando as modalidades terapêuticas mais apropriadas para cada situação.

A unidade tem como missão a promoção da abstinência e de hábitos de vida saudáveis, através de um modelo de abordagem biopsicossocial com várias intervenções junto da comunidade, articulando-se com outras instituições como farmácias, Centros de Saúde, o Centro de Emprego da região, entre outras. Com o objetivo da integração social da pessoa.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos psiquiatras, enfermeiros especialistas em ESM e enfermeiros de cuidados gerais ou de outras especialidades em enfermagem, psicólogos e técnicos da área psicossocial, técnicos de serviço social, secretários de unidade/administrativos.

Existem dois programas distintos de tratamento nesta unidade: o programa de substituição de opiáceos com Metadona e o programa de substituição de opiáceos com Buprenorfina de Alta Dose, existindo uma intervenção direta dos enfermeiros na preparação e administração/distribuição das quantidades, e cuja prescrição está ao cargo da equipa médica após uma avaliação multidisciplinar global do cliente.

No âmbito do programa de tratamento com Metadona, e dado o seu cariz de continuidade ao longo do tempo, é possibilitado aos enfermeiros a identificação de

necessidades de saúde e conseqüentemente o planeamento e implementação de intervenções individualizadas. Em alguns casos a toma assistida de medicação antirretroviral e do aversivo do álcool (*Dissulfiram*), um agente terapêutico coadjuvante no tratamento da dependência alcoólica, é realizada nesta unidade de tratamento visando a promoção da adesão terapêutica.

O método de **Gestor de Caso** existente nesta unidade consistiu num aspeto essencial para a consolidação da minha aprendizagem e desenvolvimento de competências. Na perspetiva de gestor de caso, o enfermeiro é mediador em diversos assuntos que envolvem as necessidades do cliente e da família, procurando delinear um plano de cuidados individualizado, elaborado em conjunto com a pessoa e família.

Nesta unidade são disponibilizadas aos seus clientes consultas de diversas especialidades como Psiquiatria, Psicologia, do foro do Serviço Social e de Enfermagem, visando também a otimização dos cuidados e o acompanhamento mais completo possível do cliente e família contemplando todas as vertentes da problemática dos comportamentos de adição.

Esta diversidade de consultas engoba a consulta de Enfermagem, a consulta de admissão ao programa de Metadona ou Buprenorfina, a consulta no âmbito do Programa Viver em Equilíbrio, a consulta de Gestor de Caso, a consulta de Problemas Ligados ao Álcool, entre outras, e são desenvolvidos também programas de monitorização à abstinência, reuniões de grupos de prevenção da recaída, grupos de famílias, onde o enfermeiro desempenha o fio condutor, organizando, promovendo, gerindo e dando o seu contínuo contributo no seio da equipa multidisciplinar. Destacam-se:

- **Consulta de Enfermagem:** promove-se o desenvolvimento de várias atividades como a) a deteção de problemas ou potenciais problemas, assim como as capacidades de saúde disponíveis por parte do cliente/família; b) a seleção prioritária de necessidades e objetivos gerais e específicos; c) a elaboração, avaliação e formulação do plano de intervenções de enfermagem com eventuais ajustes do projeto terapêutico negociado de recuperação/manutenção de saúde.

- **Programa Viver em Equilíbrio:** visa incutir hábitos de vida saudáveis nos clientes/famílias promovendo a mudança de comportamentos. As intervenções desenvolvidas individualmente ou em grupo, no âmbito da alimentação, atividade

física e outras, pretendem promover nomeadamente a diminuição dos números de co morbidade na população.

- **Grupo de Famílias com Problemas Ligados ao Álcool:** intervenção grupal aos familiares de clientes com abuso ou dependência alcoólica, onde é promovido o autoconhecimento e a expressão de sentimentos e vivências. Presta-se ainda informação sobre o processo aditivo e o tratamento da dependência alcoólica possibilitando-se o desenvolvimento de competências para lidarem com situações eminentes de risco de recaída do cliente.

- **Grupo de Prevenção da Recaída:** visa melhorar o ajustamento familiar e social do doente/família reforçando os comportamentos que ajudam a prevenir as recaídas. Nestas intervenções também é promovido o autoconhecimento e a expressão de sentimentos e vivências perante a fase de manutenção da abstinência, desenvolvendo-se com o cliente estratégias e permitindo a sua consciencialização no que diz respeito à capacidade para identificar, lidar e antecipar situações de risco de recaída.

- **Grupo de Acolhimento ao Álcool:** é promovido o conhecimento sobre a doença aditiva e progressiva, e a expressão livre de sentimentos e vivências. Presta-se ainda informação sobre as formas de tratamento da dependência ou abuso de álcool, e incute-se na pessoa o desenvolvimento de estratégias e competências para lidar com a sua doença, promovendo-se no cliente a motivação e a predisposição para a mudança.

6.1. Do Planeamento à Avaliação das Intervenções de ESMP

Terminada a minha prática clínica na vertente de internamento, iniciei uma nova etapa neste processo de aprendizagem de competências e aquisição de conhecimentos, tendo a vertente de ambulatório como palco dos cuidados.

O internamento é uma das formas de tratamento no cuidado à pessoa com comportamentos aditivos, mas constitui apenas uma etapa do processo terapêutico.

Os aspetos psicossociais exercem um papel fundamental na manutenção da abstinência sendo fundamental trabalhar com a pessoa a motivação para se manter abstinente e evidenciar o papel basilar da adesão terapêutica no processo de recuperação do cliente e família.

Os primeiros dias neste campo de estágio foram pautados pela integração e conhecimento da unidade. No processo de integração inicial, desejava conhecer os recursos humanos, físicos e materiais à disposição da equipa multidisciplinar e simultaneamente aprofundar conhecimentos no que dizia respeito a conhecer a filosofia, missão e objetivos da instituição, o modelo de cuidados utilizado, métodos de trabalho e os projetos em desenvolvimento na unidade.

Neste estágio mantive o processo reflexivo iniciado na prática clínica anterior (Apêndice I) com contributos essenciais para a consolidação do meu desenvolvimento pessoal e profissional, visando adquirir uma maior consciência e autoconhecimento, que me permitia estar mais apta para estabelecer a relação de ajuda no contato interpessoal.

O interveniente deve conhecer os processos (que favorecem o nosso autoconhecimento e a clarificação do que queremos, do que fazemos e do porque fazemos) e reconhecer as suas manifestações, uma vez que só desta forma, reúne as circunstâncias necessárias para determinar o que vive na presença do cliente e selecionar as intervenções mais apropriadas (Chalifour, 2008).

No decorrer deste contexto de estágio, constatei que o funcionamento desta unidade de ambulatório tinha pontos comuns com o serviço de internamento da prática clínica anterior, essencialmente no acompanhamento e no tipo de ajuda orientada, especializada e específica que é prestada ao cliente/família pela equipa multidisciplinar, mas a sua dinâmica era marcada por algumas diferenças.

Uma característica predominante desta unidade são os clientes adictos de heroína e/ou cocaína em recuperação, embora exista também um grande número de clientes adictos em recuperação de mais de uma substância, como o álcool.

Outra característica distinta desta dinâmica de cuidados consiste na deslocação dos clientes à unidade em períodos de maior ou menor duração e como tal as intervenções e estratégias que pretendia conduzir tinham de ser adaptadas.

Neste âmbito mantive o desenvolvimento de competências na área da comunicação e das estratégias relacionais visando o desenvolvimento da relação interpessoal e o aperfeiçoamento da relação de ajuda profissional.

Durante esta prática clínica, tive a oportunidade de observar e participar nas diversas consultas efetuadas no âmbito do processo de apoio ao cliente: a Consulta de Enfermagem, a Consulta de admissão ao programa de Metadona ou

Buprenorfina; a Consulta no âmbito do Programa Viver em Equilíbrio; a Consulta de Gestor de Caso; a Consulta de Problemas Ligados ao Álcool; entre outras.

Na **Consulta de Enfermagem** observei atividades de enfermagem desenvolvidas com o cliente/família, tais como a deteção e atualização de problemas, a identificação e o estabelecimento de prioridades na deteção de necessidades e a formulação de objetivos, a negociação e reformulação dos projetos de saúde e a utilização de vários instrumentos terapêuticos visando a promoção de hábitos de vida saudáveis e a promoção da saúde.

No âmbito da prestação de cuidados, observei intervenções de enfermagem desenvolvidas pelo enfermeiro orientador na consulta de **Gestor de Caso**.

Na prestação de cuidados segundo o modelo de Gestor de Caso visa-se criar uma ligação entre o sistema de serviços e o cliente/família. Inclui por isso a solução de problemas para propiciar a continuidade de serviços e superar problemas nomeadamente de sistemas rígidos, serviços fragmentados, má utilização de recursos e problemas com o acesso (Stuart & Laraia, 2001).

No planeamento de intervenções a um cliente, o enfermeiro orientador interveio no sentido de facilitar o acesso do mesmo aos serviços de que necessitava, coordenando/ planeando e supervisionando os serviços prestados à pessoa. O enfermeiro gestor de caso executou contatos e realizou procedimentos visando a ingressão do cliente numa comunidade terapêutica.

Sistematizando neste caso, constatei a realização de intervenções de enfermagem:

- A informação e a procura de manter o cliente ligado aos serviços;
- A avaliação das necessidades;
- A organização, validação e a negociação do projeto terapêutico;
- A procura da continuidade de cuidados;
- A garantia do acesso às intervenções;
- A avaliação contínua da concretização das intervenções e dos resultados esperados.

A atribuição de um gestor de caso específico faz-se na fase de acolhimento em que é selecionado um enfermeiro que pelas suas características como terapeuta e depois de ser realizada uma avaliação global do cliente e situação social pela equipa multidisciplinar, é eleito como o gestor de caso que fará em conjunto com o

cliente/família, um projeto terapêutico em parceria e ao longo do processo de tratamento que pode decorrer durante anos.

Na **Consulta de admissão ao programa de Metadona ou Buprenorfina** observei e participei no desenvolvimento de várias intervenções e refleti sobre a avaliação dos resultados.

Neste espaço de cuidados é prestada informação, orientação e promove-se a motivação. É prestado apoio e esperança aos clientes que pedem ajuda para iniciar o tratamento de dependência de drogas com o auxílio destes programas.

O enfermeiro orienta a entrevista inicial colhendo dados importantes pessoais e familiares do cliente para a deteção de necessidades. Os clientes verbalizam sentimentos e dificuldades relativamente à doença e ao tratamento e após a colheita de dados inicia-se o planeamento de intervenções a curto e a longo prazo.

O cliente tem de seguida uma consulta com a médica psiquiátrica que afere a dosagem da Metadona e/ou Buprenorfina adequada durante o programa, até nova avaliação da sua situação global pela equipa multidisciplinar e o cliente realiza as primeiras tomas assistidas na unidade visando essencialmente o reforço da importância da adesão terapêutica.

Relativamente à administração de Metadona, com o prosseguimento do tratamento, é frequente os clientes deslocarem-se à unidade semanal ou quinzenalmente, consoante o seu projeto terapêutico, a fim de executarem o levantamento das doses de Metadona até ao dia combinado pela equipa de enfermagem. Outros clientes têm a indicação de se dirigirem diariamente à unidade no horário estabelecido, para a toma assistida da dose de Metadona visando um acompanhamento global mais regular do cliente.

No programa de Metadona participei na preparação e distribuição das doses de Metadona para os clientes da unidade e para outros locais onde também é realizada a distribuição de Metadona. Neste âmbito realizei intervenções como a prestação de apoio e auxílio ao cliente na identificação de necessidades e problemas de forma a promover a importância da adesão terapêutica, da motivação e da prevenção da recaída.

No âmbito das intervenções grupais, o **Grupo de Acolhimento ao Álcool** e o **Grupo da Prevenção da Recaída** possibilitaram-me o desenvolvimento de competências como co terapeuta de grupos.

No **Grupo de Acolhimento ao Álcool**, os clientes apresentaram problemas ligados aos danos provocados pelo abuso ou dependência do álcool, promovendo-se a livre expressão de emoções e sentimentos. Neste âmbito, realizaram-se intervenções que se focaram na importância da adesão terapêutica e na promoção do cliente como agente detentor de capacidades que pode desenvolver e partir para a mudança de comportamentos e resolução de problemas.

No **Grupo da Prevenção da Recaída**, alguns clientes demonstraram faltas de conhecimento/mitos, nomeadamente sobre os cuidados a ter com a alimentação, já que a eficácia na administração do *“Tetradin”* depende nomeadamente dos hábitos alimentares da pessoa. Realizei uma avaliação das necessidades psicossociais e das dificuldades sentidas pelos clientes no processo de abstinência.

Neste âmbito foi realizada uma sessão de psicoeducação e a atribuição de folhetos (Anexo IV) aos clientes sobre a administração do *Dissulfiram (Tetradin)* e a sua importância na manutenção do tratamento.

As minhas intervenções tiveram como objetivo informar sobre o processo de manutenção da abstinência e o tratamento da dependência alcoólica, e promover o treino de competências para antecipar, identificar e lidar com situações de risco, reforçando os comportamentos que ajudam a prevenir as recaídas.

As intervenções aos clientes em fase de abstinência são fundamentais na medida em que são promovidas com o cliente/família, estratégias de *coping* para lidarem com fatores e situações de risco como o meio onde vivem, locais que frequentam ou dificuldades em lidar e expressar sentimentos (Marlatt, 1993).

Um dos principais problemas na fase de manutenção da abstinência é o número de desistências ou abandono das consultas, o que em alguns casos está relacionado com a recaída.

Perante situações de risco de recaída, o desenvolvimento de estratégias de *coping* e da consciencialização do cliente, promovem o *“empowerment”*, melhorando a capacidade do cliente em lidar com essas situações e diminuindo o risco de recaída, motivando-o simultaneamente para a mudança de comportamentos e para a adoção de hábitos de vida saudáveis (Almeida & Araújo, 2005).

Na sequência das intervenções grupais em que participava como co-terapeuta, elaborei um instrumento terapêutico, uma ata, visando realizar-se na

unidade um registo atualizado das intervenções efetuadas nos grupos psicoterapêuticos, promovendo a continuidade de cuidados (Apêndice XII).

Este instrumento possibilita o registo sistematizado das intervenções, sendo útil para o seu planeamento em função das necessidades detetadas.

7. O EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM E AS CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O exercício da profissão de enfermagem requiere e inclui princípios que asseguram a proteção dos clientes como a liberdade, o respeito pela pessoa, a salvaguarda da sua integridade física e psíquica, a justiça, entre outros, com a finalidade de se encontrar a melhor solução para o menor sofrimento.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem está organizado por assuntos e inclui princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes estando centrado na pessoa, família e comunidade.

Em 1996 o Conselho Internacional de Enfermagem destacou algumas diretrizes que definiram seis princípios éticos que devem guiar os profissionais de enfermagem na sua prática, e especialmente no campo dos trabalhos de investigação (Nunes, 2005).

- **Beneficência:** baseia-se em fazer o bem para o participante e para a sociedade. Toma-se como enfoque a pessoa humana.
- **Avaliação da maleficência:** avaliam-se os riscos possíveis e previsíveis no sentido do princípio de não causar malefício ou dano.
- **Fidelidade:** baseia-se no princípio de estabelecer confiança entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação.
- **Justiça:** diz respeito ao princípio de proceder com equidade e não prestar apoio diferenciado a um determinado grupo em relação a outro.
- **Veracidade:** associa-se ao consentimento livre e informado, de acordo com o princípio ético de dizer a verdade, esclarecendo-se os benefícios e a verdade de determinada ação.
- **Confidencialidade:** distingue-se do anonimato, dizendo respeito ao princípio de salvaguardar a informação de caráter pessoal que se pode agrupar no decurso de um estudo.
- **Vulnerabilidade:** diz respeito à obrigatoriedade ética da defesa da pessoa salvaguardando a dignidade humana em situações de fragilidade particular, como por exemplo no caso das crianças ou das pessoas em estado comatoso.

Qualquer cliente com dependência de substâncias psicoativas apresenta um elevado grau de vulnerabilidade, não se devendo explorar a vulnerabilidade ou a fragilidade do outro.

Quanto menor for o grau de participação na decisão, mais vulnerável e resistente se torna a adesão ao regime terapêutico.

Os profissionais de enfermagem devem valorizar os princípios éticos nas suas intervenções, visando a obtenção de melhores resultados, que ajustando a natureza do seu comportamento profissional, possibilitam a compreensão da pessoa na sua plenitude seja em contexto de desempenho profissional ou acadêmico.

Este percurso formativo de desenvolvimento de competências em ESMP foi pautado por uma orientação de princípios fundamentais da prática clínica supervisionada, e das questões éticas e deontológicas, promovendo a abordagem à pessoa com direitos tais como: a privacidade, a integridade física, o consentimento informado, entre outros.

8. EXPERIÊNCIAS EXTRACURRICULARES NO DECORRER DO PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este percurso formativo sendo sustentado por momentos de aprendizagem visando o desenvolvimento de competências, também foi marcado por desafios propostos no âmbito da saúde mental e psiquiátrica, aos quais mostrei disponibilidade nomeadamente:

- A frequência do 16º CURSO DE FORMAÇÃO EM ALCOOLOGIA, com duração de 40 horas que decorreu de dia 12 de novembro a 16 de novembro de 2012 na Unidade de Alcoologia de Lisboa (Anexo V);

- Convite por parte da chefia do Serviço de Urgência Central onde presto cuidados de enfermagem, para integrar o núcleo de formação do Hospital de Santa Maria, tendo desenvolvido já, ações de formação em serviço sobre diversas temáticas pertinentes no campo da Saúde Mental e Psiquiatria (Apêndice XIII e XIV).

Este convite foi justificado por não existir presentemente nenhum enfermeiro no serviço com competências em ESMP e também porque o atendimento a urgências de Psiquiatria é efetuado no serviço de Urgência Central.

9. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

“Ouvir com os nossos ouvidos, mas em primeiro lugar e sobretudo, escutar com todo o nosso ser”.

(Lazure, 1994, p.16)

A enfermagem de saúde mental mobiliza o seu ónus na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção em presença de respostas humanas desadaptadas da pessoa, visto que, respostas humanas desajustadas aos sistemas de mudança são causadoras de sofrimento ou doença mental.

As competências de âmbito psicoterapêutico possibilitam ao enfermeiro especialista em saúde mental, o desenvolvimento de um critério clínico específico que permite o desenvolvimento de uma compreensão e intervenção terapêutica eficiente na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.

A competência corresponde à capacidade da pessoa mobilizar um conjunto de conhecimentos e recursos pessoais para dar uma solução pertinente e adequada quando num determinado contexto, se depara com situações profissionais (Perrenoud, 1999).

No percurso de aquisição de competências, desenvolvi vivências, saberes e habilidades de âmbito terapêutico que me permitiram durante a prática clínica, mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais como instrumentos terapêuticos durante o processo de cuidados à pessoa com comportamentos aditivos e família.

Promovi o estabelecimento de relações de confiança e parceria com o cliente/família, e através das minhas intervenções, possibilitei o aumento do insight do cliente/família sobre as dificuldades e o desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas.

As intervenções de enfermagem realizadas visaram contribuir para a adaptação das respostas dadas pela pessoa/família perante os problemas específicos relacionados com a dependência de substâncias que são vários: falta de adesão terapêutica, défices no autocuidado, estigma, vergonha, entre outros, com a

finalidade de impedir o agravamento da situação global do cliente/família e promover a qualidade de vida.

Durante o processo terapêutico, vivi experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais, tendo a oportunidade de mobilizar saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos.

Ao prestar cuidados na área da saúde mental e psiquiatria, além da aprendizagem de conceitos teóricos e práticos de forma a enriquecer a minha área de intervenção, visava poder estabelecer de forma verdadeira a relação terapêutica e ter essencialmente desenvolvida a capacidade de autoconhecimento e de consciência de mim.

O trabalho profissional obriga a um bom conhecimento de si, do seu papel, das bases teóricas que conduzem a sua prática e dos processos em curso numa relação de ajuda e nas intervenções de carácter psicoterapêutico (Chalifour, 2008).

Neste âmbito iniciei a autorreflexão sobre as minhas crenças, valores, hábitos, receios, juízos de valor, e procurei identificar estratégias de *coping*, mecanismos de proteção e defesa que habitualmente utilizo no meu dia-a-dia, de forma a encarar o "*coping*" como uma ação deliberada e intencional que tem um propósito de dar sentido ao que faço, digo ou penso no momento presente na relação com o outro.

Este *continuum* de reflexão marcou o meu percurso profissional provocando alterações na minha prática clínica diária. Na relação com o outro, tornou-se fundamental a identificação e gestão de fenómenos de transferência e contratransferência assim como a manutenção da adoção de atitudes de compreensão empática, de respeito, de autenticidade, de esperança.

Uma das competências fundamentais do enfermeiro ESM é a capacidade de principiar, incentivar e manter a relação de ajuda. A relação de ajuda consiste numa competência que pretendi desenvolver e dinamizar na minha prática de cuidados, reforçando nomeadamente a visão dos clientes como pessoas aptas para executarem as suas escolhas e que apresentam potencial para resolver os seus problemas.

O interveniente possui saberes, aptidões e posturas ligadas ao seu papel profissional e está consciente de que as suas expectativas pessoais e profissionais

terão impactos sobre a forma e sobre a qualidade da sua relação com o cliente (Chalifour, 2008).

Neste âmbito desenvolvi na prática clínica competências de comunicação, respeitando os princípios da relação de ajuda, os princípios ético-deontológicas da profissão e o estabelecimento dos limites do papel profissional, com a finalidade de manter elevados os padrões de qualidade da prática.

A realização de entrevistas de avaliação inicial ou de reavaliação de diagnósticos possibilitou-me adquirir competências na elaboração de entrevistas, na comunicação e ainda na identificação/avaliação ou estabelecimento de diagnósticos de enfermagem.

No que diz respeito às atividades realizadas, refleti de forma crítica sobre o meu desempenho e esclareci dúvidas junto dos enfermeiros, realizando também uma pesquisa bibliográfica e/ou a revisão dos conteúdos curriculares lecionados, visando uma atualização dos conhecimentos contínua.

As atividades desenvolvidas com os clientes/família permitiram o diagnóstico/avaliação de fatores de risco, de variáveis psicossociais, fisiológicas e comportamentais, que ditaram consequentemente as intervenções de enfermagem, inculcando-se no cliente/família mais conhecimento sobre a doença crónica e sobre a vantagem da adoção de hábitos saudáveis como um dos caminhos a seguir para o sucesso do seu tratamento terapêutico.

A vertente da investigação foi incluída na minha prática de cuidados, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, e tendo em atenção o progresso do conhecimento como fundamental no desenvolvimento de competências.

Tendo em conta as competências específicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e as competências em ESMP preconizadas no plano de estudo da ESEL e refletindo sobre o trajeto efetuado e as competências desenvolvidas, realço alguns dos objetivos específicos alcançados nesta prática clínica:

- Orientei e compreendi de forma adequada e pertinente a informação resultante da formação adquirida, e da experiência profissional e pessoal, já que permiti visualizar-me a mim como pessoa e enfermeira numa perspetiva do “antes” e “depois” de ingressar nesta aprendizagem de competências.

- Promovi de forma autónoma e contínua o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional, desenvolvendo as capacidades de autoconhecimento, sob

uma gestão crítica e reflexiva. Neste âmbito, identifiquei emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podiam interferir na relação terapêutica com o cliente/família e/ou equipa multidisciplinar.

- Utilizei uma metodologia de trabalho de acordo com o cliente e família, fazendo uma avaliação global da saúde física e mental e estabelecendo uma relação de ajuda com ganhos para o doente e para mim, como pessoa e profissional de enfermagem, visando a identificação das necessidades de promoção da saúde e de prevenção da doença mental.

Neste âmbito, utilizei instrumentos terapêuticos e de avaliação, numa perspetiva de identificar e trabalhar necessidades de ensino na preparação da alta, na prevenção da recaída, na promoção da adesão terapêutica e permitindo o aumento do desenvolvimento de autonomia bilateral.

- Desenvolvi intervenções psicoterapêuticas individuais, de grupo e familiares, técnicas de comunicação verbal e não-verbal, assim como estratégias relacionais na relação interpessoal com o cliente e família, relacionando-me de forma terapêutica e seguindo princípios como o respeito, a autenticidade, a compreensão empática, a compaixão, e a esperança, visando a redução do sofrimento, a promoção dos processos adaptativos e mudanças a nível comportamental, monitorizando as minhas emoções e respostas comportamentais assim como as dos outros.

- Tomei decisões fundamentadas nas minhas intervenções com base na evidência científica, suportando a minha prática clínica na evidência científica, e atendendo às responsabilidades sociais e éticas, visando a contínua excelência dos cuidados.

- Integrei-me de forma gradual e adequada nos processos de trabalho desenvolvidos pela equipa multidisciplinar e interdisciplinar, tomando decisões tendo em conta a opinião dos outros profissionais de saúde e demonstrando disponibilidade na participação das atividades desenvolvidas. Desenvolvi neste âmbito intervenções visando a promoção do conhecimento, a compreensão e a gestão dos problemas de saúde mental e produzi debates fundamentados com todos os profissionais garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

- Neste estágio respeitei os padrões de qualidade e assegurei uma gestão eficaz dos recursos, monitorizando os cuidados numa perspetiva de gestão e

avaliação contínua e reflexiva das práticas clínicas, de acordo com a pessoa e respeitando as diferentes influências culturais, étnicas e espirituais no planeamento dos cuidados, reconhecendo dificuldades e demonstrando abertura à mudança, no sentido de melhorar sempre o meu desempenho, num processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional.

- Promovi a autonomia do exercício profissional através da aprendizagem consolidada com base na autoformação, desenvolvendo e inculcando processos de mudança e inovação nos contextos da prática de cuidados e tendo em conta o desenvolvimento das políticas de saúde e a evolução da investigação no seio da profissão, com vista à promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ao longo deste estágio considero ter adquirido uma série de competências técnicas, científicas e relacionais que me possibilitaram crescer pessoal e profissionalmente e que me permitem sem descuidar dos cuidados gerais, e tendo em conta os princípios éticos subjacentes à profissão de enfermagem, prestar cuidados especializados na área da Saúde Mental e Psiquiatria.

10. PERSPETIVAS FUTURAS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem tem-se desenvolvido como uma disciplina do conhecimento autônoma com uma base própria e exclusiva de conhecimento.

A enfermagem tem por propósito as respostas humanas envolvidas nas mudanças geradas pelos processos de desenvolvimento ou por eventos significativos da vida, que exijam adaptação pelos indivíduos, famílias e comunidades.

A evolução da enfermagem tem sido acompanhada por um incremento da realização de trabalhos de investigação, teses de mestrado e doutoramento que têm auxiliado a sua afirmação perante outras áreas do saber.

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria tem um papel fundamental no desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente, conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos clientes, no contexto dos recursos disponíveis.

Os estágios realizados possibilitaram-me compreender o alcance do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que engloba variadas intervenções de cariz psicoterapêutico. Destaco a promoção da saúde e a prevenção da doença mental, a promoção de estilos de vida saudáveis, o apoio e ajuda que é dado ao cliente/família no sentido da sua consciencialização sobre a doença/tratamento e a promoção da reintegração do cliente/família ao nível familiar, social e profissional.

As práticas clínicas contribuíram para o desenvolvimento de um processo de autorreflexão, promovendo um aumento do autoconhecimento e contribuindo para um saber-ser e saber-estar de maior excelência, competências essenciais nas áreas da relação interpessoal e da relação de ajuda, no seio da intervenção psicoterapêutica.

O enfermeiro deve também desenvolver o seu saber-ser e saber-estar, tanto com ele mesmo como na relação com a pessoa, constituindo na sua essência, os pilares da relação terapêutica, indispensável à prática do cuidar em saúde mental e psiquiatria (Sequeira, 2006).

O caminho de desenvolvimento pessoal e profissional foi cumprido ficando demonstrado na prática diária de cuidados, através da concepção e gestão de cuidados à pessoa com comportamentos aditivos e de um entendimento profundo acerca das respostas da pessoa aos problemas de saúde.

Este relatório permitiu a descrição das atividades desenvolvidas durante a unidade curricular estágio com relatório e designar as competências adquiridas em enfermagem de saúde mental ao longo do mesmo, como a aquisição e mobilização de competências técnicas, científicas, relacionais e pedagógicas e tendo como finalidade a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a excelência no exercício profissional.

As principais dificuldades e limitações que destaco durante este percurso de crescimento pessoal e profissional dizem respeito à gestão das três dimensões envolvidas neste processo de aprendizagem: a pessoal, académica e profissional; referindo-me ao fator tempo que escasseou neste período para as atividades pessoais/familiares, focando-me nas dimensões académicas e profissionais.

O desenvolvimento do autoconhecimento inerente às competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria também foi pautado por alguma resistência inicial que foi sendo paulatinamente ultrapassada, demonstrando agora uma postura crítica/reflexiva, através de uma autorreflexão enquanto pessoa e visando a relação com o mundo interno e externo.

Como aspetos facilitadores deste trajeto de aprendizagem sobressaio os conhecimentos, a experiência e a disponibilidade dos orientadores de estágio e das tutoras, que possibilitaram um período de descoberta de novos conhecimentos, realidades e sentires e facilitaram a aquisição de competências para a formação da minha identidade pessoal/ profissional e afirmação na profissão.

Stuart & Laraia (2001) dão ênfase ao facto de que a competência e a iniciativa pessoal do enfermeiro originam a interpretação do papel da enfermagem e o sucesso da sua implementação.

A continuidade dos projetos desenvolvidos exige assumir uma postura e um exercício profissional responsável, pró-ativo e contínuo no processo de desenvolvimento pessoal e da profissão.

Pretendo que este percurso se exprima na prestação de cuidados especializados de excelência, na área de especialização de saúde mental e

psiquiatria, mantendo uma atualização efetiva de conhecimentos, empenho e dedicação, tendo em conta a vertente da investigação como forma de evidenciar o corpo de conhecimentos da profissão de enfermagem.

Esta prática de cuidados possibilita a visibilidade necessária para uma atribuição de importância efetiva por parte dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades à prestação de cuidados de saúde diferenciados e especializados, permitindo a garantia do aumento da qualidade de vida dos clientes.

Neste âmbito, e de futuro, dada a reorganização do núcleo de Urgências Metropolitanas que se assiste atualmente no panorama nacional, com a criação de um setor de Urgência de Psiquiatria e Saúde Mental delimitado dentro do Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria onde atualmente exerço funções, e por um aumento do número de entradas de clientes do foro mental que apresentam necessidades de ajuda e sofrimento mental, proponho a promoção da relação de ajuda como pilar fundamental de qualquer intervenção terapêutica a estes clientes através da realização de sessões de formação em serviço aos meus pares, visando a qualidade da prestação de cuidados no setor da Urgência de Psiquiatria.

Este objetivo surgiu decorrente das dúvidas que me são colocadas pela equipa de enfermagem relativamente às dificuldades que apresentam no estabelecimento do contacto interpessoal com os clientes do foro mental essencialmente por medo ou ausência de competências de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Outro dos meus objetivos a curto prazo consiste na integração do folheto realizado com a temática “Adesão Terapêutica” no serviço, propondo-me atribuir o panfleto numa perspetiva psicoeducativa a clientes que recorram ao serviço com necessidades detetadas de adesão ao tratamento, visando ajudar os clientes na adaptação à sua doença, na cooperação com o plano terapêutico e na aprendizagem da resolução de problemas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, H., Versiani, E., Dias, A., Novaes, M., & Trindade, E. (2007). *Adesão a Tratamentos entre Idosos. Comunicação em Ciências da Saúde*. Vol.18 (1). Brasília (Janeiro/Março 2007), pp. 57-67.
- Almeida, S., Araújo, R. (2005) - *Avaliação da efetividade do relaxamento na variação dos sintomas da ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo*. Boletim da Saúde.Vol.19 (2), Porto Alegre, pp.135-142.
- André, M. (2005). *Adesão à Terapêutica em Pessoas Infetadas pelo VIH/SIDA*. Estudo exploratório em sujeitos do Centro de Convívio e do apoio ambulatório de um serviço da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa: Stória Editores Lda. Lisboa, pp.183.Tese de Mestrado.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2002).*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (4 ed), Revista (DSM-IV-TR).Porto Alegre: Artmed.
- Balsa, C., Vital, C., Urbano, C., Barbio, L., & Pascueiro, L. (2008). Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral. Lisboa, IDT.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Cayrol, A.,Saint-Paul, J. (1995). *Derrière la MagieLa programmation Neuro-Linguistique*. Paris: Interditions.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial humanistas da relação de ajuda*. (Vol. 1), Loures: Lusodidacta.
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (3ª ed.), Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Correia, C. (2001). *Os enfermeiros em cuidados de saúde primários*. Revista Portuguesa de saúde Pública. Lisboa.
- Delgado, A. & Lima, M. (2009).Roteiros de instrumentos e escalas de avaliação. *Revista Percursos*, nº 11, Jan-Mar 2009.
- Dias, C. (1979). *O que se mexe a parar: Estudos sobre a droga*. Porto: Edições Afrontamento.
- Galvão, C. (2002). A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Set/Out, 10 (5), pp. 690-5.
- Garrido, A. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*, Universidade de Aveiro, Aveiro.

- Haaijer-Ruskamp, F. & Hemminki, E. (1993). *The social aspects of drug use*. In MNG Dukes. Drug utilization studies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- IDT. (2012). *Relatório Anual 2011. A Situação do país em matéria de droga e toxicodependências*. IDT, Departamento de Monitorização, Formação e Relações Internacionais Núcleo de Estatística / Núcleo de Publicações e Documentação. Lisboa: IDT.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed
- Lomba, L. (2006). *Os jovens e o consumo de drogas. Novas drogas e ambientes recreativos*. Loures: Lusociência.
- Machado, M. (2009). *Adesão o Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros*. Instituto de Educação e Psicologia.
- Marlatt, G. (1993). *Prevenção de Recaída Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Negreiros, J. (2001). *A prevenção do consumo de drogas: Teoria, Investigação e Prática. A Pedra e o Charco: Sobre o conhecimento e intervenção nas drogas*. Almada: Íman Edições.
- Nunes, L. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: edição da Ordem dos Enfermeiros, Maio 2005.
- Oliveira, Rui. (2011). *Consumo de Substâncias Cannabinóides dos Alunos do 1º e 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa*. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde/ Escola Superior de Saúde. Projeto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obter o grau de Licenciatura em Enfermagem. Porto.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *II congresso Ordem dos Enfermeiros- Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Desenvolvimento profissional-individualização das especialidades em enfermagem*. Lisboa: Fundamentos e Propostas de Sistema.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed, pp. 69-82.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Climepsi.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Relatório Global da situação sobre álcool e saúde*. Lisboa: Climepsi.

- Osterberg, L., Blaschke, T. (2005). *Drug Therapy: Adherence to Medication. The New England Journal of Medicine*, pp. 487-497.
- Pais Ribeiro, J. (1995). Roteiros de instrumentos e escalas de avaliação. *Revista Percursos*, nº 11, Jan-Mar, 2009.
- Payne, R.A. (2003). *Técnicas de Relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde*. Loures: Lusociência.
- Peplau, H. (1992). *Interpersonal relations: a theoretical framework for application in nursing practice: Nursing Science Quarterly* 5.
- Peplau, H. (1993). *Nursing pioneers: The Peplau legacy (Interview by Phil Barker)*. Nursing Times.
- Perrenoud, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Phaneuf, M. (2001) – *Planificação de cuidados: um sistema integrado personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, n.º 129/2011, Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18/02/2011.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril.
- Schmidt, M., Duncan, B. (2003). *Epidemiologia clínica e medicina baseada em evidências*. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Medsi, pp.193-227.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Stuart, G., Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. (6ªEd) Porto Alegre: Artmed Editora.
- Teixeira, P.; Paiva, V. & Shimma, E. (2000). *Tá difícil de engolir?* São Paulo: Editora Nepaids.
- Telles-Correia, D.; Mega, I., Barbosa, A., Barroso, E. & Monteiro, E. (2008). *Validação do Questionário Multidimensional da Adesão no Doente com Transplante Hepático*. Acta Médica Portuguesa. Vol.21 (1), pp. 31-36.
- WHO. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. WHO.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I
Escala “Como eu Sou”

COMO EU SOU	Discordo totalment e	Discordo bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
1-Quando faço planos, tenho a certeza que sou capaz de realizá-los.	A	B	C	D	E	F	G
2-Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir.	A	B	C	D	E	F	G
3-Tenho dificuldade em fazer novos amigos.	A	B	C	D	E	F	G
4-Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la.	A	B	C	D	E	F	G
5-Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar.	A	B	C	D	E	F	G
6-Sou uma pessoa autoconfiante.	A	B	C	D	E	F	G
7-Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida.	A	B	C	D	E	F	G
8-Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado.	A	B	C	D	E	F	G
9-Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente.	A	B	C	D	E	F	G

10-Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa.	A	B	C	D	E	F	G
11-Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar.	A	B	C	D	E	F	G
12-Desisto facilmente das coisas.	A	B	C	D	E	F	G
13-As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer amigos.	A	B	C	D	E	F	G
14-Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas.	A	B	C	D	E	F	G
15-Um dos meus problemas, é que não consigo fazer as coisas como devia.	A	B	C	D	E	F	G

Encontrou um conjunto de afirmações acerca da maneira como você pensa sobre si próprio. Assinale uma das letras. Não há respostas certas ou erradas. Todas as respostas que der são igualmente correctas.

Cotação da escala:

Dimensão "Iniciação e Persistência"- itens 1,5,6,7,14,15;

Dimensão "Eficácia perante a Adversidade"- itens 2,4,8,9,12;

Dimensão "Eficácia Social"- itens 3,10,11,13.

Nota de cada item: Corresponde ao valor de 1 a 7. O valor "1" é atribuído à letra "A", excepto para os itens invertidos; o valor "7" é atribuído à letra "G", excepto para os itens invertidos.

Itens invertidos:3,4,5,7,8,9,10,12,14 e 15.

Nota total e por dimensão: corresponde à soma bruta dos itens.

A sua pontuação máxima é de catorze pontos sendo que quanto mais baixa é a pontuação, menor é a percepção do indivíduo no que diz respeito à sua eficácia.

ANEXO II
Escala de “Adesão aos Tratamentos” (MAT)

Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos

Medida de adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6

ANEXO III
Instrumento de colheita de dados utilizado no
Acolhimento/Avaliação



MINISTÉRIO DA SAÚDE



DRLVT UNIDADE DE ALCOOLOGIA

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Nome: _____ _____
Nº de Processo: _____

Nº de Cama: _____

Equipa: _____

UNIDADE DE ALCOOLOGIA

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Data de Inter. ___/___/_____

Data de Alta ___/___/_____

COLHEITA DE DADOS

1. Identificação

Nome: _____

Nome pelo qual prefere ser tratado: _____

Sexo: masculino ; feminino

Estado Civil: solteiro ; casado ; união de facto ; separado ;
divorciado ; outros _____

Data de nascimento ___/___/_____; Idade: _____

Natural de: _____; Reside em: _____

Escolaridade: _____

Profissão / Situação: _____; empregado ;
de baixa , há _____
desempregado , há _____

Co-responsável: _____

Grau de Parentesco: _____

Pessoas a contactar em caso de necessidade:

_____ ; Telef. _____ ; Tlm. _____

_____ ; Telef. _____ ; Tlm. _____

Internamentos anteriores no CRAS: sim

há quantos anos? _____

Quanto tempo de abstinência? _____

não

Internamentos anteriores noutros serviços: sim

não

para desintoxicação _____

por causa psíquica _____

por causa física _____

2. Genograma / antecedentes familiares:

Relação familiar: sem problemas

com problemas

Justificação _____

Relação social: sem problemas com problemas
Justificação _____

Problemas judiciais: sim não
Quais? _____

3. Comportamentos aditivos:

3.1. Dependência álcool

Primeiro contacto: _____

Início da dependência: _____

Bebida/s preferida/s: _____

Quantidade ingerida, em gramas, por dia: _____

Circunstâncias do uso (local e periodicidade): _____

Último consumo: _____

3.2. Dependência de drogas

sim não

Substância	Modo de administração	Consumo diário	Início do consumo	Último consumo
Cocaína				
Heroína				
Cannabis / Haxixe				
Anfetaminas				
Barbitúricos				
Ecstasy				
BZD				

Metadona: sim não

Dose diária _____

Há quanto tempo? _____

Centro de Apoio _____

3.3. Dependência de tabaco

sim

não

Nº de cigarros/ dia.

Início do consumo:

Tentativas para deixar de fumar: sim

não

3.4. Outros

sim

não

Quais? _____

4. Antecedentes pessoais:

Alergias: sim

não

não sabe

quais? _____

Hipertensão: sim

não

não sabe

faz medicação? _____

Doença cardíaca: sim

não

não sabe

qual? _____ faz medicação? _____

Diabetes: sim

não

não sabe

Que tipo? _____ faz medicação? _____

Epilepsia: sim

não

faz medicação? _____ data da ultima crise ___/___/___

Crises convulsivas: sim não não sabe
Associada consumo de álcool? _____ data da última crise ___/___/___

Acidentes: sim não
Que tipo? Doméstico ; viação ; trabalho especificar _____

Outros: _____

5. Sinais vitais

T.A. ___/___ mmHg

F. C. ___ bat/min

Temperatura ___ °C

Respiração ___ ciclos/min

Álcool teste: negativo ; positivo ___ g/l

6. Apreciação física e psíquica:

Peso: ___ kg – entrada

Peso: ___ kg – saída

Altura: _____ m

Pele de mucosas : rosadas ; pálidas ; cianosadas ; desidratadas

Estado nutricional: bom ; regular ; mau

Parâmetros a avaliar	Alterações observadas
Higiene e conforto	
Vestuário: adequado <input type="checkbox"/> ; não adequado <input type="checkbox"/>	Ajuda parcial <input type="checkbox"/> ; Ajuda total <input type="checkbox"/>
Corporal: adequada <input type="checkbox"/> ; não adequada <input type="checkbox"/>	Obs. _____

<p>Alimentação e hidratação</p> <p>Tipo de dieta, normal: sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p> <p>Nº de refeições/dia: _____</p> <p>Nº de cafeinados/dia: _____</p> <p>Ingestão de leite: sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p>	<p>Dieta especial: _____</p> <p>Obesidade <input type="checkbox"/> ; Desnutrição <input type="checkbox"/></p> <p>Desidratação <input type="checkbox"/></p> <p>Obs. _____</p>
<p>Eliminação</p> <p>Vesical, normal: sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p> <p>Intestinal, normal: sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p> <p>Sudorese, normal: sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p>	<p>Anúria ; Polaquiúria ; Disúria</p> <p>Obstipação ; duração</p> <p>Diarreia , caract. /freq. _____</p> <p>Obs. _____</p>
<p>Sono e repouso</p> <p>Adequado: sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p>	<p>Insónia: inicial <input type="checkbox"/> , terminal <input type="checkbox"/> , pesadelos <input type="checkbox"/></p> <p>Faz medicação? _____</p> <p>Obs. _____</p>
<p>Mobilidade e postura</p> <p>Actividade motora mantida: sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p>	<p>Obs. _____</p>
<p>Comunicação</p> <p>Linguagem, normal: sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p> <p>Visão, normal: sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p> <p>Audição, normal: sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p>	<p>Gaguez ; Disartria ; Afonia</p> <p>Obs. _____</p> <p>_____</p>
<p>Comportamento</p> <p>Adequado: sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p>	<p>Ansioso <input type="checkbox"/> ; Agitado <input type="checkbox"/> ; Angustiado <input type="checkbox"/> ;</p> <p>Embriagado <input type="checkbox"/></p> <p>Obs. _____</p>
<p>Humor</p> <p>Adequado: sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p>	<p>Eufórico <input type="checkbox"/> ; Irritável <input type="checkbox"/> ; Triste <input type="checkbox"/> ;</p> <p>Deprimido <input type="checkbox"/></p> <p>Obs. _____</p>

<p>Orientação</p> <p>Temporal: sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p> <p>Espacial: sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p>	<p>Obs. _____</p> <p>_____</p>												
<p>Consciência</p> <p>Alterações da consciência: sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p>	<p>Obs. _____</p> <p>_____</p>												
<p>Pensamento</p> <p>Delirium: actual, sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p> <p> pregressa sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p>	<p>Delirium ocupacional ;</p> <p>Delirium de ciúmes</p> <p>Obs. _____</p>												
<p>Libido</p> <p>Conservada: sim <input type="checkbox"/> ; não <input type="checkbox"/></p>	<p>Aumentada <input type="checkbox"/> ; Diminuída <input type="checkbox"/></p> <p>Obs. _____</p>												
<p>Sintomatologia apresentada</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Anorexia <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">Irritabilidade <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vómitos <input type="checkbox"/></td> <td>Cefaleias <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Gastralgias <input type="checkbox"/></td> <td>Tonturas <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Astenia <input type="checkbox"/></td> <td>Tremores: digitais <input type="checkbox"/> ; generalizados <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cãimbras <input type="checkbox"/></td> <td>Algias: musculares <input type="checkbox"/> ; articulares <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Edemas <input type="checkbox"/></td> <td>Problemas de pele <input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>		Anorexia <input type="checkbox"/>	Irritabilidade <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>	Cefaleias <input type="checkbox"/>	Gastralgias <input type="checkbox"/>	Tonturas <input type="checkbox"/>	Astenia <input type="checkbox"/>	Tremores: digitais <input type="checkbox"/> ; generalizados <input type="checkbox"/>	Cãimbras <input type="checkbox"/>	Algias: musculares <input type="checkbox"/> ; articulares <input type="checkbox"/>	Edemas <input type="checkbox"/>	Problemas de pele <input type="checkbox"/> _____
Anorexia <input type="checkbox"/>	Irritabilidade <input type="checkbox"/>												
Vómitos <input type="checkbox"/>	Cefaleias <input type="checkbox"/>												
Gastralgias <input type="checkbox"/>	Tonturas <input type="checkbox"/>												
Astenia <input type="checkbox"/>	Tremores: digitais <input type="checkbox"/> ; generalizados <input type="checkbox"/>												
Cãimbras <input type="checkbox"/>	Algias: musculares <input type="checkbox"/> ; articulares <input type="checkbox"/>												
Edemas <input type="checkbox"/>	Problemas de pele <input type="checkbox"/> _____												

<p>Medicação no domicílio</p>	<p>Doença infecto-contagiosas</p>
<p> </p>	<p> </p>

ANEXO IV
Folheto com a temática *Dissulfiram (Tetradin)*

Atenção

A reacção dissulfiram pode ocorrer até duas semanas depois da última toma de dissulfiram.

Também não deve tomar dissulfiram se bebeu álcool há menos de um dia.

Normas de tratamento

É necessário que o medicamento seja administrado á presença de uma pessoa (familiar, amigo ou instituição)

O tratamento dura em média 2 anos, durante os quais o doente se compromete a não se afastar dos familiares ou pessoa que administra o dissulfiram sem acordo destes e do médico/terapeuta.

Neste tratamento o doente pode ainda inserir acções terapêuticas mais específicas e diferenciadas, como psicoterapia ou internamento em comunidades Terapêuticas.

É aconselhada a frequência de reuniões de Alcoólicos Anónimos.

Serviço Médico
E.T. do Barreiro
Rua almirante reis nº50
Telf. 210 079 900

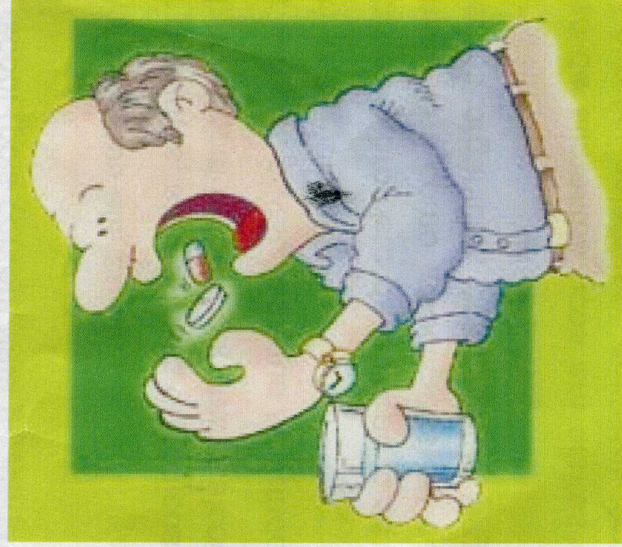
Dissulfiram (Tetradin)

O que é?

É um medicamento que inibe uma das enzimas na metabolização do álcool

utilizado na recuperação do alcoolismo.

Que actua de forma a prevenir que o paciente ingira bebida alcoólica.



Como actua ?

É rapidamente absorvido no trato gastrointestinal e lentamente eliminado, provocando desagradáveis efeitos colaterais quando na presença de álcool.

Por isso o doente não deve beber álcool, em qualquer forma ou quantidade, incluindo:

- Comida cozinhada com vinho
- Bombons com álcool (licor), gelados com bebidas alcoólicas
- Cerveja "sem" álcool (pois contém uma pequena quantidade de álcool)
- Não deve pôr vinagre nos alimentos
- Não deve usar perfumes, after-shaves ou tónicos capilares com álcool, pôr álcool na pele ou cheirar álcool
- Não deve usar xaropes ou elixires (que se vendem sem receita médica) contendo álcool
- Evite o contacto com brometo de etilo ou o seu vapor (usado em fumigações como insecticidas ou nematocida), com solventes orgânicos, colas, tintas e gasolina com chumbo
- Evite o excesso de alimentos ricos em nitritos (carnes em salmoura, carnes enlatadas, enchidos, presunto, fiambre e alguns queijos).

Caso não respeite estas precauções poderá sentir os seguintes sintomas:

- Rubor na face, dores de cabeça fortes
- Náuseas, vômitos
- Suores, tonturas, confusão mental
- Baixa de tensão arterial
- Dores no peito



ANEXO V
Folheto informativo do 16º CURSO DE FORMAÇÃO
EM ALCOOLOGIA

Duração:

40 horas

Horário:

09:00h -13:00h / 14:00h -18:00h

Coordenação:

Alfredo Frade e Rita Lambaz

Secretariado:

Helena Favila

Local:

Unidade de Alcoologia de Lisboa
Parque de Saúde de Lisboa (Pavilhão 41)
Av. do Brasil, 53-A 1749-006 Lisboa

Contactos:

Tel: 211119435

Fax: 217940427

Email: ua.lisboa@idt.min-saude.pt

Metodologias:

O curso integra uma componente teórica e uma componente prática na qual os formandos através de *role playing* e observação das atividades clínicas «ombro a ombro», terão oportunidade de verificar a aplicação de alguns conhecimentos teóricos, “vendo com se faz”, assistindo às atividades em ambulatório e internamento.

Destinatários:

Técnicos Superiores da DRLVT do IDT,I.P e da ARSLVT, IP que trabalhem direta ou indiretamente, com a problemática do consumo nocivo e dependência do álcool.

Finalidade:

Desenvolvimento/aperfeiçoamento de competências dos Técnicos na área da intervenção dos problemas ligados ao álcool (PLA)

Objetivo Geral:

No final da ação os formandos deverão ser capazes de identificar e intervir adequadamente em situações de consumo nocivo /dependência alcoólica.

Objetivos Específicos:

- Conhecer o contexto atual do consumo de álcool e alguns conceitos relacionados;
- Identificar o trajeto evolutivo (consumo baixo risco, consumo nocivo e dependência) e suas consequências;
- Conhecer os diferentes níveis de intervenção nas diferentes tipologias de consumo;
- Caracterizar o processo de tratamento em ambulatório e internamento;
- Caracterizar a intervenção social nos PLA.

16^a Curso de Formação em Alcoologia

12 a 16 de

Novembro de 2012

Organização:

Unidade de Alcoologia

Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo

ID.T.

Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P.

HORARIO	12 de Novembro Segunda	13 de Novembro Terça	14 de Novembro Quarta	15 de Novembro Quinta	16 de Novembro Sexta
09,00h às 10,00h	Abertura do Curso e visita à UAL <i>Pedro Alexandre António Maia, Alfredo Frade, Rita Lambaz</i>	III Módulo: Modelos de Intervenção na dependência alcoólica - Tratamento Combinado e por Etapas - TCE - Intervenção em Meio Laboral Formador: <i>Domingos Neto</i>	Observação de atividades clínicas em ambulatório e internamento	Observação de atividades clínicas em ambulatório e internamento	VII Módulo: Prevenção de Recaída - Formato individual e de grupo - Programa de Tratamento Intensivo (PTI) em ambulatório Formadores: <i>Rita Lambaz, Patrícia António</i>
10,00h às 11,00h	I Módulo: Introdução - Contextualização epidemiológica dos consumos de álcool Formador: <i>Ana Vieira da Silva</i>	IV Módulo: O Álcool e os Jovens - Detecção precoce e intervenção nos jovens: álcool e policonsumos Formadores: <i>Alfredo Frade, Elsa Fé</i>	09,00h às 13,00h	09,00h às 13,00h	09,00h às 13,00h
11,15h às 13,00h	11,15h às 13,00h	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
14,00h 14,30h às 15,30h	Visita à UAL - Conceitos Básicos Formador: <i>David Paniágua</i>	V Módulo: Intervenção no consumo nocivo - Abordagem não farmacológica no consumo nocivo: - Especificidades da abordagem em entrevista clínica - O modelo de intervenções breves Formador: <i>Rita Lambaz</i>	Observação de atividades clínicas em ambulatório e internamento	VI Módulo: Abordagem Terapêutica em Internamento - Modelo terapêutico do internamento: Modelo Minnesota Formador: Cristina Santos	VIII Módulo: Intervenção social nos problemas ligados ao álcool (PLA) Formador: Paula Olas
15,45h às 18,00h	II Módulo: Intervenção na dependência alcoólica em ambulatório - Níveis de intervenção - Plano terapêutico individual - Comorbilidades Formador: <i>Francisco Henriques</i>	14,00h às 16,00h	14,00h às 16,00h	14,00h às 16,00h	14,00h às 16,00h
16,15 às 18,00h	16,15 às 18,00h	Sessão de esclarecimento com elementos dos AA/NA	16,15 às 18,00h	16,15 às 18,00h	Avaliação e encerramento do curso <i>Ana Vieira da Silva Rita Lambaz</i>

ANEXO VI
Questionário *Audit*

AutoTeste

Questionário AUDIT (versão portuguesa)

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? (Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.)

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

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

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

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

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

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

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

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

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

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

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

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

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

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

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

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

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

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

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Pontuação do AUDIT:

As perguntas 1 a 8 fornecem respostas numa escala de 0 a 4 pontos; e as respostas às perguntas 9 a 10 cotam-se com 0, 2 e 4 pontos. Os resultados expressam-se em valores entre 0 e 40.

Valores de 1 a 7 »» Consumo de baixo risco

Valores de 8 a 19 »» Consumo Nocivo/Abuso

Valores de 20 a 40 »» Dependência

ANEXO VII

Avaliação das Práticas Clínicas pelos Orientadores dos Estágios

APRECIÇÃO GLOBAL DO ORIENTADOR DE ESTÁGIO

A realização deste percurso na VA/Internamento, permitiu à estudante obter e desenvolver conhecimentos de forma a tomar mais consciência de si, do seu eu enquanto internamento terapêutico, estruturando as suas intervenções com base em metodologia científica aliada à prática baseada na evidência. Apesar das suas dificuldades iniciais de colocar-se em causa, do "mergulhar no seu eu", a estudante fez mudanças significativas para reconhecer os seus sentimentos como enfermeira, que a ajuda a aceitar e servir-se deles para aprender com as situações e orientar as intervenções a desenvolver. Foi reforçado através da supervisão clínica, a necessidade de treinar a sua reflexividade, como forma de documentar o seu auto-conhecimento, para procurar compreender a sua forma de pensamento, com vista a superar as suas dificuldades, regulando o seu resolver de problemas e adaptar os cuidados em consequência. Deve continuar a investir na sua reflexividade, de forma a fomentar o cuidado relacional, pois só através

Escala : Insuficiente (≤ 10); Suficiente (10-13); Bom (14-15); Muito Bom (16-17); Excelente (≥ 18)

AVALIAÇÃO QUALITATIVA FINAL: Bom

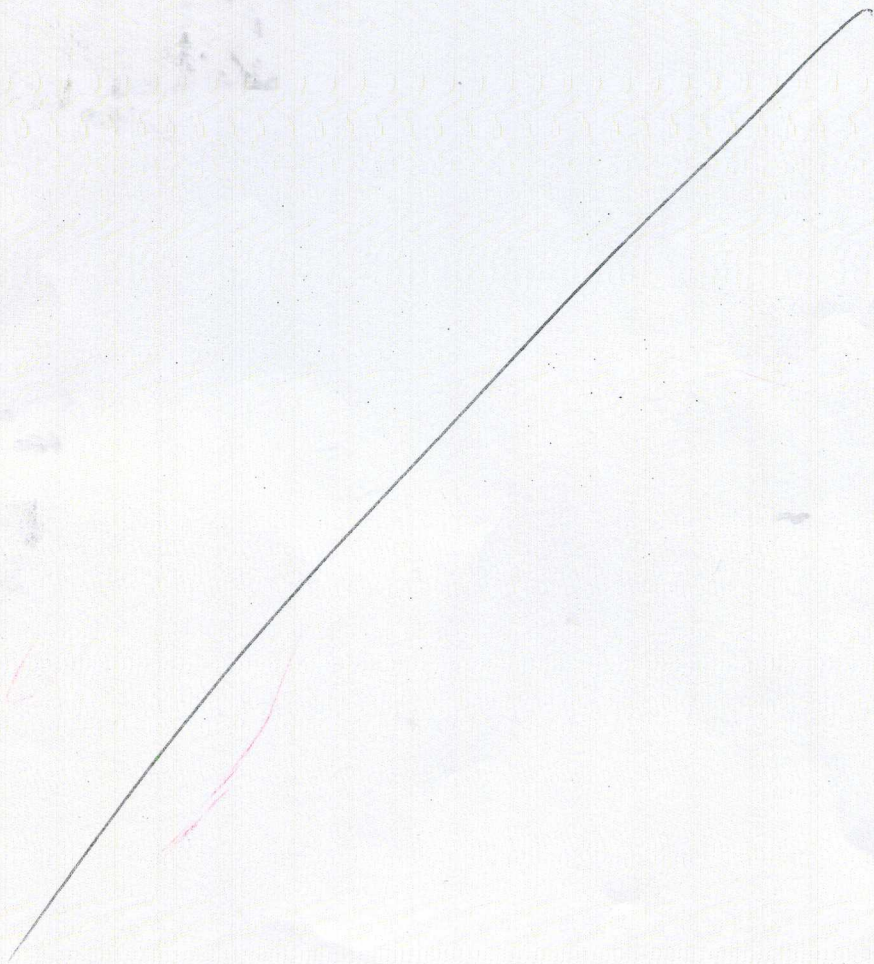
Assinatura do Formando Carla Sofia Clara Aires

Assinatura do Orientador Clínico Sandra Costa

Assinatura do Orientador Escola L. S. - 16

do reflexão das suas ~~próprias~~ atitudes e comportamentos poderá provocar mudanças pessoais e profissionais, adquirindo assim as diversas competências específicas, como futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica. Pelo exposto acima, considero que o estudante no decorrer deste processo se classifica no Bom.

Coste -



APRECIÇÃO GLOBAL REALIZADA PELO FORMANDO:

A Estudante ao longo do Ensino clínico na Escola de Medicina promoveu o desenvolvimento pessoal e profissional na sua prática clínica diária.

Adquiriu e desenvolveu diferentes competências inerentes ao curso Especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria.

Ao longo do Ensino clínico, promoveu a prevenção das diferentes patologias apresentadas que se depararam, permitindo desenvolver os seus objetivos pessoais e académicos.

APÊNDICE I
Diários de Aprendizagem

Acolhimento- “Um primeiro passo”

O dia 27 de Setembro foi marcante para mim. Tratou-se do primeiro dia em que de forma quase autónoma realizei um internamento de um doente. Anteriormente tinha apenas assistido ao momento do internamento “caladinha no meu canto” e atenta a todos os pormenores...

O acolhimento de um doente é sempre um momento da relação terapêutica fundamental já que é neste contacto que o mesmo e a sua família percebem a mudança que vai acontecer nas suas vidas e para o terapeuta é o momento em que pode começar a intervir, nomeadamente nos medos, incertezas e angústias manifestados por estes através da escuta, apoio e vínculo.

Nesta altura o doente/família encetam a separação do seu núcleo familiar e tomam consciência que o internamento implica em ambos, mudanças no seu dia-a-dia e dos seus hábitos de vida.

É também nesta fase que se reforça o funcionamento do internamento, o Modelo Terapêutico do internamento (adaptação do Modelo Minnesota), os direitos e deveres do utente, as normas vigentes e o que é totalmente proibido e se dão outras informações ao doente e familiares.

Na UAL o acolhimento de um doente é feito numa sala em privado e estão presentes o doente e o co-responsável, normalmente uma pessoa familiar, a mãe ou o pai, que tem como papel acompanhar o doente no seu processo de tratamento, nomeadamente acompanhando-o às consultas, na participação em sessões de informação, conferências de família e na administração do antagonista do álcool (nos casos em que se aplica).

É utilizado um processo de enfermagem que contém diversas questões de saúde e outras que na minha opinião está muito completo, englobando as informações pertinentes para se executar um acompanhamento eficiente do doente e família pela equipa clínica.

Neste caso, apresentei-me ao doente e à família e dei início ao acolhimento. Estava ansiosa mas ao mesmo tempo confiante porque considero que sou boa comunicadora com algum jeito com as palavras. Simultaneamente sabia que tinha perto a Enfermeira Sandra para me “acudir” essencialmente nas normas, horários e outros factores intrínsecos do internamento que eu ainda não havia integrado muito bem.

Fundamental era que estabelecesse uma relação de confiança e parceria com o doente e família, assim como ajuntar já neste momento, o insight do doente sobre os seus problemas, aumentando a sua capacidade de descobrir estratégias de resolução.

O doente em si apresentava-se na fase da Contemplação e com crítica.

Nesta fase, segundo o Modelo Transteórico de Prochaska, DiClemente, e Norcross (1992), surge muitas vezes a ambivalência de sentimentos, onde o doente começa a problematizar um padrão de consumo, colocando a hipótese de transformação. Neste período surge por isso muitas vezes a ambivalência de sentimentos, onde o doente pondera sobre as vantagens e desvantagens do consumo e da abstinência.

É nesta altura que é preponderante intervir, reforçando aspectos que façam pender já no início do internamento, a ambivalência do doente, predispondo-o para a mudança. Desta forma fui aproveitando o que o doente e a família me diziam, incluindo na entrevista aspectos de motivação e aumento de confiança no projecto terapêutico que envolvia o doente, a família e a equipa clínica.

Pensei durante o processo que este não era um doente “difícil”. Era comunicativo, eutímico, e não me parecia manipulador numa primeira análise. A co-responsável era a esposa que demonstrou na minha opinião um papel de co dependente, visto mostrar-se demasiadamente protectora. De certa forma, considerei que se fosse um doente com outras características, talvez o acolhimento não tivesse corrido tão razoavelmente bem.

À entrada, o doente apresentava uma taxa de alcoolémia=0,00g/l e era adicto em recuperação. Foi aliás no abuso de álcool que encontrou o substituto para a adição.

Finalizada a entrevista, em que em certos pontos a Enfermeira Sandra intercedia, fomos dar a conhecer o serviço. Confirmei depois que os objectos pessoais do doente respeitavam as normas do serviço. Neste percurso fui ainda reforçando a hidratação que era importante e fundamental no processo de desintoxicação.

Com o decorrer do processo de acolhimento penso que fui ficando mais calma e menos insegura, achava que os conteúdos que transmitia eram pertinentes e interventivos. Fiquei de resto feliz por o doente e a esposa demonstrarem que tinham força de vontade em prosseguir com o processo de mudança.

No dia seguinte continuava a minha satisfação. Tive a oportunidade de apresentar o doente à equipa clínica sob a supervisão das Enfermeiras Marta e Ana Catarina. Estava um pouco ansiosa porque ia falar para médicos psiquiatras e não para

pares, mas também sabia que estava a pouco e pouco a integrar-me na equipa clinica podendo dar vida a competências clinicas especializadas. Era o primeiro passo...

“Imaginar-ligação a si mesmo”

No dia 9 de Outubro, no turno da tarde, tive oportunidade de ser eu mesma a desenvolver uma actividade de relaxamento aos doentes internados, sob a supervisão da Enfermeira Sandra.

Tinha já assistido a uma sessão de relaxamento progressivo de Jacobson dirigida pela Enfermeira Sandra, mas anteriormente, em contexto de aula do Mestrado, tinha executado a técnica de relaxamento da Imaginação Guiada, optando então por levar a cabo esta.

As técnicas de relaxamento são terapêuticas no sentido em que exista um diagnóstico que possa beneficiar do aumento da consciência que se tem do corpo e de si.

Constituem-se assim como técnicas e estratégias que facilitam e promovem essa consciência em que os doentes ganham uma consciência aumentada do seu corpo, e como consequência, se sentem mais ligados a si mesmos. Esta acoplagem oferece portanto um incremento de energia, nitidez mental, capacidade física, e harmonia emocional.

O meu projecto de estágio incide essencialmente sobre a temática da adesão terapêutica no seio da pessoa com comportamentos aditivos, toxicod dependência e alcoolismo, pelo que fazem todo o sentido, comprovados que estão na evidência científica, os benefícios destas intervenções nesta problemática.

Naquele dia tinha guardado nos meus documentos o “guião” que utilizei na aula e foi o mesmo que empreguei na sessão de relaxamento com os doentes.

Para mim seria a primeira vez que efectuava aquela técnica psicoterapêutica em contexto “real” e na verdade, sabia que estar do lado de “lá” era muito diferente. Pela primeira vez iria decerto experimentar diversas sensações.

Inicialmente dirigimo-nos para a sala de ginásio e os doentes que participaram na sessão dispuseram-se pela sala deitados. De fundo coloquei uma música relaxante utilizando um rádio que dispõem na UAL.

Estava ansiosa e com a voz um pouco tremola mas lá comecei...As minhas expectativas eram grandes.

No decurso da intervenção da Imaginação Guiada senti como principais limitações o ritmo que tinha de impor versus tempo para a intervenção. Ora eu própria tinha a noção que numa sessão de relaxamento a cadência das nossas palavras é

fundamental. É necessário um equilíbrio na velocidade das palavras e ao mesmo tempo a nossa voz deve mostrar clareza.

A gestão do ritmo das palavras, o respeito pelos silêncios pertinentes e o acompanhamento do estado dos participantes foram então um pouco complicados, embora considere que foi uma gestão razoavelmente conseguida. Tinha a noção de que esta gestão era fundamental para o sucesso da intervenção e constituiu um momento de aprendizagem porque é difícil para mim falar pausadamente. Então tive de combinar “comigo própria”...que não podia em momento nenhum começar a acelerar...pois seria um elemento promotor do insucesso.

Em relação ao grupo, penso que consegui dinamizá-lo. Senti o grupo presente e que viviam um processo colectivo. Da sua interacção resultou na minha opinião um grupo coeso.

No final da sessão tive o auxílio da Enfermeira Sandra uma vez que ao pedir aos doentes que deixassem a imagem que imaginaram e regressassem ao “aqui e agora”, abrindo os olhos, verifiquei que nenhum participante abria os olhos. Continuavam no seu processo de relaxamento. Deste modo, a Enfermeira Sandra reforçou as minhas palavras dizendo também ela, que abrissem os olhos e mexessem os membros.

O momento da avaliação da sessão foi essencial para fechar a mesma, sendo o feed-back dos participantes que nos motiva a melhorar a prestação como terapeutas numa próxima intervenção. Não estou neste sentido, a descurar o resto das fases da sessão, mas para mim foi o momento mais marcante, porque vem dar resposta ao alcance dos objectivos propostos a atingir.

Quase todos os doentes imaginaram e descreveram no final uma situação marcante da sua infância e 3 dos participantes imaginaram uma situação relacionada com a morte de um ente querido. Fortaleci a ideia que o objectivo era imaginarem um facto positivo mas considero que foi uma avaliação positiva já que foi com muita satisfação que ouvi, no momento da avaliação da sessão, que a maioria dos participantes tinha conseguido relaxar ou ter sensações agradáveis, que no fundo era o que pretendia. Tinha a percepção pessoal, que se a maioria dos participantes confidenciasse que não tinha conseguido atingir qualquer objectivo proposto, a minha intervenção posta em prática seria um falhanço. No fundo este também era um objectivo a que eu própria me tinha proposto.

Quero crer que recorde esta sessão de relaxamento prazerosa como ponto de partida para outras sessões futuras em que me sinta menos ansiosa e mais à vontade, com o objectivo de executar uma intervenção psicoterapêutica cada vez mais sólida.

“O risco e a regra”

No dia 22 de Novembro deparei-me no turno da manhã com uma situação que me fez reflectir.

Na passagem de turno foi comunicado que a Dra. Marta (psicóloga na UAL) tinha deixado um recado aos enfermeiros do serviço, para se averiguar através de uma revista ao quarto e eventualmente através de uma pesquisa de urina ao doente X (adito), se este teria mentido à equipa clínica, quando disse que já não consumia substâncias psicoactivas à 1 mês e meio.

Isto aconteceu uma vez que no dia anterior a Dra. Marta teve uma conferência familiar com o doente e a sua esposa e, no final da mesma a Dra. Marta suspeitara, sem ter observado com 100% de certeza, que a esposa do doente tinha “passado” secretamente qualquer coisa ao doente de mão a mão, em que a suspeita caía no facto de poder-se tratar de alguma substância psicoactiva de pequenas dimensões.

À primeira vista, todos comentámos que aquele comunicado não fazia muito sentido já que considerávamos que a Dra. Marta devia na altura (no ali e agora) ter confrontado o doente e não o fez. A Enfermeira Sandra até referiu que ficava surpreendida desse comportamento vir da Dra. Marta.

Eu quando ouvi pensei: “Porque não terá feito o confronto? Por receio...?”

No entanto foi feita durante a manhã uma revista ao quarto do doente sem ter sido nada encontrado. Segundo a enfermeira Sandra o doente mostrou também uma postura descontraída e nada evidenciava que o comprometesse.

Posteriormente a Dra. Marta chegou à UAL e explicou que a sua relação terapêutica com o doente e família tinha atingido um estágio importante de confiança nessa reunião, e esse confronto deitaria “por terra” essa confiança. Simultaneamente, na sua avaliação de segundos, o que achava ter acontecido, não passava mesmo de uma mera suspeita e não podia arriscar consequências nefastas para a relação terapêutica.

Perante a situação pensei que todos nos precipitámos e numa primeira análise, não avaliámos bem a situação. A comunicação verbal e não-verbal nunca é totalmente eficaz quando “nos dizem” e não é “a pessoa que nos diz”. Depois senti que todas as minhas dúvidas estavam esclarecidas. É claro que a Dra. Marta tomou a opção correcta:

“ No seu modo de fazer e estar, este deve demonstrar ao cliente que é um ser genuíno e digno de confiança”(Chalifour, 2008).

Ainda segundo Chalifour (2008), a compreensão empática, o respeito, a autenticidade, a compaixão e a esperança, espelham o caminho que deve percorrer o interveniente para ser eficaz num contexto de relação de ajuda profissional.

Se a Dra. Marta partisse para a estratégia do confronto, perderia o que tinha construído na cimentação do projecto terapêutico comum até ao momento.

Assim sendo, o risco e a regra “caminham juntos”, e cabe ao interveniente profissional fazer a melhor avaliação possível das situações. É por isso também fundamental que possua um conhecimento elevado de si mesmo, uma vez que é o principal agente da relação, e disponha de habilidades nas relações interpessoais e na comunicação para que emerja uma prática concreta e articulada.

O sentido que dei a esta situação é que percebi que a reflexão na acção é sempre importante. Após ter escutado a versão da própria, entendi mais uma vez a importância de um questionamento reflexivo. Percebi que o interveniente deve estar atento à qualidade do vínculo terapêutico e que em prol do ultrapassar de dificuldades relacionais e da instalação de um bom ambiente terapêutico, deve adaptar e assegurar a melhor participação possível do cliente tomando decisões que nem todos entenderão numa primeira fase.

Por outro lado, ao utilizar-se a estratégia do confronto, pode-se correr o risco do indivíduo quando confrontado, poder tender a erguer defesas e assim reforçar a sua resistência, por exemplo à mudança. Segundo Miller, W.R. et al (1993), apesar da confrontação ser um objectivo implícito da Entrevista Motivacional, a confrontação directa, imediata e persuasão, devem ser claramente evitadas já que estas geralmente aumentam a resistência e reduzem a probabilidade de mudança.

É então inegável a necessidade do envolvimento do interveniente como pessoa nesse processo, uma vez que, a qualquer momento, estamos a rever as nossas posturas, os nossos sentimentos e valores.

Confrontar e Clarificar

Tive uma reunião de supervisão na UAL com a minha tutora Enfermeira Lúcia e com um dos meus orientadores de estágio, o Enfermeiro David. Nesta reunião foram discutidos diversos aspectos intrínsecos e extrínsecos ao meu processo de aprendizagem no campo de estágio e pessoal. Tratou-se de um momento em que se faz um balanço do que está a ser feito pelo aluno até ao momento e tenta-se orientar o mesmo para o aperfeiçoamento do seu trajecto de aprendizagem. Este tipo de reuniões é sempre importante, pois são mostradas aos alunos algumas estratégias fundamentais que podem direccionar a sua prática de cuidados no local de estágio.

Para Cottrell (2000) por exemplo, a função do supervisor clínico em enfermagem consiste em sustentar a formação e a actividade profissional dos supervisionados, tendo sempre em conta a prestação de cuidados de qualidade ao cliente e, ainda, promover a mudança positiva, educar, monitorizar, recomendar, desafiar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico dos mesmos.

Penso que nesta reunião emergiu exactamente este estímulo: a Enfermeira Lúcia e o Enfermeiro David recomendaram-me a mergulhar em mim própria uma vez que as minhas reflexões anteriores mostravam pouco aprofundamento no que dizia respeito aos meus sentimentos e pensamentos. Reforçaram a importância de serem realizadas reflexões onde também explorasse o significado de algumas das fragilidades de que falo/sinto. Assim como conseguir encontrar o sentido delas porque afinal, no meu projecto proponho identificar estratégias de coping e mecanismos de protecção e defesa que utilizo. A enfermeira Lúcia referiu por exemplo que nas minhas reflexões a palavra ansiedade era muito comum.

Penso que esse “mergulho” em mim é complicado mas não impossível e que cabe à minha pessoa tornar isso possível. Senti que talvez devido à minha personalidade, estarei a criar resistências desnecessárias que não ajudam no meu processo de aprendizagem.

Considero-me uma pessoa frontal, impulsiva e logo pouco “contida”, e devia desenvolver a resiliência em mim. Sinto que devo melhorar a capacidade de lidar com situações de ansiedade e stress de modo a que o factor de stress deixe de ser encarado como um problema para mim. De facto penso que o stress é numa fase inicial bloqueador para mim mas também não sinto que seja um processo continuo e sem fim.

Como tal, as estratégias de coping utilizadas servem por outro lado para eu me adaptar às situações de stress do meu dia-a-dia.

Achei que estas “achegas” dadas na reunião de supervisão foram mais uma vez a tentativa de eu tomar mais consciência da minha pessoa e do aqui e agora e de por exemplo encarar o "coping" como uma acção deliberada e intencional que tem um propósito de eu ter atenção ao que faço, digo ou penso no momento presente.

Esta experiência foi então boa para eu reflectir sobre esta situação, principalmente para eu pensar que as reflexões não são uma exigência da escola e sim uma necessidade que deve emergir de mim, dada a sua importância no fenómeno do autoconhecimento.

Ter tido esta reunião fez-me reflectir sobre a minha maneira de ser e como esta pode influenciar o nosso dia-a-dia e a ajuda ao outro. Ao sentirmos qualquer forma de sofrimento, não poderemos estar disponíveis para ajudar o outro.

Devo aumentar o insight sobre os meus problemas a fim de encontrar novas vias de resolução para que possa utilizar o meu self como terapêutico.

Pretendo encarar as reflexões e logo o conhecimento reflexivo como um objectivo contínuo pessoal para que possa melhorar a minha prática de cuidados e ser capaz de clarificar os desafios com que me depare. Estas reuniões são sem dúvida uteis para nos confrontar e clarificar de forma a melhorarmos o nosso percurso.

“O grupo e eu”

No dia 1 de Dezembro vim fazer manhã ao estágio. Começou logo por ser comunicado na passagem de turno, a informação de que no dia anterior, alguns doentes tinham-se perdido quando iam a uma reunião de NA no exterior da UAL e para além de se terem perdido no caminho para lá, também se tinha constatado pela Enfermeira que estava no turno da noite, que os doentes em questão tinham ficado “afectados” negativamente pelo acontecido, tendo verbalizado esse facto quando chegaram ao serviço. Ressaltava o caso do Sr. Y que se trata de um doente que considero estar no estadio da **Acção** do Modelo Transteórico ou de Mudança de Diclemente e Prochaska onde o doente já muda e usa a psicoterapia como um meio de assegurar-se do seu plano, para ganhar auto-eficácia e finalmente para criar condições externas para a mudança.

Considero que o Sr. Y tem investido muito a nível individual e tem levado os objectivos a que se propôs no internamento muito a sério.

Ora na toma assistida do Tetradin, constatei que o Sr. Y apresentava um fâcies triste, não muito habitual, e questionei-o como se estava a sentir, ao qual me respondeu que não estava muito bem principalmente pelo que tinha acontecido no dia anterior, e de certa forma senti que o doente estava incomodado com algo mais do que o grupo tinha verbalizado no dia anterior à Enfermeira de turno. A Enfermeira Sandra também pensou o mesmo e a equipa de enfermagem considerou pertinente confrontar o Sr. Y em tempo oportuno para que mostrasse maior disponibilidade para contar o que realmente sucedera.

Quando esse momento ocorreu, a Enfermeira Sandra contou que o Sr. Y verbalizou afinal quando foi confrontado, que outro doente na reunião falou em garrações de vinho e deixou todo o grupo com o sentimento de vergonha. De seguida terá abandonado a reunião e o grupo, tendo estes ficado preocupados ao ponto de terem de o procurar para regressarem todos juntos à UAL.

Na altura pensei que não me tinha enganado e que o Sr. Ventura ao ficar tão incomodado com a situação, não tinha ido contra as minhas expectativas.

Depois, pensei:”o que terá passado pela cabeça do Sr. X para agir daquela maneira? Afinal, este é um doente que já tem alta clínica para breve (dentro de 3 dias)...Decerto não está nada preparado para sair do internamento...o que falhou?”

Simultaneamente também pensei e senti que realmente a noção de grupo é importante e alguns doentes valorizam a ideia de grupo. É como se, o que um elemento

sente ou faz acabe por se reflectir de alguma forma no que os outros elementos fazem ou sentem. E de facto no “campo” esta convivência honesta do grupo repercute-se. Já são várias as situações em que está patente o funcionamento dos elementos em prol do grupo.

Antes de vir estagiar para este internamento, eu não tinha bem a noção de como o trabalho em grupo podia ser tão proveitoso e terapêutico. Aqui consigo perceber isso, e como neste contexto dos comportamentos aditivos é tão importante que os indivíduos se mantenham numa situação activa de reflexão, escuta e respeito pelo momento de partilha do outro.

Ao final de algum tempo, os elementos do grupo já se identificam fazendo parte de um grupo que deve ser comunicante, auxiliador e revelador de sentimentos e como tal, também revelam sentimentos e emoções quando as coisas correm menos bem. Nesta situação, no grupo emergiu o sentimento honesto de vergonha, assim como no doente X. O posterior confronto ao doente X, resultou num pedido de desculpas deste ao grupo, que se calhar não teria acontecido se não se tratasse de um grupo coeso que demonstraram ser. Tratou-se assim de uma situação que naturalmente se revelou terapêutica.

Por outro lado a estratégia do confronto instituída também foi o que permitiu esta dinâmica de grupo. Segundo Trottier & Gosselin (1982) a confrontação é um acto que não visa apenas diminuir uma contradição, mas igualmente superá-la.

Fundamental é o doente sentir que o interveniente o deseja compreender, sem o julgar por aquilo que pensa e sente, porque o doente ao sentir-se possuído pela vergonha, e pelo medo de rejeição, pode reconsiderar a sua maneira de se compreender. Simultaneamente o interveniente pode ainda desencadear no doente um questionamento, conduzindo-o por exemplo a repensar a sua compreensão das relações interpessoais e facultando-lhe o desejo de comunicar de um modo mais autêntico (Chalifour, 2008).

“A testemunha”

Hoje dia 7 de Dezembro, a minha tutora veio à UAL, para mais uma vez fazermos um ponto da situação em relação ao decorrer do estágio.

A nossa última reunião tinha sido muito importante para mim na medida em que a minha tutora tinha-me “marcado” com as coisas que me disse e era com alguma expectativa que a aguardava chegar. Procurei encontrar um sentido naquilo que a professora me chamava a atenção e de alguma forma queria-lhe provar isso.

Quando a minha tutora chegou, a primeira coisa que fiz foi questioná-la se tinha melhorado nos meus últimos documentos enviados, ao que a tutora respondeu que sim e que tinha gostado muito. Apenas tinha reparos a fazer em algumas situações de linguagem não muito utilizada em Saúde Mental.

Fiquei surpreendida e muito feliz por ter percebido pela sua postura, que as tentativas na realização de reflexões com sentido para mim, surgiram finalmente com algum sucesso.

Tinha feito um esforço, pegando na estimulação que a tutora me tinha dado na última reunião, sobre eu mergulhar em mim, e em mim pesquisar as minhas fragilidades, os mecanismos de defesa que utilizo e questionar-me fazendo um pensamento reflexivo. No entanto a dúvida pairava na minha cabeça e gostava de saber se conseguia ter dado esse volte face com a realização das últimas reflexões (que tinham sido feitas no turno como sugestão da tutora). Esta foi uma óptima sugestão porque ao retirar 1 hora do turno para realizar a minha reflexão, mantenho os acontecimentos, pensamentos e sentimentos ainda recentes quando estou a efectuá-las, o que se torna enriquecedor e muito libertador. As ideias surgem assim mais facilmente e é mais fácil encontrar o seu sentido.

No decorrer da reunião, surgiu uma palavra dita pela tutora que me chamou mais a atenção: “testemunha”. Esta palavra surgiu no contexto de supervisão clínica. A minha tutora explicava que ela representava apenas o papel de “testemunha”.

Desde logo pensei no papel do supervisor clínico e relacionei com aquele exemplo dado.

Segundo Cottrell (2000), é pretendido que o supervisor clínico em enfermagem auxilie no suporte da formação e da actividade profissional dos supervisionados, tendo sempre como fim a prestação de cuidados de qualidade ao doente. Neste sentido deve

promover a mudança positiva, educar, monitorizar, aconselhar, estimular, inquirir e desenvolver o espírito crítico dos mesmos.

De facto, sinto que encontrei na minha tutora estas vertentes. Não teve apenas o papel de “testemunha”. Foi ao contrário, uma peça chave de todo este processo de aprendizagem. Ao longo do estágio, senti sempre um grande apoio da sua parte e principalmente uma grande demonstração de disponibilidade.

O facto de eu não ter experiência na área de saúde mental deixou-me mais susceptível a dificuldades de todo o género mas foi a sua parceria e insistência que me proporcionou o crescimento interno que penso estar a atravessar.

Alarcão e Tavares (2007) entendem que o supervisor deverá fazer desenvolver nos formandos um conjunto de capacidades e atitudes com vista à excelência e qualidade dos cuidados.

O “espelho”, como a Enfermeira Lúcia também refere que representa, foi mais que um “espelho”, foi o que me motivou na busca do meu autoconhecimento.

Como é referido no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2010), uma das competências específicas do enfermeiro especialista de saúde mental consiste em deter um elevado conhecimento e consciência de si, enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

É um caminho que penso estar a percorrer...onde a “testemunha” e o “espelho” têm sido essenciais.

“O físico e a mente”

Hoje dia 8 de Dezembro, ressaltou-me num jogo terapêutico o aspecto geral dos doentes. Aqui no internamento tenho a oportunidade de acompanhar por exemplo as suas alterações físicas. Ao final de alguns dias já posso observar com clareza o aspecto físico melhorado dos doentes, após alguns dias de desintoxicação alcoólica.

Pensei mesmo no início do estágio, em tirar uma fotografia ao doente no seu dia de entrada e no seu dia de saída para ele próprio ter consciência das mudanças que sofreu também ao nível físico. No entanto falando com o enfermeiro David, acabei por abandonar essa ideia pois também envolvia procedimentos de autorização e outras burocracias que decerto tornariam esse processo complicado.

Penso que com o tratamento e trabalho terapêutico efectuado pela equipa multidisciplinar, o doente começa a ficar mais preocupado na forma como se apresenta, e realmente fico contente do seu aspecto físico melhorar tão rapidamente. É uma mudança que o doente não se apercebe logo, mas aos poucos vai avistando que quando se olha ao espelho está diferente.

O Sr. X de 49 anos por exemplo, ingressou no internamento no dia 5 desde mês, vinha com maus cuidados de higiene, emagrecido (o próprio referiu que vivendo sozinho, apenas fazia na maior parte dos dias apenas uma refeição), apresentava temores periféricos acentuados e falta de equilíbrio na locomoção. Deste modo e dado o seu estado debilitante ficou em SO durante 2 dias a cumprir soroterapia e alguma terapêutica endovenosa. O aporte hídrico também foi reforçado como bom preditor de uma mais rápida recuperação física.

Logo ficou melhorado e já participou das actividades tornando-se novamente independente e autónomo.

Segundo a Sociedade Anti-alcoólica Portuguesa (1990), as perturbações ligadas ao alcoolismo crónico atingem e manifestam-se sobre todos os órgãos e sistemas e perturbam todos os metabolismos.

Assim, esta sensibilidade e conhecimento que demonstra a equipa de enfermagem são muito importantes. Aqui são os enfermeiros que avaliam se o doente deve passar pelo SO e por quanto tempo. O SO fica de uma forma pertinente localizado perto da sala de enfermeiros.

Penso que a monitorização do doente é também um passo importante na recuperação do mesmo.

Sobre este assunto, faço questão de estar sempre a reforçar o aspecto geral melhorado que o doente apresenta. Até no seu autocuidado e forma de apresentação se denotam uma maior preocupação por parte do doente.

Encontro nesta acção o sentido de ser mais um factor de ganho de consciência sobre o problema. É de certa forma mais um factor de valorização no ciclo de mudança que se vai instalando ao longo do tempo.

O facto de o doente tomar consciência que teve alterações físicas e que de uma forma geral se sente melhor, influencia com certeza a motivação do doente para a mudança.

Segundo Carina Borges e Hilson Filho (2007) “Os intervenientes devem orientar e motivar o cliente, isto é aumentar a probabilidade de que este siga uma linha da acção que provoque uma mudança.”

“E agora?”

Hoje dia 11 de Dezembro, quando fui administrar a terapêutica prescrita do pequeno-almoço aos doentes, penso que vivi um momento de relação terapêutica com um doente que me fez pensar como é tão importante a relação interpessoal que vamos construindo com os doentes neste internamento.

O Sr. X vai ter alta clínica hoje e como tal, vai partir para uma nova “vida de mudança” a partir deste dia.

O seu trabalho psicoterapêutico, as relações interpessoais que criou, os instrumentos terapêuticos que o doente ganhou, vão de algum modo ser postos à prova pelo Sr. X, quando o mesmo sair pela porta da UAL.

Conversando com os doentes, afiguro os sentimentos e pensamentos que os doentes devem ter quando se aproxima a alta clínica. Na minha opinião, o receio de encontrarem uma nova realidade e como vão lidar com ela é comum, assim como o medo da recaída.

Entrei no refeitório e ao mesmo tempo que lhe entregava a terapêutica para a mão, perguntei ao doente X: “Então Sr. X? Vai ter alta hoje, não é? Como se sente?”.

O Sr. X encolheu os ombros e disse: *“Ó...nem sei...estou com um bocado de medo porque sei que vão logo desconfiar de mim e chatearem-me a cabeça...a minha família já começou a dizer que eu tenho de ter juízo. Estou mesmo a ver...vão andar sempre a ver o que faço...”*.

Eu respondi: “O Sr. X com tudo o que adquiriu neste internamento, vai sair uma pessoa com particularidades diferentes das que tinha, vai sair uma pessoa mudada. Por sua vez, essas mudanças também vão ser como adaptações que a sua família vai ter de integrar. Assim sendo, você terá de dar provas de que a sua família pode confiar em si...porque a confiança também se ganha...Aos poucos e poucos, essa confiança vai-se instalando entre todos e tudo será mais fácil. É apenas mais uma etapa da sua recuperação...uma coisa de cada vez é o mais apropriado e saia de forma serena, fique calmo porque sinto que vai correr tudo bem consigo. Depois sempre que precisar de desabafar com alguém ou precisar de apoio...pode vir cá sempre falar connosco. A equipa de enfermagem está sempre disponível para o receber Sr. X.”

Pela atenção que o doente me dispensou e depois sentir que o ajudei pelo menos um pouco para o tranquilizar foi muito bom. Pude sentir pela sua linguagem não-verbal

e verbal que o doente tinha apreendido as minhas palavras como um estímulo reforçador e positivo.

Segundo Chalifour (2008), a atenção concedida ao outro e à qualidade da relação, deve ser o núcleo da intervenção terapêutica e o interveniente deve ser capaz de conjugar os seus saber, numa relação marcada pela aceitação, compreensão, acolhimento e esperança.

Lawson (1996) também partilha a visão de que um requisito fundamental para uma relação de confiança e cooperação mútua, é a aliança terapêutica estabelecida através do interesse sincero e da aceitação do outro.

Sempre que tem essa oportunidade, penso que o enfermeiro deve intervir, focando-se na relação interpessoal que cimentou com o doente ao longo do tempo. O enfermeiro terapeuta deve ter competências para prestar cuidados em todos os campos de acção da pessoa. Simultaneamente deve ter um bom nível de autoconhecimento a fim de poder dar um feedback terapêutico adequado. A disponibilidade, a autenticidade, o olhar positivo incondicional, a congruência, são algumas das características a desenvolver. Penso que a relação constitui assim o cerne dos cuidados de enfermagem especializados.

A palestra

No dia 20 de Dezembro, e tal como previsto apresentei aos doentes internados na UAL, sob a supervisão do Enfermeiro David, a palestra sobre o tema da Adesão Terapêutica que tinha vindo a preparar há bastante tempo com a colaboração dos enfermeiros do serviço.

Segundo Bugalho e Carneiro (2004), o controlo e aumento da adesão terapêutica são benéficos para os sistemas de saúde, pelo que as intervenções destinadas a melhorar a adesão terapêutica constituem um contributo importante para a melhoria da saúde da população.

Esta sessão tratou-se de uma intervenção psicoeducativa que me deu imensa satisfação realizar em todas as fases do seu processo de elaboração. Primeiro porque se tratava de um tema interessante e pertinente que encontrava fundamento nas actividades que me propus fazer no meu projecto de aprendizagem de estágio e depois porque era como o culminar de uma intervenção que fazia falta na UAL. O data-show vai por isso ficar disponível no serviço como mais uma palestra fundamental para o processo de recuperação dos doentes no internamento.

Na problemática dos comportamentos adictos, Stuart & Laraia (2001) referem que o enfermeiro através das suas diversas intervenções e competências especializadas, deve ajudar o paciente a avaliar os custos e malefícios da continuação do uso da substância, e a construir um ambiente e um estilo de vida que incentivem à abstinência. Desta forma, enfatizam que o paciente deve ser auxiliado na consciencialização do reconhecimento que a recuperação é um processo a longo prazo, ajudando-o a modificar padrões de pensamento, hábitos, comportamentos e situações de vida, reforçando sempre a abstinência e a aderência a mudanças comportamentais. A sua intervenção passa ainda por ajudar o paciente na identificação de factores de risco e a praticar estratégias de prevenção, reforçando a contínua necessidade de estratégias activas de mudança.

No planeamento da sessão tinha traçado como objectivos:

- Promover as relações interpessoais em grupo;
- Promover a relação terapêutica Enfermeiro-Utente;
- Promover a integração e relações interpessoais dos novos elementos no grupo (conhecer e dar-se a conhecer);

- Colocar os indivíduos numa situação activa de reflexão, escuta e respeito pelo momento de partilha do outro.

- Estimular a concentração e a memória;
- Reforçar conhecimentos sobre a adesão terapêutica incentivando à adesão terapêutica.

Estava com enormes expectativas que tudo corresse bem e a intervenção fosse efectiva e competente. Afinal, no início do estágio tive aquela experiência menos boa na apresentação do jogo terapêutico sob a supervisão da Enfermeira Sandra.

Fiquei no entanto muito satisfeita porque o desenvolvimento da sessão decorreu sem percalços. A sessão decorreu durante uma hora e penso que num ambiente terapêutico.

Considero que tudo correu tão bem devido a diversos factores. Acho nomeadamente que a intervenção foi realizada numa fase boa de aquisição de competências e experiências, na fase final do estágio. A minha postura e conhecimentos já demonstram maior consistência e penso que isso “passou” para o grupo. Depois eu penso que o grupo foi muito interactivo. Senti o grupo presente e que viviam um processo colectivo.

Inevitavelmente com a participação activa dos doentes, acabei por desenvolver diversos temas relacionados com a temática da dependência alcoólica e o meu discurso fluía naturalmente demonstrando à vontade na discussão do que era partilhado. Não esperava efectivamente que o grupo fosse tão participativo e que demonstrasse tanto interesse. Depois e tal como alguns doentes referiram no feedback, o data-show estava muito bem encadeado e com conteúdos muito pertinentes que eram de todo o seu interesse. Para além disso, o Enfermeiro David interferindo pontualmente para, como o próprio me referiu mais tarde, reforçar alguns aspectos, deu-me “espaço”, dando-me confiança para continuar a intervenção.

Considero ainda que o momento da avaliação da sessão foi essencial para fechar a mesma, sendo o feedback dos participantes o que me estimula a melhorar a prestação como terapeuta numa próxima intervenção. Para mim foi um dos momentos mais importantes, porque vem dar resposta ao alcance dos objectivos propostos a atingir.

No final, as palavras do Enfermeiro David fizeram o desfecho porque me disse que evolui muito no geral, e tinha gostado muito da sessão. As minhas expectativas não saíram goradas...ouvir isto do Enfermeiro David motiva-me para continuar o meu

processo de aprendizagem no adquirir das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde mental, e no meu caminho para me tornar perita.

Jogo terapêutico

No dia 28 de Dezembro apresentei aos doentes o jogo terapêutico “Apresentação do conceito de adesão terapêutica”.

Considero que a sessão decorreu de acordo com o planeamento que fiz da mesma. Estava com alguma expectativa por o outro jogo terapêutico apresentado no passado ter corrido menos bem, mas agora sentia-me mais preparada para lidar com o grupo e mais consistente nos conteúdos que podia transmitir, dando feedbacks mais adequados.

A Enfermeira Sandra foi quem supervisionou a actividade e em alguns pontos intercedia para complementar o que eu dizia. De forma adequada considero eu, dando-me desta vez espaço para ser eu própria a liderar o grupo.

Penso que consegui ser clara, precisa e ter criado um clima realmente terapêutico. O grupo tal como na palestra em que tinha sido coeso e conseguindo inter-relacionar-se bem comigo, mais uma vez demonstrou interesse e foi muito participativo.

Segundo Weiner (1993), o terapeuta na sua acção deve demonstrar espontaneidade, criatividade, tolerância, flexibilidade e competência, regulando as intervenções de acordo com as respostas e amadurecimento dos pacientes e do grupo como um todo. O mesmo autor refere que uma das qualidades fundamentais que deve ter é deter competência de desenvolver a interacção e reforçar a ligação emocional entre os participantes, envolvendo-os pelo diálogo, abordando temas em comum, revelando-os tanto nas correspondências quanto nas distinções, conseguindo, nesse sentido, que venham a actuar como activos terapêuticos.

Nesta sequência, procurei com a minha postura interventiva que o grupo tivesse confiança naquele momento terapêutico que ali se desenrolava.

As suas intervenções ao longo do jogo terapêutico mostraram isso mesmo.

No aqui e agora, tive a capacidade de “segurar” o grupo dirigindo-o para os objectivos terapêuticos da actividade.

Foram imergindo diversos temas, e os pacientes puderam revelar sentimentos, emoções, e eu estava à vontade para lhes dar abertura, num clima terapêutico.

No final o feedback do grupo foi fundamental para fechar a sessão. O grupo ofereceu um feedback positivo, dizendo que gostaram muito e que deviam repetir a actividade no futuro. Um paciente disse ainda que aprendia mais neste tipo de sessões

dirigidas por enfermeiros do que nas sessões que faziam entre eles em que reinava um pouco a desorganização de conteúdos.

Introdução num novo contexto de cuidados...

Dia 3 de Janeiro iniciei outra etapa da minha aprendizagem neste *continuum* que consiste sempre um processo de aprendizagem na busca da consolidação de conhecimentos científicos, técnicos e relacionais.

Comecei a segunda fase do meu projecto, o módulo de cuidados de enfermagem especializados em contexto de ambulatório sob a supervisão do Enfermeiro Rui Sequeira na ET do Barreiro.

Depois de ter passado cerca de 4 meses em regime de internamento na UAL, chegou agora a oportunidade de vivenciar o que se preconiza em termos de práticas de cuidados na ET do Barreiro.

Encontro-me na primeira semana de estágio e encontrei como previa diferenças em vários aspectos que caracterizam a dinâmica de funcionamento de uma ET.

Considero que tenho um grande sentido de adaptação e facilidade na mudança e por isso encontro neste estágio a perspectiva de um novo desafio na consecução dos objectivos propostos na elaboração do meu projecto.

Encontrei desde logo uma equipa reduzida de Enfermeiros e por isso com uma dinâmica muito própria.

Existem vários programas de cariz terapêutico como o grupo do Acolhimento ao Álcool, o grupo da Prevenção de Recaída, o programa Viver em Equilíbrio, etc., onde os enfermeiros têm um lugar fundamental no que diz respeito ao planeamento, implementação e avaliação das necessidades do doente e família.

Existe além disso, a vertente de Gestor de caso, um aspecto que não encontrei na UAL e revela-se para mim fundamental na gestão de cuidados individualizados em saúde mental. Neste caso, é uma mais-valia, uma vez que as abordagens procuram ter sempre uma visão mais global da pessoa/família. Num contexto de equipa, planeiam-se os aspectos individuais do programa dos utentes/família pelos quais se é responsável.

Simultaneamente os programas de Metadona e Indução (ex. de Metadona/Buprenorfina) também têm a intervenção do enfermeiro, onde tem também aqui a oportunidade de gerir as necessidades do projecto terapêutico acordado com o doente/ famílias.

Deparando-me com esta nova realidade senti dificuldade em definir exactamente qual seria o contexto onde desenrolaria principalmente as minhas intervenções na busca da consolidação das minhas competências especializadas como enfermeira especialista

de saúde mental. Penso que senti isso por considerar a UAL como um local muito organizado e com a sua dinâmica muito própria onde gostei muito de estagiar e já estava confortável e à vontade na mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. O facto de os doentes se deslocarem ao ET de forma esporádica e na UAL estarem internados durante pelo menos 2 a 4 semanas, fez-me deter dúvidas em como por exemplo estabeleceria uma relação de ajuda com os doentes e um acompanhamento terapêutico mais próximo.

Por exemplo na ocasião da toma assistida da Metadona, pensei que o contacto dos enfermeiros com os doentes era tão rápido que tornaria difícil estabelecer um planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem efectuados.

Comecei entretanto a pensar o contrário, depois de passarem alguns dias de prática clínica na ET.

Segundo Sequeira (2006) o aumento do número de utentes e a variação das suas necessidades de cuidados, aliado ao maior interesse e formação dos enfermeiros na área dos comportamentos aditivos, contribui para que no presente se verifique uma tendência modificadora e contextual, que gera uma participação distinta dos enfermeiros nos cuidados prestados.

Para mim estas questões que fiz a mim própria são importantes para o meu desenvolvimento como pessoa e enfermeira. Constituem o mote para eu compreender que o contexto de cuidados alterou-se mas mantem-se importante e possível a intervenção especializada do enfermeiro com a construção de respostas integradas, centradas na pessoa/família e valorizando o tratamento.

Reflexão: ET, os grupos e eu...

Quase no final deste curto estágio clínico na ET do Barreiro, tive recentemente a oportunidade e dando seguimento ao trabalho que comecei a desenvolver na UAL, de participar no Grupo de Acolhimento ao Álcool sob a supervisão da Enfermeira Ana, no grupo das Famílias sob a supervisão da Enfermeira Elsa e participei no grupo da Prevenção da Recaída sob a supervisão do Enfermeiro Rui.

Constituíram-se experiências diferentes e ao mesmo tempo semelhantes entre si devido a vários factores.

Todos os grupos têm objectivos semelhantes que acabam por se cruzar, tudo em prol da ajuda, apoio, esclarecimento e encorajamento que o terapeuta fornece aos intervenientes cingidos neste caso, num denominador comum, o envolvimento num processo de dependência alcoólica.

Segundo Collière (1999), a competência da enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando os meios mais adaptados para o conseguir.

Através das suas intervenções especializadas de enfermagem, o terapeuta tem um papel fundamental quer na promoção da adesão terapêutica, quer na consciencialização da pessoa/família do seu problema. Neste sentido também presta ajuda à pessoa/família para estas atingirem o seu ponto de equilíbrio e bem-estar.

No grupo de acolhimento ao álcool o grupo reúne-se apresentando-se os elementos com a motivação inicial de iniciarem um processo de adesão terapêutica no que diz respeito ao tratamento da dependência alcoólica e por isso procuram ajuda e tentam dar um primeiro passo na sua recuperação.

No grupo de famílias (nesta sessão só compareceram 2 familiares), presta-se apoio aos familiares dos doentes, na tentativa de esclarecer dúvidas sobre a doença ou simplesmente criando-se um espaço para a expressão livre de sentimentos e emoções, a fim de minimizar o seu sofrimento no “*aqui e agora*”.

No grupo da prevenção da recaída, vêm ao grupo doentes abstinentes que falam das suas experiências, expressam sentimentos e emoções, revelam as várias estratégias terapêuticas que encontraram inseridas no seu projecto terapêutico.

Penso que a minha participação nos grupos foi positiva e foram momentos de aprendizagem. Os elementos dos grupos não me conheciam mas não foi por isso que me senti *outsider*.

Senti-me bem no meu papel de terapeuta de grupo apesar de partilhado. Considero que tive iniciativa, guiei as minhas intervenções de forma adequada e terapêutica, utilizando estratégias de comunicação terapêutica visando a redução do sofrimento expresso verbal e não-verbal.

Porém existiu um facto relatado por alguns destes doentes que me fez reflectir e penso ter partido de algum tipo de juízo de valor da minha parte, quando me questionei a mim e a eles porque continuavam a ter bebidas alcoólicas em casa apesar de abstinentes? Seria uma estratégia terapêutica que encontraram?

Vinha talvez um pouco influenciada pela abordagem sistémica da problemática integrada da UAL, em que dela fazem parte a abolição de bebidas alcoólicas em casa. Ao mesmo tempo penso que também pessoalmente considerei este comportamento pouco conivente com uma adequada adesão terapêutica por parte dos doentes e poder dar azo a um lapso ou recaída.

Desejei portanto clarificar essa questão com os elementos do grupo, que referiram conviver bem com a presença de bebidas alcoólicas em casa. Cheguei à conclusão que era de facto uma das estratégias terapêuticas que encontraram, ajustadas pelos doentes ao seu problema e à sua etapa de recuperação.

Senti no entanto que a forma como tentei clarificar a questão com os doentes podia ser melhorada no sentido em que percebi alguma surpresa inicial (pela expressão facial) da parte do grupo pela pergunta, ou seja, considero que se calhar não fui muito clara na transmissão do conteúdo verbal e não-verbal, talvez por aquele juízo de valor que ressaltou em mim no “*aqui e agora*”.

Como referido no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2010), monitorizando as nossas reacções corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de mim” integrativo, beneficia substancialmente a relação terapêutica.

Também Chalifour (2002) refere que o interveniente deve aprender a orientar os seus recursos individuais e profissionais com o objectivo de os empregar da melhor forma possível e, assentir focar-se nos seus principais obstáculos interpessoais, de modo a avaliar o efeito destes na qualidade da relação.

De limitações no que diz respeito à dinâmica das sessões, referencio o facto do grupo de famílias ter sido constituído apenas por dois elementos, de forma que as

intervenções decorreram de certa forma mais a título individual e a riqueza da troca de experiências ficou pelo mesmo motivo diminuída.

Segundo Moreno (1974), o terapeuta no grupo está situado lado a lado e no meio dos clientes sendo também ele membro do grupo. Precisa por isso de ter além da sua experiência pessoal e profissional, a presença de espírito e a coragem de entregar ao grupo toda a sua personalidade nos momentos precisos a fim de preencher o processo terapêutico com calor, empatia e ampliação emotiva.

De qualquer forma a minha postura manteve-se com uma atitude com base nas competências desenvolvidas em ESMP visando o desenvolvimento de uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e protecção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.

Depois também no grupo da prevenção da recaída, coube-me a mim realizar a acta da sessão e eu senti por isso, que estava impedida de intervir as vezes que tive vontade de intervir. Apesar de útil e pertinente, não tinha a noção que este acto de registo seria circunscrito nesta “*lógica de vai e vem*” que emerge das relações interpessoais de grupo.

Segundo Chalifour (2002), o primeiro cuidado a assumir numa relação de ajuda profissional, é criar contacto com o cliente e garantir a qualidade desse contacto ao longo das trocas, sendo sobre o contacto que se estabelecem todas as outras intervenções de carácter psicoterapêutico, isto é, se o contacto não for satisfatório, as outras intervenções correm o risco de não terem qualquer efeito.

Em síntese, esta reflexão serviu principalmente mais uma vez, para confirmar o que a minha tutora me tem referido ser fundamental continuar a desenvolver no âmbito das competências de enfermeira especialista em saúde mental, que consiste no facto de identificar “*no aqui e agora*” emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar:

“Penso que para os conseguires gerir de uma forma assertiva e terapêutica tens de encontrar o sentido que esses comportamentos / estares têm para ti. Vê como colocas o teu corpo, como as palavras saem da tua boca...Porque é que saem e que sentido tem para ti esta atitude/comportamento? O que sentes quando conténs as palavras e gestos e quando não conténs? Quais os sentimentos que consegues identificar?”.

APÊNDICE II
Apresentação da Sessão Psicoeducativa
com o tema “Adesão Terapêutica”

Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos
Medida de adesão aos Tratamentos (MAT)

Resultados obtidos
25 utentes
UAL-22/11/2012



1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre:2
Quase sempre:1
Com frequência:1
Por vezes:7
Raramente:6
Nunca:8

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre:-
Quase sempre:2
Com frequência:1
Por vezes:9
Raramente:8
Nunca:5

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?*

Sempre:4
Quase sempre:5
Com frequência:1
Por vezes:2
Raramente:5
Nunca:8

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre:1
Quase sempre:2
Com frequência:-
Por vezes:4
Raramente:2
Nunca:16

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre:1
Quase sempre:-
Com frequência:1
Por vezes:2
Raramente:4
Nunca:17

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre:1
Quase sempre:1
Com frequência:-
Por vezes:6
Raramente:4
Nunca:13

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre:4
Quase sempre:1
Com frequência:1
Por vezes:3
Raramente:5
Nunca:11



**Obrigado pela vossa
colaboração.**

Adesão Terapêutica



**Unidade de
Alcoologia
de Lisboa**

**Carla Alves
Enfermeira Estagiária
ESMP**

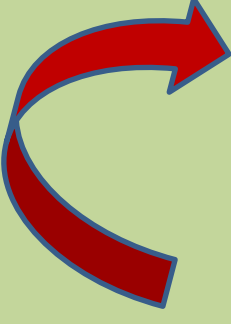
Dezembro 2012

OBJECTIVO GERAL:

- **Compreender a importância da adesão terapêutica no regime de tratamento da pessoa adita em recuperação.**



Adesão Terapêutica

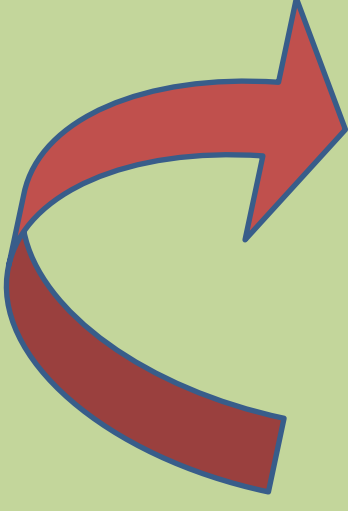


- **Compreende a aceitação e intervenção activa e voluntária do doente, que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue.**
- **O conceito de não adesão aplica-se a desvios no plano de tratamento.**

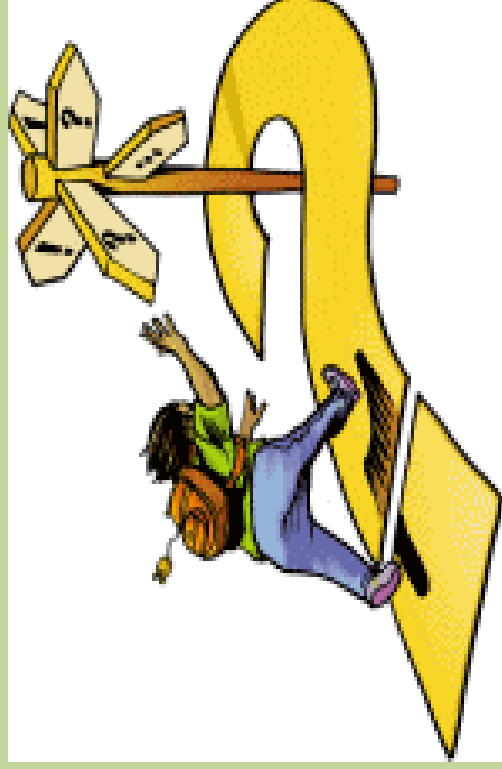
Faz parte da adesão terapêutica:

- Ir às consultas;
- Tomar sempre a medicação prescrita;
- Tomar a medicação nas doses correctas ou ingeri-la no tempo certo;
- Conhecer o nome dos fármacos a tomar;
- Terminar o tratamento no prazo recomendado;
- Manter hábitos de vida saudáveis recomendados pelos profissionais de saúde.

Adesão Terapêutica

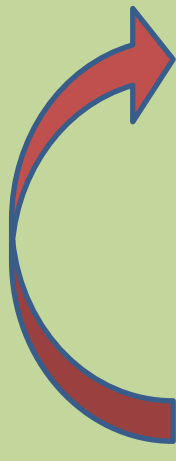


- As pessoas com doença crónica, apresentam maiores dificuldades em aderir ao plano terapêutico negociado (ex.: pessoa com comportamentos aditivos em recuperação).



- O não cumprimento do projecto terapêutico negociado condiciona a saúde, o bem estar e a qualidade de vida.

Adesão Terapêutica



- A adesão terapêutica implica à pessoa alterar hábitos e comportamentos e **adquirir hábitos de vida saudáveis**.
 - alimentação, exercício físico, etc.



- A não adesão terapêutica aumenta o risco de recaída e compromete diversas áreas de vida:
 - familiar, social, laboral, económica, etc.

Efeitos secundários

Desemprego

Horários difíceis de cumprir



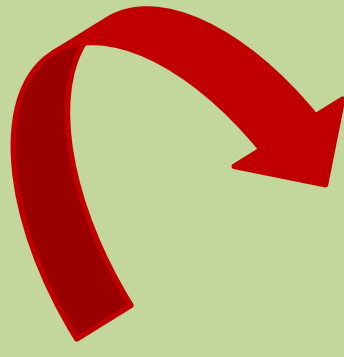
Preço dos medicamentos

Tratamentos anteriores eficazes?

Características do tratamento

Efeitos do tratamento: imediatos ou não?

CAUSAS COMUNS DA FALTA DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO



- Esquecimento;
- O doente não fica convencido da necessidade de tomar a medicação;
- Falta de eficácia imediata do medicamento;
- Complexidade do tratamento;
- O tratamento exige por ex. várias tomas diárias;
- O doente não reconhece que está doente;



- Efeitos secundários e sintomas negativos da medicação que reduzem o interesse no tratamento;
- Os familiares ou amigos propõem suspender a medicação porque o doente parece estar bem.
- O doente sente-se melhor e acha que já não precisa da medicação.

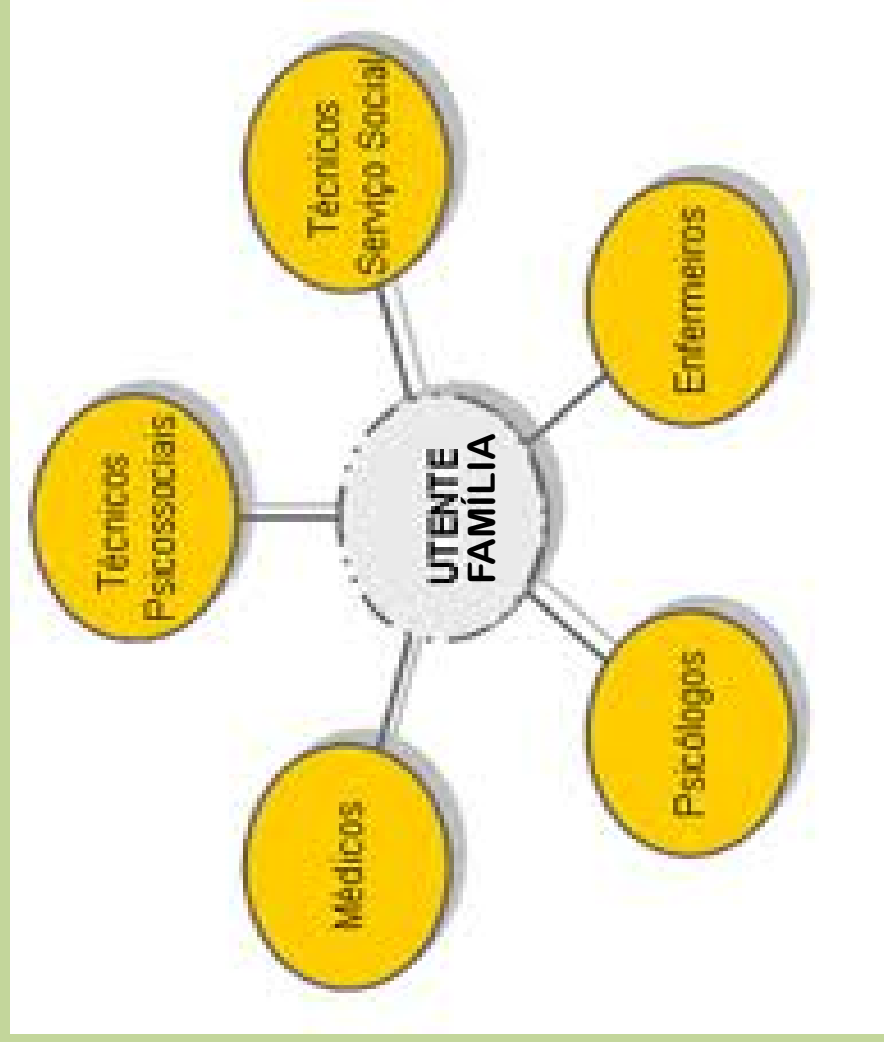


Pode falar-se em falta de adesão ao tratamento quando:

- Ocorrem falhas na toma da medicação, ainda que sejam apenas algumas tomas;
- Não se toma a dose indicada pelo médico;
- Não se respeitam os horários indicados pelo médico;
- Não se cumprem as indicações do médico;
- Se interrompe totalmente a terapêutica;
- Se faltam às consultas de pós alta;
- Não se fazem os exames de diagnóstico pedidos;
- Entre outros.



A questão da Adesão aos regimes de tratamento, foca-se na colaboração entre o Doente, a Família e a Equipa Clínica.



Questões:

- Adesão terapêutica ?
- Comportamentos de não adesão terapêutica?
- A não adesão terapêutica compromete diversas áreas de vida. Verdadeiro ou falso?
- A adesão terapêutica implica à pessoa alterar hábitos e comportamentos e adquirir hábitos de vida saudáveis. Verdadeiro ou falso?



- O que considera ser desmotivante no cumprimento dum tratamento negociado?
- Causas comuns da falta de adesão ao tratamento?
- Quando se fala de falta de adesão ao tratamento?
- É importante o envolvimento dos elementos: doente, família e equipa clínica, na questão da adesão aos regimes terapêuticos?





APÊNDICE III
Planeamento da Sessão Psicoeducativa
com o tema “Adesão terapêutica”

Palestra-Adesão Terapêutica

PLANO DA SESSÃO:

▪ 1ª Sessão

▪ **Data:** 19 de Dezembro de 2012

▪ **Duração:**

- 25 minutos para a apresentação do procedimento global; objectivos gerais, conceitos da temática escolhida e enquadramento da problemática;

- 15 minutos para a Avaliação da Sessão, quanto aos objectivos visados e resultados obtidos, através de questões colocadas ao grupo sobre os conceitos da temática; (Feedback do grupo).

- 5 minutos para a entrega ao grupo de panfletos informativos com os principais conceitos da palestra.

▪ **Caracterização do grupo- alvo da intervenção:**

- Utentes internados na UAL no dia da palestra.

- **Critérios de inclusão:** Utentes orientados no espaço, alo e autopsiquicamente, sem quadro de agitação psicomotora / ou qualquer manifestação de agressividade.

- **Contexto onde decorre a intervenção:** UAL-Sala de palestras.

- **Contacto e recrutamento dos participantes/promoção da sua adesão:** através da aplicação prévia de uma escala aos utentes internados na UAL: Medida de adesão aos tratamentos (MAT).

- **Objectivos gerais da Intervenção:**

- Promover as relações interpessoais em grupo;
- Promover a relação terapêutica Enfermeiro-Utente;
- Promover a integração e relações interpessoais dos novos elementos no grupo (conhecer e dar-se a conhecer);
- Colocar os indivíduos numa situação activa de reflexão, escuta e respeito pelo momento de partilha do outro.

- Reforçar conhecimentos sobre a adesão terapêutica incentivando a adesão terapêutica.

▪ **Planificação da Intervenção:**

- **Metodologia/ Recursos:** sala, cadeiras, PC com data show, panfletos informativos.

- **Apresentação e desenvolvimento da Palestra:**

Neste momento, proceder-se-á à apresentação do procedimento global; objectivos gerais, conceitos da temática escolhida e enquadramento da problemática, através de data-show utilizando-se um método expositivo/activo e interrogativo.

- **Avaliação da Sessão:**

O método de avaliação será efectuado através de questões colocadas ao grupo sobre os conceitos da temática; da discussão da palestra, abordando-se os participantes acerca dos sentimentos que vivenciaram, do contributo da realização da actividade para a melhoria do seu bem-estar geral, com a finalidade de se obter o feedback dos participantes.

É o momento em que os participantes na dinâmica dão a sua opinião relativamente à actividade realizada (feedback);

- As opiniões devem ser argumentadas e discutidas entre os participantes e o terapeuta;
- Existe também uma avaliação do terapeuta em relação à dinâmica do grupo, do que foi discutido e registado.

- **Conclusão da palestra:**

-Entrega ao grupo de panfletos informativos com os principais conceitos da palestra a fim de reforçar conhecimentos sobre a adesão terapêutica.

PLANEAMENTO DA SESSÃO

Carla Alves nº 4550

Actividades	Tempo estipulado	Objectivos	Método utilizado
<p>- Apresentação do terapeuta.</p> <p>- Apresentação do procedimento global; objectivos gerais, conceitos da temática escolhida e enquadramento da problemática.</p>	<p>25 minutos</p>	<p>- Apresentação da problemática.</p> <p>-Definição de conceitos principais.</p>	<p>Expositivo/ activo e interrogativo</p>
<p>- Avaliação da Sessão, quanto aos objectivos visados e resultados obtidos, através de questões colocadas ao grupo sobre os conceitos da temática; (Feedback do grupo).</p>	<p>15 minutos</p>	<p>- Avaliação da sessão (feedback)</p>	<p>Expositivo/ activo e interrogativo</p>
<p>- Entrega ao grupo de panfletos informativos com os principais conceitos da palestra.</p>	<p>5 minutos</p>	<p>-Reforçar conhecimentos sobre a adesão terapêutica.</p>	<p>Expositivo</p>

APÊNDICE IV
Avaliação da Sessão Psicoeducativa
com o tema “Adesão Terapêutica”

AVALIAÇÃO DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA COM O TEMA “ADESÃO TERAPÊUTICA”

QUESTÕES ABERTAS EFECTUADAS NO FINAL DA ATIVIDADE	ALGUMAS RESPOSTAS DADAS PELOS CLIENTES
O que entende por adesão terapêutica?	“É não fazer os tratamentos ou não tomar a medicação...”
Comportamentos de não adesão terapêutica?	“Não tomar a medicação até ao fim, faltar às consultas, saltar horários...”
A não adesão terapêutica compromete diversas áreas de vida: verdadeiro ou falso?	“Verdadeiro”
A adesão terapêutica implica à pessoa alterar hábitos e comportamentos e adquirir hábitos de vida saudáveis: verdadeiro ou falso?	“Verdadeiro”
O que considera ser desmotivante no cumprimento de um tratamento negociado?	“Os efeitos secundários, os horários rígidos, os tratamentos anteriores que não resultaram...”
Causas comuns na falta de adesão ao tratamento?	“Os efeitos secundários, quando o medicamento não está a fazer nada, quando não vou às consultas...”
Quando se fala de falta de adesão ao tratamento?	“Quando salto tomas da medicação, quando não faço o que o médico me disse, quando deixo de tomar a medicação porque não me apetece fazê-la...”
É importante o envolvimento dos elementos: doente, família e equipa clínica na questão da adesão aos regimes terapêuticos?	“Sim porque quando eu quero deixar os tratamentos, porque acho que já estou bem, a minha família tenta-me impedir de eu desistir e depois lá mudo de ideias...eu volto a ter esperança quando venho às consultas...”

APÊNDICE V

Cartaz informativo com a temática “Adesão terapêutica”

Adesão Terapêutica



Unidade de Alcoologia de Lisboa



O não cumprimento do projecto terapêutico negociado condiciona a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida.



CAUSAS COMUNS DA FALTA DE ADESÃO AO TRATAMENTO

- Esquecimento;
- O doente não fica convencido da necessidade de tomar a medicação;
- Falta de eficácia imediata do medicamento;
- Complexidade do tratamento;
- O tratamento exige por ex. várias tomas diárias;
- O doente não reconhece que está doente;
- O doente sente-se melhor e acha que já não precisa da medicação;
- Efeitos secundários e sintomas negativos da medicação que reduzem o interesse no tratamento;
- Os familiares ou amigos propõem parar a medicação porque o doente parece estar bem.

A adesão terapêutica implica à pessoa alterar hábitos e comportamentos e adquirir hábitos de vida saudáveis.

▪ **Alimentação, exercício físico, etc.**



A não adesão terapêutica compromete diversas áreas de vida:

▪ Familiar, social, laboral, económica, etc.

Adesão Terapêutica: compreende a aceitação e intervenção activa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue. O **conceito de não adesão** aplica-se a desvios no plano de tratamento.

Faz parte da adesão terapêutica:

- Ir às consultas;
- Tomar a medicação prescrita;
- Não tomar medicação a mais ou ingeri-la fora do tempo certo;
- Conhecer o nome dos fármacos a tomar;
- Terminar o tratamento no prazo recomendado;
- Manter hábitos de vida saudáveis recomendados pelos profissionais de saúde.

A questão da **Adesão** aos regimes de tratamento foca-se na colaboração entre o Doente, a Família e a Equipa Clínica.



Orientação Tutorial: Prof. Lúcia Vaz Velho.

Orientação de Estágio: Enf.º David Paniagua e Enf.ª Sandra Costa.

Carla Alves - Enf.ª Estagiária ESMP

Dezembro 2012



APÊNDICE VI
Folheto informativo com a temática “Adesão terapêutica”

Adesão Terapêutica



Unidade de Alcoologia de Lisboa



**Carla Alves-Enf.^a Estagiária
ESMP**

Dezembro 2012



CAUSAS COMUNS DA FALTA DE ADESÃO AO TRATAMENTO

- Esquecimento;
- O doente não fica convencido da necessidade de tomar a medicação;
- Falta de eficácia imediata do medicamento;
- Complexidade do tratamento;
- O tratamento exige por ex. várias tomas diárias;
- O doente não reconhece que está doente;
- O doente sente-se melhor e acha que já não precisa da medicação;
- Efeitos secundários e sintomas negativos da medicação que reduzem o interesse no tratamento;
- Os familiares ou amigos propõem parar a medicação porque o doente parece estar bem.

Adesão Terapêutica: compreende a aceitação e intervenção activa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue. O conceito de **não adesão** aplica-se a desvios no plano de tratamento.

Faz parte da adesão terapêutica:

- Ir às consultas;
- Tomar a medicação prescrita;
- Não tomar medicação a mais ou ingerir a fora do tempo certo;
- Conhecer o nome dos fármacos a tomar;
- Terminar o tratamento no prazo recomendado;
- Manter hábitos de vida saudáveis recomendados pelos profissionais de saúde.



O não cumprimento do projecto terapêutico negociado condiciona a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida.



A adesão terapêutica implica à pessoa alterar hábitos e comportamentos e adquirir hábitos de vida saudáveis.

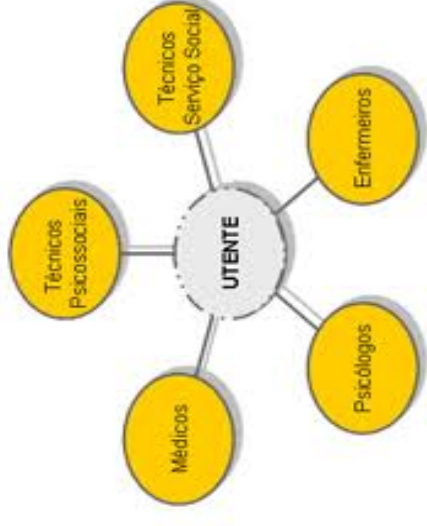
▪ Alimentação, exercício físico, etc.



A não adesão terapêutica compromete diversas áreas de vida:

- **Familiar, social, laboral, económica, etc.**

A questão da Adesão aos regimes de tratamento foca-se na colaboração entre o Doente, a Família e a Equipa Clínica.



Orientação Tutorial: Prof. Lúcia Vaz Velho.

Orientação de Estágio: Enf.º David Paniagua e Enf.ª Sandra Costa.

APÊNDICE VII
Planeamento do Jogo Terapêutico
“ Apresentação da Pessoa ao Grupo”

JOGO TERAPÊUTICO

PLANO DA SESSÃO:

- 1ª Sessão
- **Data:** 25 de Outubro de 2012
- **Título:** Jogo Terapêutico- Apresentação.
- **Tema:** Apresentação da pessoa ao grupo.
- **Duração:** 60 minutos.
- **Caracterização do grupo- alvo da intervenção:**
 - Utentes internados na UAL no dia do jogo terapêutico.
 - **Crítérios de inclusão:** Utentes orientados no espaço, alo e autopsiquicamente, sem quadro de agitação psicomotora / ou qualquer manifestação de agressividade.
 - **Contexto onde decorre a intervenção:** UAL-Sala de palestras.
- **Objectivos gerais da Intervenção:**
 - Promover um espaço dinâmico que permita a livre comunicação dos utentes referindo-se a eles próprios;
 - Propiciar que o utente conheça melhor os seus colegas, assim como recordar algumas das situações positivas e agradáveis das suas vidas;
 - Promover a integração e relações interpessoais dos novos elementos no grupo (conhecer e dar-se a conhecer);
 - Desenvolver o relacionamento interpessoal em grupo, abrindo espaço à comunicação livre;
 - Que o utente seja capaz de compreender a importância da união do grupo para um internamento com sucesso;
 - Promover a relação terapêutica Enfermeiro-Utente;
 - Estimular a criatividade, a concentração e a memória;
 - Colocar os indivíduos numa situação activa de reflexão, escuta e respeito pelo momento de partilha do outro.

▪ **Planificação da Intervenção:**

- **Metodologia/ Recursos:** sala, cadeiras, questões individualizadas impressas em papel, saco.

-**Apresentação do Jogo Terapêutico:**

▪ Neste momento, proceder-se-á à apresentação do procedimento global, objectivos gerais; regras do jogo; duração; plano da sessão, utilizando-se um método expositivo oral.

-**Desenvolvimento do Jogo Terapêutico:**

▪ Todos os elementos do grupo reunidos em círculo vão retirar uma questão de um saco (um de cada vez) e dar resposta à questão que retiraram, podendo expressar livremente, experiências vividas, gostos, desgostos, desejos, sonhos, problemas...etc.

Os restantes utentes podem sempre intervir revelando ao grupo factores com que se identificaram por exemplo. Podem somar à discussão do grupo, opiniões ou sentimentos que desejem manifestar em relação à questão ou resposta que imergiu no grupo.

O terapeuta fará ao longo da intervenção a síntese de aprendizagens desenvolvidas e promove a partilha de emoções e sentimentos.

- **Conclusão/Avaliação da Sessão:**

▪ O método de avaliação será efectuado através da discussão do jogo terapêutico, abordando-se os utentes acerca dos sentimentos que vivenciaram, do contributo da realização da actividade para a melhoria do seu bem-estar geral, com a finalidade de se obter o feedback dos participantes.

É o momento em que os participantes na dinâmica dão a sua opinião relativamente à actividade realizada (feedback);

- As opiniões devem ser argumentadas e discutidas entre os participantes e o terapeuta;

- Existe também uma avaliação do terapeuta em relação à dinâmica do grupo, do que foi discutido e registado individualmente.

PLANEAMENTO DA SESSÃO

Carla Alves nº 4550

CONTEÚDO	MEIOS/RECURSOS	METODOLOGIA	DURAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">• Introdução ao jogo:<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação do procedimento global, objectivos gerais; regras do jogo; duração, plano de sessão.		<ul style="list-style-type: none">• Exposição oral	5 (min)
<ul style="list-style-type: none">• Desenvolvimento do jogo:<ul style="list-style-type: none">▪ O utente retira uma questão do saco e dá resposta à questão que retirou, podendo expressar livremente, experiências vividas, gostos, desgostos, desejos, sonhos, problemas...etc.▪ Os outros participantes podem emitir opiniões ou sentimentos acerca do que imergiu da questão ou da resposta.	<ul style="list-style-type: none">• Sala, cadeiras, questões individualizadas impressas em papel, saco.	<ul style="list-style-type: none">• Exposição oral	45 (min)
<ul style="list-style-type: none">• Conclusão:<ul style="list-style-type: none">▪ Síntese de aprendizagens desenvolvidas;▪ Partilha de emoções e sentimentos.		<ul style="list-style-type: none">• Debate	10 (min)

APÊNDICE VIII
Questões abertas incluídas no Jogo Terapêutico
“Apresentação da Pessoa ao Grupo”

Questões UAL-
Jogo terapêutico

1. O que costuma sentir mais: alegria ou tristeza?

.....

2. Que estação do ano aprecia mais? Porquê?

.....

3. Quando se sente triste ou com algum problema, quem procura primeiro?

.....

4. Diga uma emoção que esteja a sentir agora neste momento.

.....

5. A sua família representa o quê para si?

.....

6. Como acha que é a vida sem álcool?

.....

7. Como acha que é a vida com álcool?

.....

8. Como se vê daqui a 10 anos?

.....

9. Diga uma qualidade que encontre em si. E um aspecto menos bom?

.....

10. Para si o que é mais importante na vida?

.....

11. Relembre algo da sua infância.

.....

12. Existe algum cheiro que lhe desperte algo?

.....

13. Diga um filme que marcou a sua vida.

.....

14. Diga um acontecimento que marcou a sua vida positivamente.

.....

15. Diga um sonho que gostaria de realizar ainda.

.....

16. Diga uma frase que o caracterize. Por ex.: “A pressa é inimiga da perfeição...”.

.....

17. Quando era jovem lembra-se que profissão gostaria de ter? Porquê?

.....

18. Habitualmente, que actividades de lazer gosta de fazer?

.....

19. Lembra-se do último livro que leu? Qual foi?

.....

20. Considera que o seu tratamento lhe traz ganhos? A que níveis?

.....

21. Quais considera serem os maiores danos que a doença do alcoolismo

lhe deu?

.....

22. Quais considera serem as maiores dificuldades que vai encontrar

quando finalizar o tratamento?

.....

23. Considera que o tratamento o auxiliou até agora na mudança de

comportamentos? Porquê?

.....

24. O que pensou no primeiro dia de internamento?

.....

25. Sente saudades de quem? O que lhe gostaria de dizer quando a vir?

.....

APÊNDICE IX
Planeamento do Jogo Terapêutico
“Apresentação do Conceito de Adesão Terapêutica”

JOGO TERAPÊUTICO

PLANO DA SESSÃO:

▪ 1ª Sessão

▪ **Data:** 28 de Dezembro de 2012

▪ **Título:** Jogo Terapêutico- Apresentação.

▪ **Tema:** Apresentação do conceito de adesão terapêutica.

▪ **Duração:** 45 minutos.

▪ **Caracterização do grupo- alvo da intervenção:**

- Utentes internados na UAL no dia do jogo terapêutico.

- **Critérios de inclusão:** Utentes orientados no espaço, alo e autopsiquicamente, sem quadro de agitação psicomotora / ou qualquer manifestação de agressividade.

- **Contexto onde decorre a intervenção:** UAL-Sala de palestras.

- **Objectivos gerais da Intervenção:**

- Promover as relações interpessoais em grupo;
- Promover a relação terapêutica Enfermeiro-Utente;
- Promover a integração e relações interpessoais dos novos elementos no grupo (conhecer e dar-se a conhecer);
- Estimular a criatividade, a concentração e a memória;
- Colocar os indivíduos numa situação activa de reflexão, escuta e respeito pelo momento de partilha do outro.

▪ **Planificação da Intervenção:**

- **Metodologia/ Recursos:** sala, cadeiras, recortes de revistas, quadro expositivo, fixadores de papel, marcador.

-**Apresentação do Jogo Terapêutico:**

▪ Neste momento, proceder-se-á à apresentação do procedimento global, objectivos gerais; regras do jogo; duração; plano da sessão, utilizando-se um método expositivo oral.

-**Desenvolvimento do Jogo Terapêutico:**

▪ Todos os elementos do grupo dirigem-se a uma mesa onde se encontram recortes de revista com imagens sugestivas do tema adesão terapêutica. De seguida, o grupo-alvo divide-se em subgrupos e elegem entre si, um porta-voz por cada grupo. Todos seleccionaram uma imagem, mas em grupo vão decidir, entre todas as imagens que seleccionaram, qual a imagem que seleccionam para apresentar aos restantes participantes. Será o porta-voz a referir os motivos que levaram o grupo a decidir por determinada imagem.

Segue-se a fixação de cada imagem no quadro expositivo pela terapeuta e a anotação com marcador dos conceitos gerais que imergiram.

-**Conclusão do jogo terapêutico**

▪ Neste momento, e após todas as imagens fixadas no quadro expositivo, pretende-se realizar a síntese de aprendizagens desenvolvidas e promove-se a partilha de emoções e sentimentos.

PLANEAMENTO DA SESSÃO

Carla Alves nº 4550

CONTEÚDO	MEIOS/RECURSOS	METODOLOGIA	DURAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">● Introdução ao jogo:<ul style="list-style-type: none">▪ Apresentação do procedimento global, objectivos gerais; regras do jogo; duração, plano de sessão.		<ul style="list-style-type: none">● Exposição oral	5 (min)
<ul style="list-style-type: none">● Desenvolvimento do jogo:	<ul style="list-style-type: none">● Sala, cadeiras, recortes de revistas, quadro expositivo, fixadores de papel, marcador.	<ul style="list-style-type: none">● Exposição oral	30 (min)
<ul style="list-style-type: none">● Conclusão:<ul style="list-style-type: none">▪ Síntese de aprendizagens desenvolvidas;▪ Partilha de emoções e sentimentos.		<ul style="list-style-type: none">● Debate	10 (min)

APÊNDICE X
Imagens incluídas no Jogo Terapêutico
“ Apresentação do Conceito de Adesão Terapêutica”





search ID: hsc4445



© Original Artist
Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com









APÊNDICE XI

Planeamento da Sessão de Relaxamento utilizando a Técnica com Imaginação Guiada

Técnica Terapêutica de Relaxamento (Com Imaginação Guiada)

PLANO DA SESSÃO:

- 1ª Sessão.
- **Data:** 9 de Outubro de 2012.
- **Título:** Técnica de Relaxamento Imaginação Guiada.
- **Tema:** o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa.
- **Duração:** 35 minutos.
- **Caracterização do grupo- alvo da intervenção:**

- 10 Utentes internados na UAL no dia da sessão de relaxamento.

Crítérios de inclusão: Utentes orientados no espaço, alo e autopsiquicamente, sem quadro de agitação psicomotora / ou qualquer manifestação de agressividade.

- **Contexto onde decorre a intervenção:** espaço de ginásio da UAL.

-Objectivos gerais da Intervenção:

- Diminuir os níveis de ansiedade e stress;
- Estimular a concentração e a memória;
- Promover relaxamento e autoconhecimento;
- Promover um bem-estar geral;
- Promover a relação terapêutica Enfermeira-Utente.

▪ **Planificação da Intervenção:**

- **Metodologia/ Recursos:** sala, colchões, PC com cd de música de relaxamento.

-Apresentação da sessão de relaxamento Imaginação Guiada:

▪Neste momento, proceder-se-á à apresentação do procedimento global, objectivos gerais; duração; plano da sessão, utilizando-se um método expositivo oral.

- **Desenvolvimento da Técnica terapêutica de relaxamento Imaginação Guiada** que consiste na prática de visualização de imagens mentais que envolvem temas relacionados ao foco de preocupação.

Ex: “Por favor coloque-se confortavelmente e feche os olhos. Liberte os seus pontos de tensão...à medida que a sua mente vai ficando mais serena, o seu corpo perderá alguma tensão...vou pedir-lhe para imaginar uma cena que considere ser agradável para si...Demore o tempo que precisar para escolher o cenário...Crie os detalhes visuais necessários, deixe que o cenário tome forma tornando-o o mais real possível... imagine as características que o acompanham, os sons, odores, as texturas que o rodeiam, descubra as sensações que tem ao movimentar-se no cenário que escolheu...sinta a tensão a libertar-se do seu corpo e usufrua da paz e da calma do cenário que criou...”

Conclusão/Avaliação da Sessão:

O método de avaliação será efectuado através da discussão da sessão de relaxamento, abordando-se os participantes acerca dos sentimentos que vivenciaram, do contributo da realização da actividade para a melhoria do seu bem-estar geral, com a finalidade de se obter o feedback dos participantes.

É o momento em que os participantes na dinâmica dão a sua opinião relativamente à actividade realizada (feedback);

- As opiniões devem ser argumentadas e discutidas entre os participantes e os terapeutas;

- Existe também uma avaliação dos terapeutas em relação à dinâmica do grupo, do que foi discutido e registado individualmente.

PLANEAMENTO DA SESSÃO-Carla Alves, nº4550

CONTEÚDO	MEIOS/RECURSOS	METODOLOGIA	DURAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ● Introdução à sessão de relaxamento Imaginação Guiada: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação do procedimento global, objectivos gerais; duração, plano de sessão. 		<ul style="list-style-type: none"> ● Exposição oral 	5 (min)
<ul style="list-style-type: none"> ● Desenvolvimento da técnica de relaxamento Imaginação Guiada 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sala, colchões, rádio com cd de música de relaxamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Exposição oral 	20 (min)
<ul style="list-style-type: none"> ● Conclusão: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntese de aprendizagens desenvolvidas; ▪ Partilha de emoções e sentimentos. 		<ul style="list-style-type: none"> ● Debate 	10 (min)

APÊNDICE XII
Instrumento Terapêutico para o registo das Intervenções
nos Grupos Psicoterapêuticos (ATA)

Mês: Dia: Hora: Local:	Tema:	Pessoas presentes: Pessoas ausentes:
Ordem de trabalhos: 1. 2. 3.	Terapeutas:	
<u>Intervenções:</u>		

Intervenções:

Nada mais havendo a registar, foi agendada a próxima reunião para o dia _____
às _____, no mesmo local ou noutra a designar.

Assinaturas:

APÊNDICE XIII

**Formação em serviço “Assistência de Enfermagem ao Doente
Psiquiátrico em contexto de Urgência”**

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

Perturbação de Pânico

Objetivo Geral

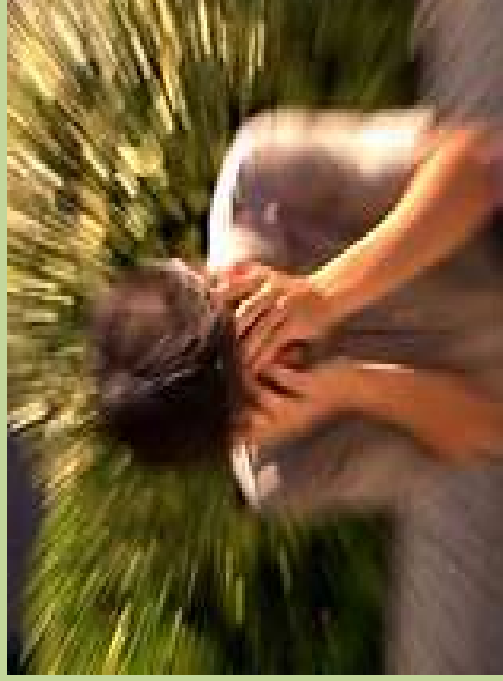
- Promover a aquisição e desenvolvimento de competências no cuidado à Pessoa com Perturbação de Pânico no Serviço de Urgência.

Objetivos Específicos

- Identificar na pessoa sintomas e alterações ao nível comportamental, cognitivo e emocional que caracterizam uma crise de pânico.
- Caracterizar o diagnóstico da Perturbação de Pânico e as suas implicações na vida da pessoa.
- Identificar intervenções de enfermagem que ajudam a pessoa a ultrapassar uma crise de pânico.

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

- As **crises de pânico** são motivo frequente no recurso ao serviço de Urgência.
- A incidência da **crise de pânico** atinge 3% a 4% da população mundial, geralmente na faixa etária entre os 20 e os 40 anos.
- Por vezes o início das crises dá-se na infância ou após os 45 anos.
- O seu diagnóstico é complicado, sendo muitas vezes uma patologia desvalorizada, nem sempre diagnosticada ou bem orientada, o que gera custos pessoais e para o sistema de saúde.



Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

Ansiedade:

- Emoção inerente ao ser humano;
- Pode ser definida como um conjunto de sintomas, comportamentos ou sensações fisiológicas;
- Manifesta-se em diversos momentos na vida da pessoa.

Crise de pânico:

- Reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) constando da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), na classe dos Transtornos Mentais.
- *DSM IV-R* (Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, 4rd Edition Revised) da Associação Americana de Psiquiatria classificada na categoria dos transtornos da ansiedade;
- A ansiedade é desencadeada essencialmente por situações que não apresentam perigo real;
- Organiza-se de modo patológico, afetando a pessoa de forma acentuada, incapacitante e negativa;
- Está associada a numerosos sintomas físicos, alterações comportamentais, cognitivas e emocionais.

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

Crise ou ataque de pânico:

- Período limitado do desenvolvimento abrupto de pelo menos 4 ou mais dos seguintes sintomas que podem atingir o seu pico em cerca de 10 minutos.

Sintomas físicos:

- Taquicardia, palpitações ou dor torácica
- Tonturas, sensação de desequilíbrio, de cabeça oca ou de desmaio
- Sudorese
- Tremores periféricos
- Náuseas ou dor abdominal
- Parestesias ou formigueiros
- Sensação de asfixia ou dispneia
- Ondas de frio ou de calor

Alguns sintomas podem continuar por uma hora ou mais. Um ataque de pânico pode ser confundido com um ataque cardíaco.

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

A nível comportamental:

- estão associados comportamentos de evitamento, de fuga e uma atitude hipocondríaca.

(Taylor, B. & Parker, 1997; Gouveia et al., 2004)

A nível cognitivo:

- persiste o medo de enlouquecer ou de perder o controlo, a despersonalização (irrealidade) ou a desrealização (desligado de si próprio) e o medo de morrer.

(DSM-IV-TR, 2002; Gouveia et al., 2004)

No plano emocional:

- são dominantes o medo, o sentimento de estranheza e de apreensão, os sentimentos de incapacidade, de humilhação pela perceção de perda de controlo e a desvalorização pessoal.

(Milrod et al., 1997)

Estão associados sentimentos de ansiedade constantes ou intermitentes que não estão centrados em nenhuma situação ou acontecimento específico.

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

Existem **3 tipos** característicos de crises de pânico, com diferentes relações entre o início da crise e a presença de desencadeantes situacionais:

1. Crises de pânico inesperadas

- O início da crise não está ligado a um estímulo ou desencadeante situacional. Características da perturbação de pânico com ou sem agorafobia.
Ex.: transportes, elevadores, multidões.

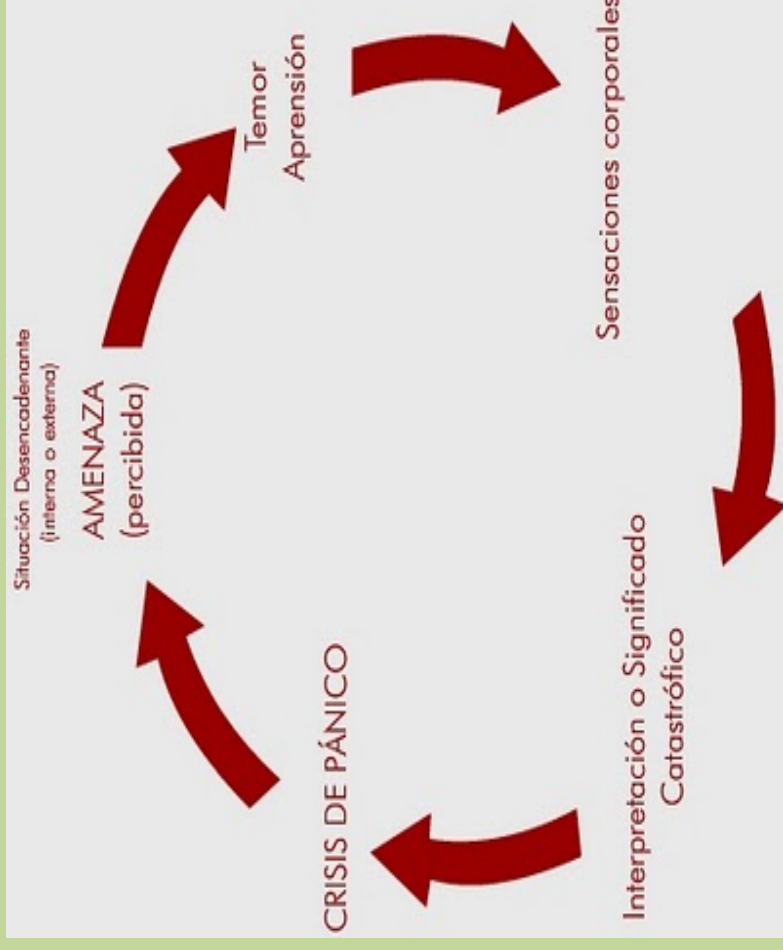
2. Crises de pânico situacionais

- A crise ocorre após ou na sequência da antecipação do estímulo/situação desencadeante.
Características das fobias específicas ou sociais.
Ex.: exposição a cobras, a cães, ratos, etc.

3. Crises de pânico situacionalmente prováveis

- Ocorre uma crise perante a exposição a um desencadeante/estímulo situacional.
Este tipo de crises de pânico pode ocorrer em ambos os contextos (quer na perturbação de pânico, quer nas fobias sociais ou específicas).
Ex.: podem ocorrer durante ou após a condução de um automóvel, mas não necessariamente, sempre que o indivíduo conduza.

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência



A ameaça é sentida ou evocada como medo de dissolução do “EU” (destruição do “SELF”).

A ansiedade característica das crises de pânico diferencia-se da ansiedade generalizada pela sua natureza intermitente, paroxística e de maior intensidade.

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

A **Perturbação de Pânico**, surge inserida pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da *American Psychiatric Association*, no *DSM-III*, no grupo de perturbações da ansiedade.

- **Ataques ou crises de pânico** recorrentes e inesperadas (2 no mínimo), de duração limitada, seguidos, pelo menos, por um mês de preocupação persistente de ter outro ataque de pânico, das suas consequências e das implicações ou da alteração comportamental significativa relacionada com os mesmos.



(*DSM-III*, 1980)

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

- Para o diagnóstico de **Perturbação de Pânico** são necessários pelos menos duas **crises de pânico inesperadas**.
- As pessoas com **perturbação de pânico** têm também, frequentemente, crises de pânico situacionalmente prováveis, bem como crises de pânico associadas a situações (situacionais), embora estes últimas sejam menos comuns .
(American Psychiatric Association, 2002)
- As características mais comuns do diagnóstico da **Perturbação de Pânico** são a **recorrência das crises de pânico**, a **ansiedade por antecipação**, a **depressão secundária**, o **evitamento agorafóbico** e a **atitude hipocondríaca** que a pessoa começa a desenvolver.

**FUGIR TORNA-SE
UM HÁBITO**

Um modo de
vida



Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

Perturbação de Pânico:



- Perturbação com evolução crónica, afetando em maior percentagem o sexo feminino e de percurso variável de doente para doente.
- Em geral ocorre sem que haja nenhum antecedente familiar ou genético.
- As crises de pânico iniciam-se frequentemente num período de vida em que existem fatores indutores de stress: separação, doença grave num familiar, dificuldades económicas ou profissionais.
- O Modelo Psicodinâmico postula que certas pessoas são suscetíveis de desenvolver perturbação de pânico devido a uma predisposição para a ansiedade associada a uma dificuldade em lidar com sentimentos negativos.
- Grande parte da sua ocorrência decorre também no contexto de outras perturbações ansiosas e depressivas, em que os fatores indutores externos não desempenham um papel específico precipitante **das crises de pânico**.

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

Perturbação de Pânico:

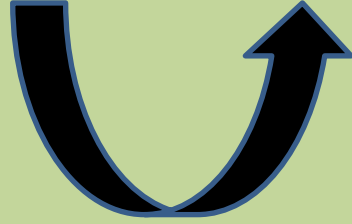


- Um outro tipo precipitante frequente das primeiras crises de pânico é a existência de um estado de intoxicação ou de privação com substâncias psicoativas, como a marijuana, cocaína ou ecstasy.
- A duração das crises de pânico reflete-se no tipo de crise, isto é, crises com sintomas limitados são mais breves do que as crises completas.
- A frequência e a intensidade das crises de pânico têm uma grande variação.
- A crise de pânico, característica essencial da **Perturbação de Pânico**, pode também ocorrer em **outros contextos psicopatológicos**.

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

A pessoa entra num circuito fechado de medo, fugindo de si mesmo, e sem se dar conta....

É de medo que a pessoa foge e não de um real perigo, foge de um falso alarme....



Crê que o medo corresponde à existência de um perigo real, que na realidade não existe...

Medo de perder controlo/medo de ter medo....

Parece um ataque cardíaco mas é apenas medo....



No pânico a angústia invade a pessoa, como uma onda sob a qual ela submerge pelo fator surpresa que se atrela a essa patologia....

(Rocha, 2000)

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

Tratamento

Objetivo: ajudar a pessoa a ultrapassar os sintomas da crise de pânico.

Tratamento farmacológico adequado



Terapia cognitivo-comportamental
(TCC)

A TCC fundamenta-se a partir do modelo cognitivo, baseando-se na ideia de que os comportamentos e emoções das pessoas são influenciados pela perceção dos eventos e o modo como interpretam determinada situação.

Intervenções de Enfermagem:

- Diminuição do mecanismo de desenvolvimento e manutenção do medo
- Promoção do autocontrolo através do estabelecimento de estratégias de *coping*
- Promoção da execução de técnicas de controlo respiratório diafragmático para o controlo do equilíbrio do sistema nervoso autónomo.

(Stuart & Laraia, 2001)

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

Ajuda

- Escuta ativa
- Psicoeducação/reestruturação cognitiva
- Tranquilização/encorajamento
- Orientação no entendimento e controlo das situações causadoras de ansiedade:
- Reconhecimento e substituição dos pensamentos que causam pânico, visando a diminuição do sentimento de impotência.
- Gestão das situações de stress com estratégias de relaxamento ou outras quando os sintomas ocorrem.

Apoio

Estabelecimento de uma
relação de confiança

Proteção
da pessoa

Suporte

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência



É indispensável conhecermo-nos a nós próprios; mesmo se isso não bastasse para encontrarmos a verdade, seria útil, ao menos para regularmos a vida, e nada há de mais justo.

(Blaise Pascal)

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

Tratamento do Síndrome de Privação

Objetivo Geral

- Promover a aquisição e desenvolvimento de competências no cuidado à Pessoa com Síndrome de Privação no Serviço de Urgência

Objetivos Específicos

- Caracterizar o diagnóstico de dependência química de substâncias psicoativas e as suas implicações na vida da pessoa.
- Identificar na pessoa sintomas e alterações ao nível comportamental, cognitivo e emocional que caracterizam o síndrome de privação ou abstinência.
- Identificar intervenções de enfermagem no tratamento do síndrome de privação alcoólica e de outras drogas.

Enfª Carla Alves
Enfº Daniel Santos

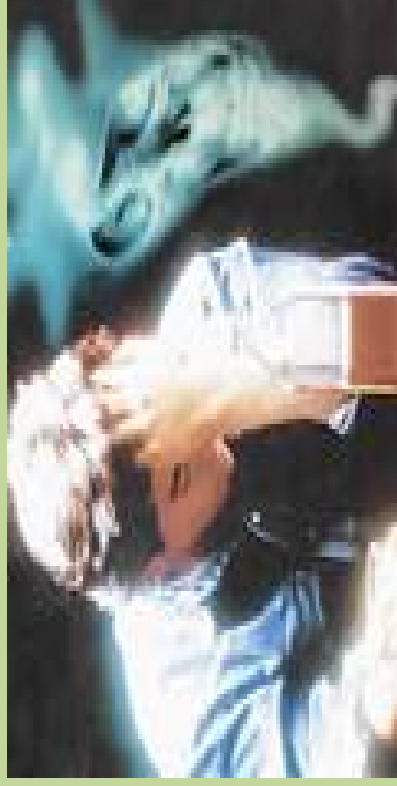
Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

Dependência química de substâncias psicoativas

- Fenómenos fisiológicos, comportamentais ou cognitivos que alteram os valores pessoais, familiares e sociais.
- Estado de uso compulsivo e incontrolável da substância psicoativa.
- Associada a sofrimento que gera prejuízos nas diversa esferas de vida.
- Transtorno mental e comportamental no qual a heterogeneidade impera.
- Um estudo feito pela OMS (2010), divulgado em Fevereiro de 2011, pelo “Relatório Global da Situação Sobre Álcool e Saúde” alerta que o consumo excessivo de álcool é a causa de morte anual de 2,5 milhões de pessoas, estando na origem de doenças e de lesões num número ainda maior de pessoas, e cada vez mais afetando gerações mais jovens e consumidores de países em desenvolvimento.
- Cerca de 4% do total de mortes em todo o mundo estão relacionadas com o consumo nocivo de álcool.

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

- O relatório anual "A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências", referente a 2011, emitido pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, revela que o consumo de drogas nos alunos voltou a aumentar em 2011, assinalando que o consumo de drogas na população escolar voltou a aumentar em 2010 e 2011, depois de ter diminuído em 2006 e 2007.
- A definição da **Síndrome de Dependência** surge na classificação internacional das doenças da OMS (CID-10) e na classificação da American Psychiatric Association (DSM-IV), classificada na categoria dos transtornos relacionados com o abuso de substâncias.



Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

Critérios diagnósticos para a **dependência química** de substâncias como um padrão desadaptado da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento, manifestada por três (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo em qualquer situação, no mesmo período de 12 meses (manual *DSM IV*):

- Tolerância;
- Síndrome de abstinência;
- A substância é consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia;
- Desejo persistente, sem sucesso, para diminuir ou controlar a utilização da substância;
- Dispêndio de grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção e utilização da substância e à recuperação dos seus efeitos;
- São abandonadas atividades sociais, ocupacionais ou de lazer
- Mantem-se o consumo da substância apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, de caráter físico ou psicológico causado pelo consumo da substância.

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

DEPENDÊNCIA FÍSICA

- Estado anómalo, gerado pelo uso reiterado da substância. Com o uso gradual da substância, o organismo deixa de conseguir funcionar sem a mesma, e vai-se adaptando a esse estado, imergindo, na sua ausência, o **síndrome de abstinência**.

DEPENDÊNCIA PSICOLÓGICA

- Corresponde a um estado de desejo incontrolável de ingerir drogas de forma frequente ou continuamente (OMS, 2004).

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA

- Provocado pela carência da substância e a mesma substância (ou outra relacionada) ter de ser consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
- Combinado de sintomas físicos e psíquicos consequentes da extinção da ingestão de uma substância da qual há dependência física.

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

Tolerância



Abstinência

- A pessoa é obrigada a usar a substância continuamente para não sentir os efeitos colaterais provocados pela interrupção ou suspensão do uso.
- A pessoa é obrigada a aumentar a dose da substância para sentir o mesmo efeito.

Drogas que diminuem o funcionamento da atividade cerebral (depressoras da atividade do SNC)

Ex: álcool,
benzodiazepinas,
opiáceos,
barbitúricos, inalantes
ou solventes


Drogas que aumentam o funcionamento da atividade cerebral (estimulantes do SNC)

Ex: crack,
cocaína,
anfetaminas

Ex: alucinógenos,
LSD

Drogas que modificam qualitativamente a atividade cerebral (perturbadores da atividade do SNC)

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

- Uso de múltiplas substâncias é comum  complica a avaliação do abuso e a intervenção porque a pessoa pode demonstrar os efeitos ou sintomas de abstinência de diversas substâncias ao mesmo tempo.

- Em termos clínicos, a abstinência dos depressores do SNC é a mais perigosa.
- **É possível predizer a gravidade e a duração dos sintomas de abstinência seguindo três diretrizes gerais:**
- Quanto maior o tempo entre o último uso e o aparecimento de sintomas de abstinência e quanto maior a duração desses sintomas, menos intensos eles serão.
- Quanto maior a meia-vida da substância, maior será a duração dos sintomas.
- Quanto maior a meia-vida da substância, menos intensos serão os sintomas de abstinência.

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

Álcool



Os **primeiros sintomas** ocorrem de 4 a 6 horas após a última dose:

- Agitação
- Ansiedade
- Tremores
- Diaforese
- Insónia
- Náuseas/Vómitos
- Taquicardia e Hipertensão

- A gravidade dos sintomas depende da **quantidade, frequência, duração** do consumo e da **rapidez** com que o nível de álcool diminui na circulação sanguínea.

• **Convulsões tónico-clónicas** podem ocorrer de 6 a 48 horas após a última dose.

• Condições como a **hipoglicémia, hipomagnésia** ou a **alcalose respiratória** pode predispor a pessoa em abstinência a ter convulsões.

Alucinações—ocorrem normalmente após 48 horas

Delirium Tremens

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

***Delirium Tremens* por abstinência alcoólica**

Caracterizado por um exagero dos sintomas anteriores e:

- Confusão mental
- Desorientação
- Delírios
- Alucinações
- Sinais vitais elevados
- Vômitos
- Diarreia
- Diaforese

Condição com risco de vida e comporta alta taxa de mortalidade.

(Smeltzer e Bare, 2002)

ESTADO TÓXICO AGUDO Emergência médica

Ocorre geralmente
3 a 5 dias após a
última ingestão de
álcool e pode
durar 2 a 3 dias.



Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

DROGAS

Os **sintomas de “abstinência de drogas”** iniciam-se normalmente depois de aproximadamente 8 horas:

- Ansiedade
- Irritabilidade
- Bocejos frequentes
- Sudorese difusa
- Hipersalivação
- Olhos lacrimejantes
- Rinorreia
- Náuseas/vómitos
- Algias musculares/espasmos essencialmente nos membros inferiores
- Algias abdominais/diarreia.

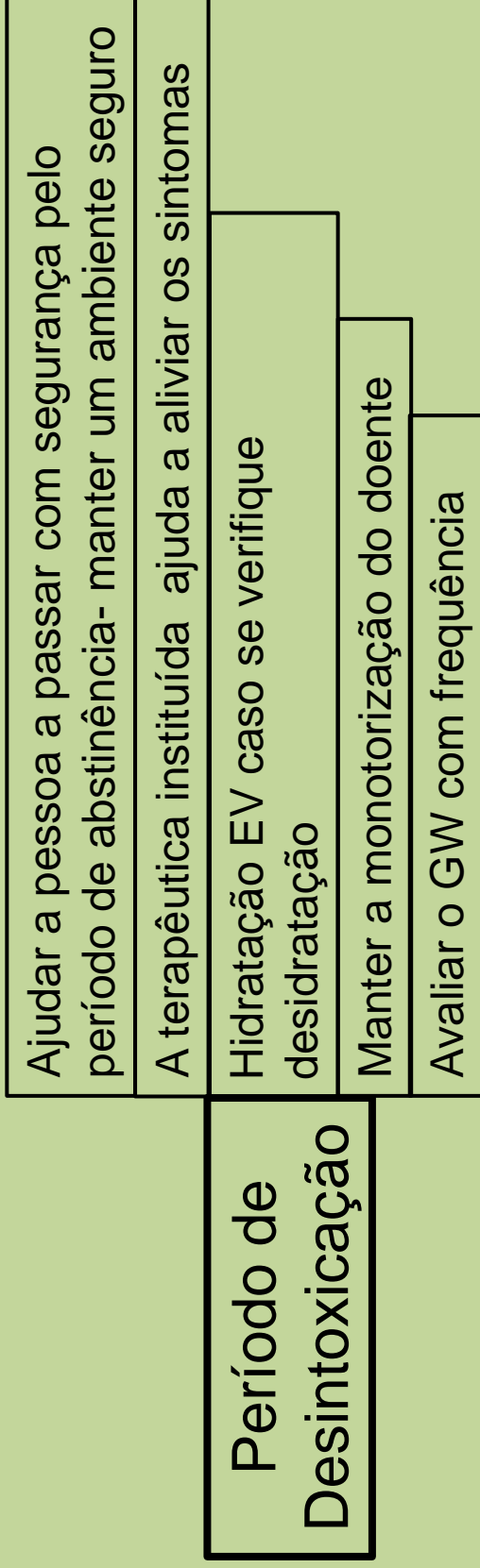


Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

INTERVENÇÃO NA ABSTINÊNCIA

- Alguns enfermeiros têm atitudes negativas para com os alcoólicos e outros abusadores de substâncias.
- Os problemas de dependência de substâncias afetam praticamente todos os aspetos de funcionamento da pessoa.
- Os abusadores de substâncias nem sempre fornecem dados propícios dos consumos embora seja fundamental obter uma avaliação tão específica quanto possível.
- A possibilidade da ocorrência de convulsões deve ser sempre considerada.
- A probabilidade de comportamento agressivo aumenta à medida que o síndrome de abstinência se instala.
- As intervenções de enfermagem são destinadas à prevenção de sintomas graves da abstinência.

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência



Estabelecimento de uma relação de confiança

- Abordar o doente com uma atitude calma, confiante e firme possui um efeito ansiolítico.
- Mostrar interesse pelo doente utilizando a escuta ativa e possibilitando a expressão de pensamentos e sentimentos pessoais.

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência



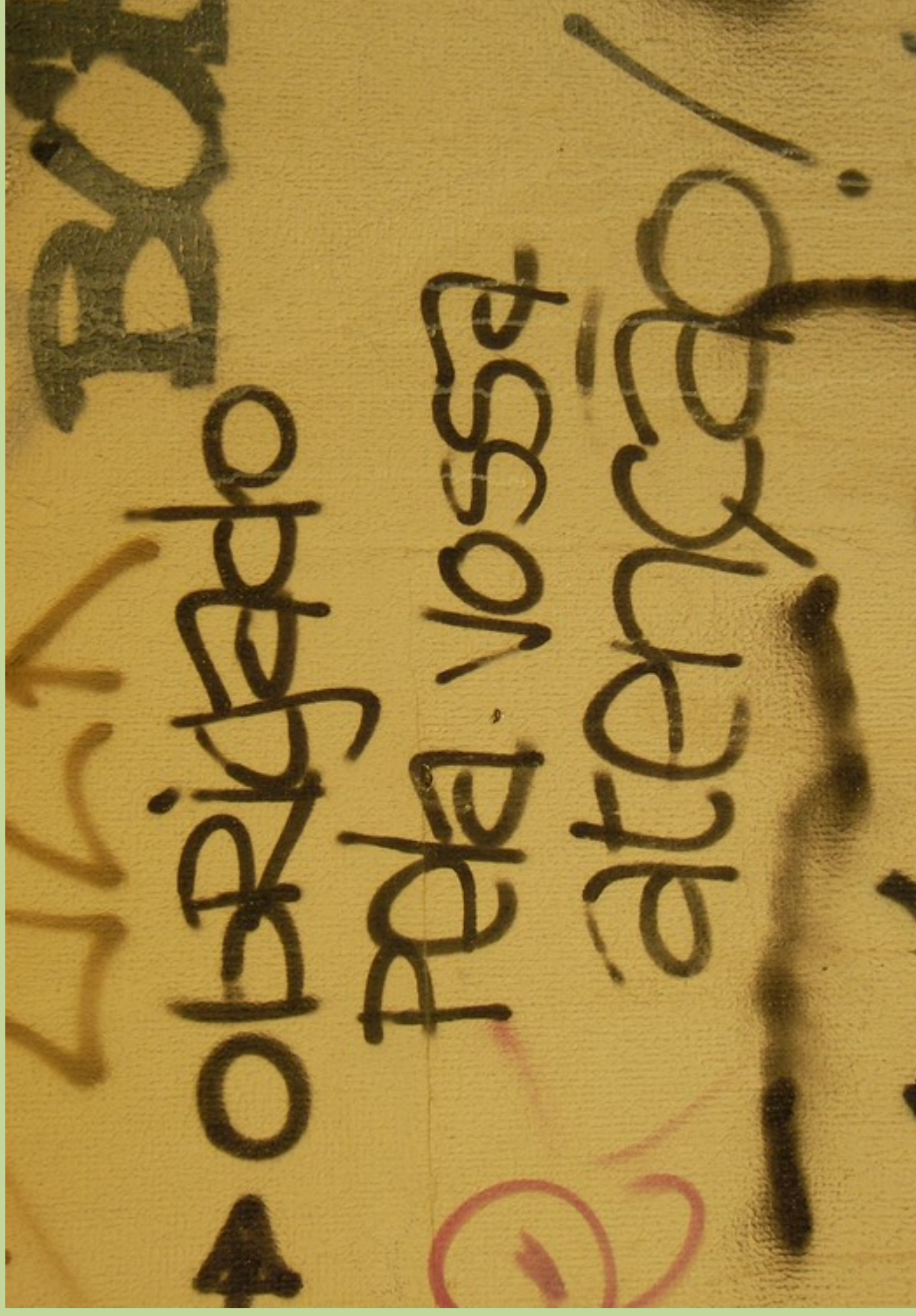
A droga, trazendo de fora para dentro a fantasia e não é por acaso que os dependentes se chamam a eles próprios “pedrados”, isto é, alguém que fica confuso por uma agressão externa, uma pedrada, não é facilmente integrada por aqueles que vivem de dentro para fora.

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3ª ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR*. 4ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Dally, P; Harrington, H. (2005). *Psicologia e psiquiatria na enfermagem*. (5.ª ed.). São Paulo: Puitda
- Gouveia, J. P., Carvalho, S., & Fonseca, L. (2004). *Pânico. Da compreensão ao tratamento*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- GRIESI, M. (2006). *A síndrome do pânico*.
- Milrod, B; Busch, F; Cooper A; & Shapiro T. (1997). *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. Washington. DC. American Psychiatric Press.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Climepsi.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Relatório Global da situação sobre álcool e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Rocha, A. (2000). *Associação Nacional de Síndrome do Pânico V Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*, 15-17 de setembro.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2012). *O relatório anual "A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências no ano de 2011"*. Lisboa.
- Smeltzer, S.; Bere, B. (2002). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro – RJ: Guanabara Koogan.
- Stuart, G.; Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática* (6ª ed.) Porto Alegre: Artmed Editora.
- Taylor, G; Bagby, R; & Parker, J. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge United Kingdom. University Press.
- Townsend, M. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de cuidados*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência



APÊNDICE XIV
Avaliação da Formação em serviço
“Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico
em contexto de Urgência”



Curso: Assistência de Enfermagem ao Doente Psiquiátrico em contexto de Urgência

Formadores: Enf^a Carla Alves e Enf^o Daniel Santos

Conteúdo programático:

- Agitação psicomotora e comportamento violento
- Perturbação de pânico
- Tratamento do Síndrome de privação

Este trata-se de um teste de escolha múltipla constituído por 10 questões, que após a sua correção, irá corresponder à sua avaliação quantitativa igual ou superior numa escala de 0 a 20 valores.

Esta avaliação será posteriormente afixada para conhecimento dos formandos e servindo de critério para a atribuição do certificado de formação.

Responda por favor, às seguintes questões com uma X demonstrando os seus conhecimentos dos temas abordados e selecionando apenas uma (1) resposta:

Questão nº1

- a) A incidência da crise de pânico atinge 3% a 4% da população mundial, na faixa etária geralmente entre os 20 e os 40 anos. ____
- b) A incidência da crise de pânico atinge 3% a 4% da população mundial, na faixa etária geralmente entre os 10 e os 40 anos. ____
- c) A incidência da crise de pânico atinge 3% a 4% da população mundial, na faixa etária geralmente entre os 50 e os 60 anos. ____
- d) A incidência da crise de pânico atinge 3% a 4% da população mundial, na faixa etária geralmente entre os 40 e os 60 anos. ____

Nome: _____ Data _____



Questão nº 2

Na ocorrência de uma crise pânico, alguns sintomas físicos que as pessoas apresentam frequentemente são:

- a) Obstipação, disúria. ____
- b) Parestesias, diarreia. ____
- c) Dispneia, dor torácica. ____
- d) Dor de garganta, erupções cutâneas. ____

Questão nº 3

Os tipos característicos de crises de pânico existentes:

- a) Relacionam o tipo de alterações comportamentais, cognitivas e emocionais que provocam na pessoa. ____
- b) Diferenciam diagnósticos no campo dos transtornos da ansiedade. ____
- c) Relacionam o início da crise de pânico e a presença de estímulos situacionais e são 4 tipos. ____
- d) Relacionam o início da crise de pânico e a presença de estímulos situacionais e são 3 tipos. ____

Questão nº 4

Indique uma intervenção de enfermagem que ajude a pessoa a ultrapassar uma crise de pânico:

- a) Diminuição do mecanismo de desenvolvimento e manutenção do medo através da tranquilização da pessoa e encorajamento. ____
- b) Promoção do autocontrolo através da confrontação. ____
- c) Psicoeducação e reestruturação cognitiva através da escuta não ativa. ____
- d) Impedindo a expressão livre de emoções e sentimentos. ____

Nome _____ Data _____

Questão nº 5 (1 afirmação correta)

- a) Num dependente alcoólico, os sintomas de síndrome de abstinência ou privação alcoólica ocorrem normalmente 12h depois da última dose e podem ser ansiedade e tremores. ____
- b) A possibilidade da ocorrência de convulsões não deve ser sempre considerada. ____
- c) O estado de *Delirium Tremens* constitui um quadro de sintomas pautado apenas por sonolência da pessoa. ____
- d) O estado de *Delirium Tremens* constitui uma emergência médica em que o doente desenvolve um quadro de desorientação, confusão mental e agravamento do seu estado hemodinâmico. ____

Questão nº 6

No período de desintoxicação de substâncias psicoativas como o álcool, é importante:

- a) Avaliar o GW com frequência. ____
- b) Ter uma contra atitude com o doente porque este foi agressivo verbalmente. ____
- c) Desmonitorizar o doente já que ele tem agitação psicomotora. ____
- d) Não comunicar com o doente porque ele está confuso. ____

Nome _____ Data _____

APÊNDICE XV
Apresentação da Sessão Psicoeducativa
“A Recaída e a Importância da Adesão Terapêutica”

A RECAÍDA E A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO TERAPÊUTICA



**Unidade de
Alcoologia de
Lisboa**

Tutora: Enf^a Lúcia Vaz Velho

Carla Alves-Enf^a Estagiária ESMP

Orientadora: Enf^a Sandra Costa

Outubro 2012

OBJECTIVO GERAL:

- Compreender a pertinência dos Modelos de Tratamento na recuperação da pessoa com comportamentos aditivos.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

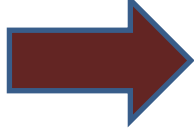
- Compreender os conceitos de Abstinência, Lapso e Recaída;
- Compreender a Recaída como um processo que envolve factores cognitivos, afectivos e comportamentais;
- Identificar a importância dos Modelos de Tratamento na manutenção da Abstinência;
- Identificar a importância das Intervenções Farmacológicas e Não Farmacológicas na manutenção da Abstinência.

A recaída



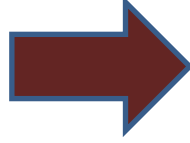
- É um dos problemas mais frequentes nos processos de recuperação e tratamento do abuso de álcool ou de outras substâncias aditas.
- Refere-se a um processo de retorno ao uso de álcool ou drogas depois de um determinado período de abstinência.
- A recaída é possível, em qualquer fase do processo de recuperação de substâncias aditas.

O retorno aos níveis nocivos do uso de substâncias, após um período de abstinência, acompanhado pela reincidência dos sintomas de abuso ou dependência.



PROCESSO

É definido como o período de tempo, com uma ou múltiplas variáveis, que precede o acto de recair ou a restauração do padrão de uso nocivo.



Envolve processos cognitivos, afectivos e comportamentais que se podem manifestar antes do uso de substâncias, e se prolongarem para além da sua utilização.

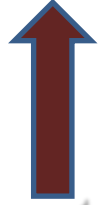
LAPSO

- **Impulsivo e imprevisível.**
- **Consumo único ou de curta duração.**
- **Acompanhado de sentimento de culpa.**
- **Pequeno consumo.**
- **Consequências relativamente pequenas.**
- **Desejo verdadeiro de retornar à abstinência.**

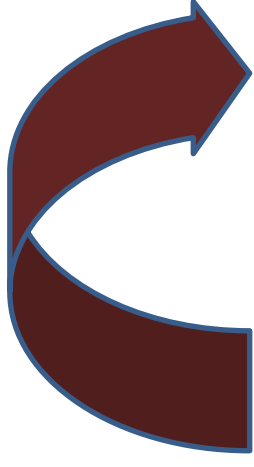
RECAÍDA

- **Planeado e previsível.**
- **Períodos de utilização mais longos e constantes.**
- **Comportamento muito defensivo e justificativo.**
- **Grandes consumos.**
- **Consequências relativamente graves.**
- **Incerteza quanto à vontade de regressar à abstinência.**

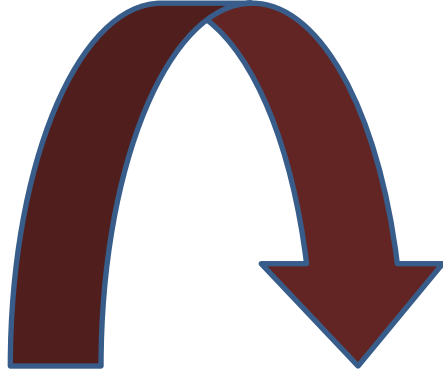
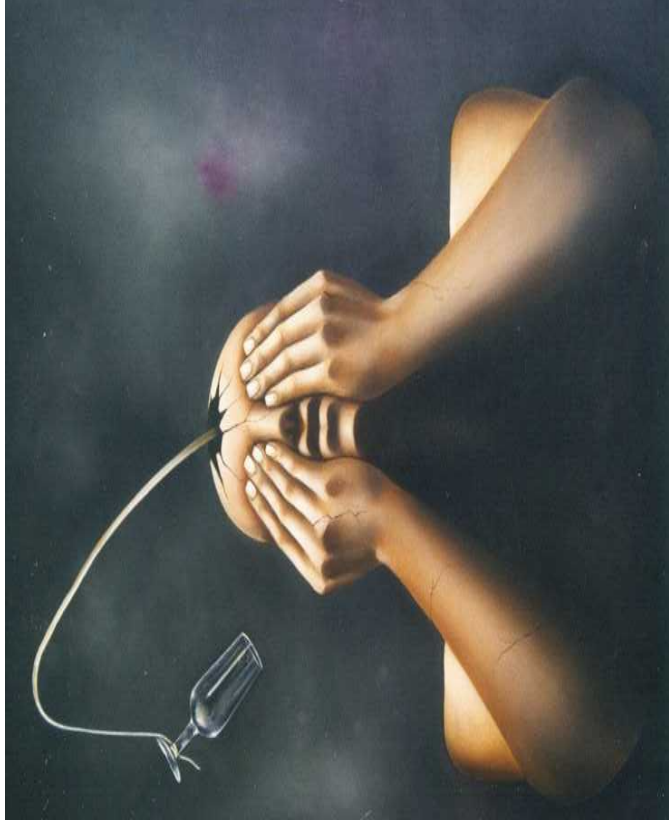
ABSTINÊNCIA



LAPSO



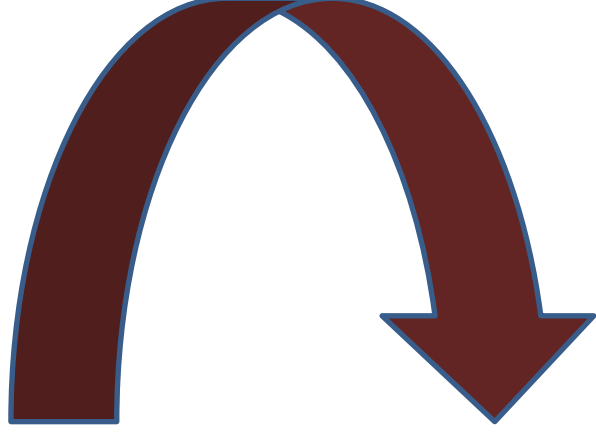
RECAÍDA



**ANTES DA RECAÍDA, EXISTE O LAPSO,
QUE NÃO PRECISA
NECESSARIAMENTE DE TERMINAR
NUMA RECAÍDA.**

▪ A recaída de uma doença aditiva é o regresso a atitudes, pensamentos, sentimentos, emoções e comportamentos que fazem recuar para a adição activa.

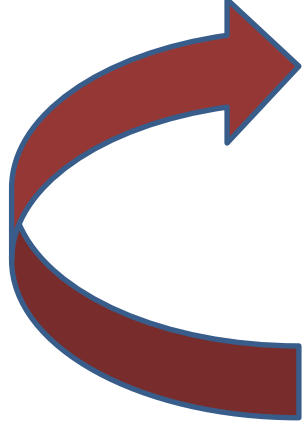
Associado à dependência física e psicológica da substância, resultante de um consumo de muitos anos relacionado com determinadas condições e actividades específicas de forma repetitiva.



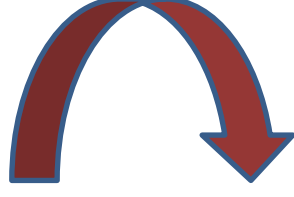
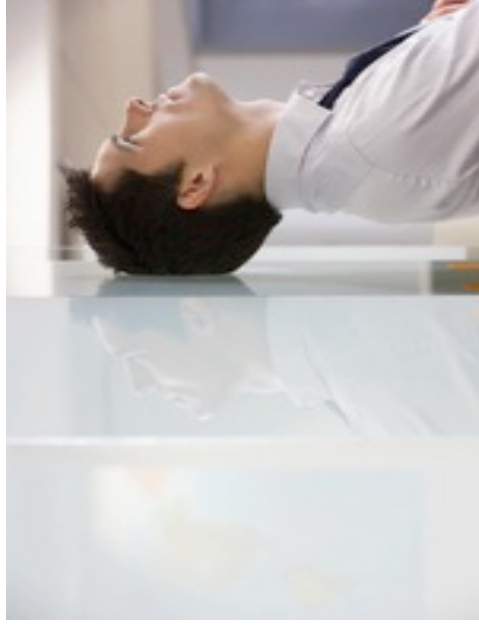
**MODELOS DE
TRATAMENTO**

**MANUTENÇÃO/ESTABILIZAÇÃO DA
ABSTINÊNCIA**

Modelos de Tratamento

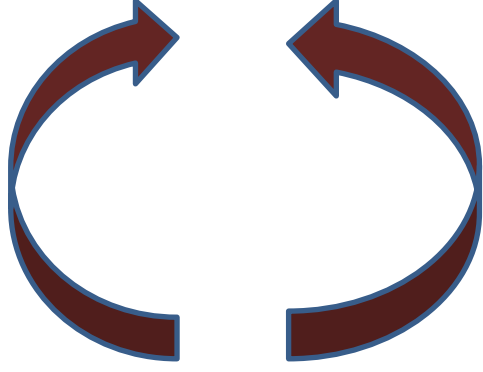


- MOTIVAÇÃO.
- MUDANÇA.
- PRONTIDÃO PARA
ESSA MUDANÇA.



- Elementos fundamentais para o sucesso das intervenções psicoterapêuticas e diminuição da ocorrência de recaídas.
- Resolução da ambivalência intrínseca relacionada com os prós e contras do consumo da substância.

Modelos de Tratamento



▪ Intervenções

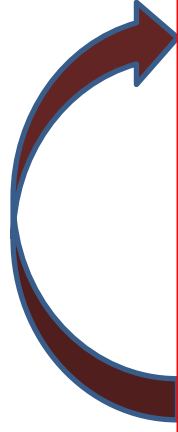
▪ Intervenções não Farmacológicas

▪ Intervenções Farmacológicas

▪ Principais objetivos:

- Reverter os efeitos farmacológicos do consumo de álcool;
- Tratar e prevenir as complicações da abstinência do álcool;
- Promover a manutenção da abstinência e a prevenção das recaídas, por meio da redução do desejo de ingerir álcool.

DISSULFIRAM-TETRADIN



- Antagonista alcoólico oral;
- Número moderado de efeitos secundários;
- Contra-indicado em casos de doenças cardíacas, hepáticas, hipertensão arterial descompensada, em pessoas com défices cognitivos, emocionalmente instáveis ou com tentativas de suicídio;
- O doente não deve beber álcool em qualquer forma ou quantidade ou ter contacto com qualquer constituinte alcoólico.

Reacção Dissulfiram-álcool:

- Rubor na face;
- Náuseas, vômitos;
- Suores, tonturas, confusão mental;
- Hipotensão Arterial;
- Dores no peito.



Em casos raros pode ocorrer colapso vascular, convulsões e perda de conhecimento.

DISSULFIRAM-TETRADIN

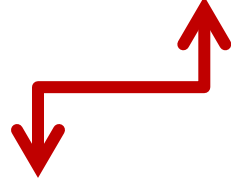
- Precaução nas interações medicamentosas;
- Verificar o aparecimento de febre, alterações ictéricas na pele e mucosas;
- Verificar o aparecimento de confusão mental ou de outros sintomas anormais.

A REACÇÃO
DISSULFIRAM-
ÁLCOOL PODE
OCORRER ATÉ
DUAS SEMANAS,
DEPOIS DA
ÚLTIMA TOMA
DE
DISSULFIRAM.

- Comida cozinhada com vinho;
- Bombons ou gelados com álcool;
- Cerveja sem álcool;
- Vinagre nos alimentos;
- Perfumes, tónicos, after-shaves;
- Pôr na pele ou cheirar álcool;
- Xaropes ou elixires contendo álcool;
- Contacto com solventes orgânicos, colas, tintas e gasolina com chumbo;
- Evitar o excesso de produtos de charcutaria.



**Intervenções
psicossociais
(aconselhamento,
treinamento de
habilidades sociais,
prevenção de
recaída, entrevista
motivacional ,etc.)**



**Intervenções
farmacológicas**



**AUMENTAM A EFICÁCIA E A
ADESÃO AO TRATAMENTO**



© GORIE KUIPERS 2001

WWW.GLID.FT

APÊNDICE XVI
Projeto de estágio

**3.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA
ANO LECTIVO 2011/2012**

Projecto de Estágio

Unidade Curricular: Opção II

**“O Cuidado à Pessoa com Comportamentos
Aditivos: Toxicodependência e Alcoolismo.”**



Discente:

Carla Sofia de Moura Alves – nº 4550

Regente:

Sr.ª Professora Luísa D'Espiney

Docente orientadora:

Sr.ª Professora Lúcia Vaz Velho

Lisboa

20 de Julho de 2012

A droga,

trazendo de fora para dentro a fantasia,

e não é por acaso que os dependentes se

chamam a eles próprios “pedrados”,

isto é, alguém que fica confuso

por uma agressão externa, uma pedrada,

não é facilmente integrada por aqueles

que vivem de dentro para fora.

Carlos Amaral Dias,

in

“O QUE SE MEXE A PARAR: ESTUDOS
SOBRE A DROGA”.

ÍNDICE

0. – INTRODUÇÃO.....	4
1. - PERSPECTIVA DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL	
1.1.- Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica....	8
1.2.- Enquadramento Conceptual do Modelo Teórico de Hildegard Peplau.....	11
2. - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
2.1.- Justificação e pertinência.....	16
2.2.- Adesão terapêutica.....	18
2.3.- Os cuidadores familiares na promoção da adesão terapêutica.....	21
2.4.- Recaída/recidiva.....	24
2.5.- Modelos e teorias de adesão terapêutica.....	27
2.6.- Intervenções e Estratégias.....	29
3.- OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJECTO	
3.1.- Caracterização dos contextos de estágio.....	33
3.2.- Objectivos e estratégias.....	37
4. - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
5. -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
6. – ANEXOS.....	46
Anexo I- Cronograma	

0- INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Opção II, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, foi proposta a elaboração de um projecto de estágio que fosse significativo para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

Um projecto permite ao indivíduo estabelecer linhas orientadoras que o guiem na sua acção, preparando-o de forma mais eficaz para o futuro, fazendo sempre uso do passado e do presente. Tal como Barbier (1993, p.52) afirma “o projecto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma ideia, é o futuro a fazer, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em acto.”

Este projecto surge assim, como uma necessidade de programar as actividades que poderão ser desenvolvidas no âmbito do Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a realizar-se em dois locais de estágio distintos. Terá então como finalidade descrever aquilo que se pretende concretizar ao longo do estágio clínico e servirá de instrumento para o alcance dos objectivos propostos e para a plena realização das actividades a desenvolver, cimentando competências especializadas adequadas à prática clínica.

É pertinente salientar que este projecto é dotado de um carácter provisório, podendo estar sujeito a alterações pontuais e oportunas, devendo, no entanto, representar a máxima fidelização e ajuste, para que possa ser cumprido, possibilitando ainda facilitar a auto-avaliação final.

No decorrer desta unidade curricular, Opção II, foi fomentada a intervenção ao nível de uma determinada área que se revele primordial no desenvolvimento de conhecimentos e de competências características de um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, surgindo desta forma à discente, a possibilidade de abordar um tema que se reveste de extrema importância para o desenvolvimento de competências.

O projecto aborda a temática **“O Cuidado à Pessoa com Comportamentos Aditivos: Toxicod dependência e Alcoolismo”** porque com ele, pretendo aprofundar e ao mesmo tempo crescer intelectualmente e profissionalmente nesta área, a fim de desenvolver competências e saberes ao nível desta problemática tão actual, em

particular na área da adesão terapêutica que surge tão frequentemente relacionada com as falhas de tratamento e reabilitação da pessoa com comportamentos aditivos.

Na literatura, as pessoas com perturbação crónica surgem como as que apresentam maiores dificuldades em aderir à terapêutica. Estima-se que, nos países desenvolvidos, apenas 50% das pessoas com perturbação crónica, cumprem o projecto terapêutico negociado condicionando a economia, o bem-estar e a qualidade de vida da sociedade.

É relevante referir que as doenças crónicas e o envelhecimento da população constituem hoje em dia uma das grandes preocupações das instituições governamentais no âmbito da saúde, com repercussões a nível social, pessoal, familiar, e ao nível da economia.

A não adesão ao regime terapêutico tende a agravar esta situação, dado que se o doente tiver dificuldade em negociar e executar o tratamento, a probabilidade de internamento pode aumentar, o que significa mais despesas para o sistema de saúde.

Para além disso, enquanto profissional prestadora de cuidados numa Urgência Central, contacto frequentemente com populações/pessoas em risco, associadas ao consumo de substâncias psicoactivas.

A pertinência desta temática encontra-se ainda justificada por esta abranger vários sectores da sociedade e diferentes faixas etárias ao longo dos anos.

A OMS (2002), por meio do Relatório Mundial de Saúde, *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*, já referia que nesta altura, as estimativas indicavam que cerca de 450 milhões de pessoas sofriam de perturbações mentais ou neurobiológicas ou, então, de problemas psicossociais, como os relacionados com o abuso de álcool e de drogas. Refere também que além do sofrimento inerente à necessidade de consumo e da falta de cuidados, encontravam-se paralelamente, as fronteiras do estigma, da vergonha, da exclusão e, mais frequentemente da morte. Alerta também que as políticas de saúde mental, álcool e drogas devem ser formuladas no contexto de um conjunto de políticas governamentais de saúde e bem-estar e políticas sociais gerais, salientando que intervir nesta área implica uma alteração das políticas de saúde que muitas vezes são formuladas fora do contexto real.

Neste âmbito, ressalta a necessidade de no futuro se proceder de forma mais eficaz e periódica, à identificação das realidades sociais, políticas e económicas a nível local, regional e nacional.

Assim a OMS (2002) insiste já nesta altura para a formulação de políticas ricas em informações, actualizadas e idóneas, relativas à comunidade, aos indicadores de saúde mental, aos tratamentos eficazes, às estratégias de prevenção e de promoção e aos recursos para a saúde mental.

Mais recentemente, um estudo feito pela OMS (2010), divulgado em Fevereiro de 2011, pelo “Relatório Global da Situação Sobre Álcool e Saúde” alerta que o álcool causa quase a nível mundial, 4% das mortes, mais do que as doenças infecto-contagiosas como o HIV, a Tuberculose e até mesmo mais que a violência. Também reconhece que beber em excesso é um grande problema não só dos países subdesenvolvidos, como também dos países desenvolvidos.

O “Relatório Global da Situação Sobre Álcool e Saúde” da OMS (2010) ainda refere que se contabilizam quase 2,5 milhões de mortes por ano, por causas relacionadas com o consumo de álcool. O relatório afirma também que o consumo excessivo do álcool é ainda pior em pessoas jovens, e este constitui-se como sendo o principal factor de risco de morte entre homens dos 15 aos 59 anos, em todo o mundo. Simultaneamente o relatório avança a informação de que mundialmente os indivíduos de sexo masculino, praticam um consumo de risco muito mais elevado do que os indivíduos de sexo feminino, em todas as regiões, em que os homens superam as mulheres numa porção de 4/1.

Na realidade nacional, o relatório anual de 2010 “A Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências” do Instituto da Droga e Toxicodependência (I.D.T.) apresentado à Assembleia da República, revelava que num segundo inquérito nacional ao consumo, que abrangeu indivíduos entre 15 e 64 anos, a percentagem da população portuguesa que já consumiu drogas alguma vez na vida aumentou de 7,8% em 2001 para 12% em 2007. (I.D.T., 2011).

Esta exposição de dados revela ser constantemente necessário o estudo das várias vertentes desta problemática em que o enfermeiro pode ter um papel fundamental, através das suas intervenções especializadas de enfermagem; quer na promoção da adesão terapêutica, quer na consciencialização do cliente e família do seu problema, na ajuda que presta ao cliente e família na negociação/intervenção para estes atingirem/descobrirem o seu ponto de equilíbrio e bem-estar e no envolvimento e apoio prestado à pessoa/família, quer como parceiro quer como cuidador.

Assim sendo, com a realização deste projecto, pretende-se atingir os seguintes objectivos:

- Delinear os objectivos e as actividades planeadas a realizar, aprofundando conhecimentos teóricos relativamente às competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica;

- Permitir a organização dos cuidados de enfermagem de acordo com os conhecimentos anteriormente adquiridos e contextualizá-los segundo um quadro de referências de Enfermagem;

- Fornecer um guia de actividades delimitado no tempo e no espaço, de modo a servir de orientação ao longo do estágio;

- Facilitar uma posterior auto e hetero-avaliação, ao nível do desempenho, da dedicação e competências desenvolvidas no estágio.

Este projecto tem também a finalidade de dar conhecimento à docente orientadora Sra. Professora Lúcia Vaz Velho, e aos Enfermeiros orientadores nos locais de estágio, dos objectivos e das actividades que pretendo desenvolver ao longo do mesmo.

O presente projecto, inicia-se pela introdução pautada essencialmente pela escolha e pertinência da problemática. De seguida procuro enquadrar a problemática numa perspectiva do meu desenvolvimento pessoal e profissional, face às competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Ainda neste ponto, referencio o meu quadro de referências de Enfermagem, cujo foco é o Modelo das Relações Interpessoais de Peplau. Seguidamente apresento um enquadramento teórico mais aprofundado, após a realização de uma revisão da literatura mais apurada, onde abordo vários aspectos relacionados com a problemática. Depois referencio a operacionalização do projecto, com a caracterização dos contextos de estágio e objectivos e estratégias para a sua concretização. Finalmente procedo a uma breve abordagem das considerações finais, apresento o cronograma de estágio e as referências bibliográficas.

É de referir ainda que este projecto encontra-se desenvolvido sob a norma da APA.

1. -PERSPECTIVA DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL

1.1- Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica

É preponderante rever as funções de um Enfermeiro Especialista e respectivas competências na respectiva área de especialização, e simultaneamente proceder a uma fundamentação teórica baseada na evidência científica acerca da temática seleccionada, de forma a desenvolver este projecto e delinear o plano de acção que pretendo seguir ao longo do estágio clínico.

De acordo com Benner (2001), na aquisição e desenvolvimento de uma competência, o enfermeiro passa por cinco níveis sucessivos de proficiência, as quais dizem respeito aos estadios de iniciado, de iniciado avançado, de competente, de proficiente e de perito, sendo estes níveis o reflexo de mudanças que ocorrem na aquisição de uma competência. É ainda importante ter-se em conta que o objectivo não é encontrar o enfermeiro competente em todos os campos, apesar das circunstâncias ou do nível de formação.

Colliére (1999, p.290) sobre as competências em enfermagem refere:

O campo de competência da Enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes. A competência da Enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando os meios mais adaptados para o conseguir.

Assim sendo, não se pode corresponder a noção de competências à noção de quantificação. Por outro lado, qualquer conhecimento ou capacidade também não implicam competência, uma vez que esta significa possuir determinada disposição a agir de forma pertinente com vista a dar resposta a uma determinada situação.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) por sua vez, no n.º 3 do artigo 4.º define o enfermeiro especialista como:

Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...) a quem foi atribuído um título profissional

que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. (REPE, 1996).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007) refere que os enfermeiros especialistas devem possuir competências acrescidas, que são “entendidas como aquelas competências que permitem responder de uma forma dinâmica às necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos. Estas competências serão certificadas ao longo do percurso profissional especializado, não conferente de título, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas.”.

Os cuidados de enfermagem do enfermeiro especialista devem assim, ir de encontro às crescentes necessidades e exigências da pessoa doente e família a fim de se preconizar uma prática de cuidados de excelência. Fundamental neste processo de aquisição e desenvolvimento de competências é a capacidade de o enfermeiro se questionar na sua prática, desenvolvendo uma atitude de questionamento constante das práticas, de flexibilidade de ideias e de debate.

Tal como refere Garrido et al. (2008, p.52) “reflectir a prática e produzir saber constituem um modo de estar na profissão”, de forma a poder desenvolver competências que permitam a prestação de uma optimização dos cuidados, em contextos de complexidade crescente e de mudança.

Deste modo, pode-se definir o papel do enfermeiro especialista na prática de cuidados, correspondendo àquele em que a sua área de actuação não se limita apenas à prestação de cuidados especializados, tendo também uma vertente importante na investigação, na gestão e na formação, que visa aumentar o seu conhecimento e promover o desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização.

Segundo a visão de Benner (2001, p.58), “a perita que tem uma enorme experiência, compreende, agora de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis.”

No n.º 1, do artigo 4º, no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2010), estão mencionadas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- 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 de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, 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.

Ainda segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2010), cabe ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, desenvolver vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitam na sua prática de cuidados, movimentar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, para além da sua própria mobilização de si mesmo, como mais um instrumento terapêutico.

Assim, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, face aos problemas específicos relacionados com a doença mental que são diversos, nomeadamente a adesão terapêutica, a relação familiar, a desinserção social, etc., promove as suas intervenções no sentido do ajustamento das respostas da pessoa doente e família, com a finalidade de evitar um agravamento de determinada situação da pessoa doente, assim como promover a qualidade de vida da pessoa doente e família.

Phaneuf (2005, p.9) refere que:

A enfermeira que se encontra numa relação de comunicação funcional ou terapêutica não se dá necessariamente conta de todas as dimensões de competência a aplicar nos seus contactos junto das pessoas cuidadas. Mas em

função da situação, se algumas destas competências estão ausentes, o cuidado relacional perde qualidade e humanidade.

Esta prática clínica permite ainda que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, ao estabelecer relações de parceria e confiança com o doente e família, torne possível a estes, a consciencialização dos seus problemas e o desenvolvimento da capacidade de procurarem em si novas formas de resolução. Desta forma, a pessoa doente/ família têm também a oportunidade de vivenciar experiências gratificantes quer na sua relação com eles próprios, quer na sua relação com os outros.

1.2.- Enquadramento Conceptual do Modelo Teórico de Hildegard Peplau

Existem vários modelos teóricos conceptuais em Enfermagem que se desenvolveram devido à necessidade contínua da profissão de Enfermagem pela sua autonomia e lugar próprio, no seio das ciências humanas. Durante a sua história, os Enfermeiros sentiram ser fundamental a construção de uma identidade que os próprios assumissem como um instrumento, que os diferenciase na sua actuação de outros profissionais.

A procura dessas especificidades resultou na formalização de conceitos e teorias, que orientam a prática do profissional, proporcionando a definição de uma meta que ele persegue ou das actividades de cuidados que presta, e simultaneamente, servem de linha orientadora para a formação, investigação e gestão de cuidados de enfermagem.

Phaneuf (2001, p.33) considera que um modelo conceptual corresponde a “um conceito de passagem, de transição entre o pensamento filosófico que sustenta a prestação dos cuidados e as acções que a Enfermeira executa no quotidiano, é uma hipótese sobre a organização da realidade, uma ilustração simbólica do exercício da acção profissional, num determinado domínio.”.

Segundo Barnum (1998), uma teoria deve ser capaz de direccionar a prática, caracterizando e apontando os componentes essenciais que darão identidade aos fenómenos da profissão.

No entanto, e apesar da sua importância, estas teorias são postas por vezes em causa pelos profissionais de enfermagem, no sentido que consideram ser difícil a sua

integração à prática de cuidados, além de que não são muito implementadas nas Instituições de Saúde.

Não obstante, e de acordo com os objectivos delineados ao longo deste projecto, tendo em conta as características de cada modelo teórico, que abordam várias perspectivas de Enfermagem, selecionei como quadro de referência em Enfermagem, a Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard E. Peplau.

Peplau representa uma referência para a Enfermagem de saúde mental, cujo foco principal está concentrado no enfermeiro e no doente, identificando conceitos e princípios que oferecem significado às relações interpessoais que se estabelecem na prática de cuidados, pois segundo a autora, estas são dotadas de se constituírem em situações de aprendizagem e crescimento pessoal para ambos.

A Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem foi elaborada a partir da sua experiência teórica de trabalho com clientes hospitalizados e com distúrbios de relacionamento, na qual a sua intervenção dirigia-se para a relação enfermeira-cliente, uma relação humana entre uma pessoa que está necessitada de cuidados de saúde e uma enfermeira com formação especializada em reconhecer e responder às necessidades de ajuda (Peplau, 1993).

Peplau ressalta assim que os acontecimentos que envolvem a enfermeira e o doente acontecem na grande maioria das vezes de forma intuitiva, mas que correspondem a um crescimento pessoal que é partilhado por ambos, tendo como ponto de partida o relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar.

A autora descreve o relacionamento dinâmico entre os dois intervenientes como a enfermagem psicodinâmica, que implica identificar, discernir e desenvolver uma compreensão acerca do que acontece quando a enfermeira se relaciona de forma útil com o doente.

A Enfermagem é no entendimento de Peplau, uma relação humana entre uma pessoa doente ou necessitada de cuidados de saúde e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda (Peplau, 1990).

Neste campo, os objectivos estabelecidos deverão estar em harmonia pelos intervenientes, sob pena de os resultados de aprendizagem e desenvolvimento não serem os desejados.

Howk (2004, p.429) citando Peplau, refere que a profissão de enfermagem “é legalmente responsável pela utilização eficaz da Enfermagem e pelas suas consequências para os doentes.”

Destes objectivos estabelecidos, podem fazer parte as mudanças em ambiente comunitário, evidenciando que reconhece ser fundamental o papel da família, da sociedade e da cultura nas mudanças, mesmo que seja o ambiente hospitalar, o predominante na acção. Peplau ressalta mesmo, que cabe à enfermeira promover os cuidados do hospital para a comunidade.

Na sua teoria, Peplau (1992) defende o papel único dos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, pois são capazes de conseguir integrar de forma apropriada a abordagem das necessidades físicas e psíquicas num mesmo plano terapêutico, fornecendo educação para a saúde, coordenando os cuidados, supervisionando outras ajudas domiciliárias de saúde e integrando a família e outros elementos significativos nos sistemas de apoio à pessoa.

O desenrolar da chamada Enfermagem Psicodinâmica comporta dois pressupostos fundamentais para a sua compreensão: por um lado, a postura que a enfermeira adopta interfere com o processo de aprendizagem do doente, que decorre durante a prática de cuidados ao longo da sua experiência como doente, e por outro lado, é considerado que o desenvolvimento e amadurecimento da personalidade do mesmo, só são possíveis se a enfermeira dispor de um conjunto de princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de solução de problemas ou dificuldades interpessoais no quotidiano.

A Pessoa é entendida então como um ser biopsicossocial em constante mudança, integrada num ambiente, dotado para interiorizar a sua situação. A pessoa é um sistema aberto em constante desenvolvimento. Este por sua vez, ocorre como resultado de interações com pessoas significativas. Este desenvolvimento obtém forma quando a pessoa adquire autoconsciência durante o mesmo, ou seja, fica capacitada de instrumentos de aprendizagem e desenvolve competências.

A Saúde assume-se segundo Peplau (1990), como um movimento que a pessoa executa em relação ao futuro, numa direcção de uma vida criativa e produtiva, em que os comportamentos de promoção de saúde são aqueles que favorecem a satisfação das necessidades pessoais, a autoconsciência e o reconhecimento da importância dos acontecimentos de vida, incluindo um processo de doença.

Simultaneamente, na sua teoria, Peplau relaciona a Saúde e o Ambiente, uma vez que a saúde é inerente à pessoa, mas o ambiente pode promover a saúde ou a doença.

Entrando mais profundamente na sua teoria, Peplau (1990) descreve o processo de relação interpessoal da enfermagem em quatro fases que devem ser consideradas de forma relacionada e devidamente encadeada:

1) Orientação: em que o doente refere uma necessidade e solicita ajuda. O enfermeiro, em colaboração com outros profissionais de saúde orienta o doente relativamente ao seu problema, tomando como importantes a tensão e ansiedade manifestadas pelo doente, tendo em vista, que este possa relacionar a sua experiência actual com as que lhe sucederam anteriormente.

Nesta fase, o ambiente hospitalar (diferente do que conhece), é revestido de importância, já que transporta o doente ao seu mundo imaginário e pode com a ajuda do profissional, esclarecer os fenómenos que ocorrem ao seu redor.

Peplau (1993) considera que a enfermeira deve sentar-se com o doente e dizer: “fale-me de si”, em vez de prestar um contacto superficial com o doente, não sendo capaz desta forma, de detectar as verdadeiras necessidades do mesmo, e por outro lado, falseando o acontecimento interpessoal.

2) Identificação: nesta fase, a relação avança e a enfermeira, na sua prestação de cuidados, pode levar o doente a identificá-la como uma figura familiar ou importante das suas lembranças. O doente pode ser participativo com a enfermeira, isolar-se e ter uma atitude de independência ou mostrar uma atitude de dependência em relação à enfermeira. Cabe a esta, auxiliar o doente na construção da sua aprendizagem que ocorre quando o doente pode apresentar respostas autónomas e independentes da enfermeira.

3) Exploração: porque corresponde à exploração máxima da relação interpessoal de forma a serem atingidos os maiores benefícios para ambos e conforme se aproxima o momento da alta clínica, a enfermeira deve proceder ao trabalho de diminuir o sentimento de identificação que o doente possa sentir com ela neste processo de ajuda.

4) Resolução: em que o doente interioriza a quebra de laços e está preparado para voltar para casa e para o seu meio ambiente conhecido. Nesta fase, o doente deve sentir-se fortalecido, motivado, e preparado para agir por si só apenas.

Peplau (1993), afirma ainda que a enfermeira pode assumir vários papéis durante as fases reportadas atrás, no processo interpessoal, salientando-se, o de estranho, o de recurso, o de professor, o de substituto, o de conselheiro e o de líder.

O papel de estranho é desempenhado durante o contacto inicial (fase de orientação) e implica a aceitação do doente pela enfermeira e vice-versa. Nesta ocasião deve haver respeito e interesse genuíno. O de recurso é quando se oferecem informações específicas para a compreensão de um problema ou situações novas e a enfermeira proporciona respostas específicas às perguntas habitualmente formuladas em relação a um problema maior. O de professor é quando se compartilham conhecimentos sobre uma necessidade ou interesse. Neste caso, o ensino tem sempre origem a partir do que o doente já conhece e desenvolve-se em torno do seu interesse. No papel de substituto, o doente avalia inconscientemente a enfermeira como outra pessoa, a qual pode simbolizar uma figura materna ou substituir o papel de uma irmã do doente, por exemplo. O papel de conselheiro é desempenhado quando se auxilia outra pessoa no reconhecimento, aceitação e solução de problemas; e o de líder é desenvolvido por meio da capacidade da enfermeira de ficar próxima do doente, com o fim de observar e compreender como uma situação pode incomodá-lo, analisar a visão do doente e apreciar o desenvolvimento da relação interpessoal entre ambos.

Por todos estes aspectos de interesse que encontro na Teoria de Peplau, e visto a autora constituir como foco central, a relação interpessoal enfermeira-doente, penso que se adapta muito bem ao tipo de relação de ajuda que desejo prestar no cuidado à pessoa com comportamentos adictos no decorrer do meu estágio clínico. Este modelo de Enfermagem de inspiração dinâmica que me proponho trabalhar e desenvolver, permite-me fazer um percurso de aprendizagem como EESMP numa lógica *Vai e Vem*, em que está implícita uma supervisão da relação, na promoção do autoconhecimento, e consequente crescimento dos actores envolvidos nestes *setting* terapêutico.

Evidencia também uma visão holística do doente, na qual são levadas em conta as suas experiências, expectativas, valores e crenças, como valores fundamentais.

Conjuntamente é fundamental o facto de esta teoria ter sido integrada pela autora, à prática da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, mas ser no fundo útil em qualquer contacto que se estabeleça com qualquer doente.

Ao abordar este modelo conceptual, a discente fica portanto ainda mais desperta para a importância de desenvolver em si própria um processo de autoconhecimento no sentido de poder desenvolver com o doente um cuidado interpessoal mais eficaz, e

poder compreender o outro na sua plenitude, auxiliando-o na procura de respostas em si, que promovam o colmatar das suas necessidades.

Segundo Phaneuf (2005, p. 10), “no sector dos cuidados de enfermagem, o trabalho relacional com a pessoa cuidada deveria ser primordial, uma vez que é o veículo de toda a intervenção. Mas nem sempre tomamos consciência do valor desta relação, como também não nos consciencializamos de todo o alcance do nosso papel.”

2. - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1.- Justificação e pertinência

O consumo de substâncias psicoactivas e o seu abuso, constituem à muito um tema social de interesse público, levando diferentes áreas do saber e da intervenção a debruçarem-se no estudo e análise deste fenómeno da sociedade. O consumo de alcoolismo encontra uma correspondência com o consumo de drogas por se tratar de um problema transversal de gerações sem um fim à vista, apesar de todos os esforços dos estudiosos sobre a questão do aumento do consumo de álcool.

Neste sentido, são cada vez mais, os esforços que se desenvolvem nesta área para promover a saúde e prevenir o uso/abuso destas substâncias, na tentativa de, desde cedo, incutir estilos de vida saudáveis e agir sobre factores que demonstram ser relevantes no início dos consumos. Enquanto profissionais de saúde com competências técnico-científicas para uma intervenção na prevenção da doença e pelo contacto diário com populações/pessoas em risco associadas ao consumo de substâncias psicoactivas, temos um papel de agente activo no planeamento e implementação de estratégias de intervenção preventiva.

Reflectindo então sobre a temática dos comportamentos aditivos há que ter presente que prevenir deve ser um processo activo, em que se planeiam estratégias preventivas, desenvolvem e implementam iniciativas (programas) com o objectivo de “modificar e melhorar a formação integral e a qualidade de vida dos indivíduos, fomentando o autocontrolo individual e a resistência colectiva face à oferta de drogas.” (Martin, 1995, citado em Moreira, 2001, p.14).

Segundo Negreiros (2001), a determinadas situações, circunstâncias ou características individuais que estão associadas a uma maior probabilidade de consumir drogas (uso/abuso) dá-se a designação de factores de risco. Por outro lado, os factores sociais e individuais que reduzem a probabilidade de consumo de drogas designam-se por factores de protecção.

Na análise dos diversos factores, ressalta-se que tem de se ter em conta o facto de se estar a falar em probabilidades e não em regra. Assim, verifica-se uma maior probabilidade de consumo de drogas (uso/abuso) perante a verificação e acumulação de vários factores de risco envolventes a determinado indivíduo/população, contudo, não será a existência de um ou mais factores de risco que ditarão este consumo. Ainda há que ter em conta que, a presença de um determinado problema pode estimular o aparecimento de outros.

Assim, se por um lado, múltiplos factores de risco estabelecem entre si relações dinâmicas e mutáveis, por outro lado, é o peso que exercem como factores de risco que varia consoante o indivíduo e a fase evolutiva em que se encontra, bem como o ambiente/contexto que o rodeia. Por isso se justifica a existência de indivíduos que perante várias adversidades, em condições mais, ou menos, desfavoráveis, não iniciaram ou desenvolveram problemas relacionados com o consumo de drogas (Lomba, 2006 & Negreiros, 2001).

Aqui, surge a ideia de “escudo”, (força contrária em relação aos factores de risco), em que os factores de protecção têm a propriedade de conseguir inibir ou minimizar o impacto dos factores de risco. Estes são então vistos como capazes de moderar ou diluir os efeitos da presença dos factores de risco.

De referir, que tal como os factores de risco, um factor de protecção isolado não dita por si só o não consumo de drogas, a “imunidade”, sendo a combinação destes factores que diminuirá a probabilidade do uso/abuso de drogas. Não está no entanto garantido que o consumo não se inicie ou que não evolua para um caminho patológico. Tal como nos refere Lomba (2006, p.19), “O desenvolvimento saudável do jovem resulta do balanço entre factores de risco e protecção”, sendo que, pelo facto dos mesmos serem de natureza dinâmica e interactiva, são passíveis de serem alterados e torna-se necessário reencontrar o equilíbrio.

Com as várias investigações e estudos em redor destes factores e de que forma influenciam o uso/abuso de substâncias psicoactivas, houve o entendimento de que é necessário que as intervenções levadas a cabo sejam pensadas e planeadas no sentido de

reduzir, diminuir ou atenuar os factores de risco, implementando os factores de protecção, que são descritos como agente que “limitará ou neutralizará os efeitos dos factores de risco a que está exposta a pessoa.” (Botella, 2000, citado em Lomba, 2006).

Contudo, não é apenas o conhecimento de tais factores, que dita o sucesso das intervenções preventivas. É essencial conhecer os factores que influenciam a adesão terapêutica, mas compreendendo a associação estabelecida entre as variáveis internas e externas ao doente, assim como as variáveis relacionais. Desta forma, podem-se planear estratégias que promovam a adesão ao regime terapêutico, quer a nível educacional, quer comportamental, ou conjugando as duas dimensões.

A carga de perturbações mentais tais como a depressão, a dependência do álcool e esquizofrenia foi seriamente subestimada no passado, devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, e ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Das dez principais causas de incapacidade, cinco são perturbações psiquiátricas (CNRSSM, 2007).

“O abuso de substâncias não é uma doença de uma só pessoa; afecta as relações pessoais e profissionais das pessoas com que o indivíduo se relaciona.” Neeb (2000, p.269).

2.2.- Adesão terapêutica

A adesão terapêutica surge definida pela OE em 2009, no sentido em que os comportamentos do cliente são concordantes com as recomendações dos prestadores de cuidados e são mais abrangentes do que tomar a medicação. Também considera igualmente a autogestão da doença e as suas consequências (OE, 2009).

A OMS (2003) refere existir adesão quando o comportamento de uma pessoa, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta, e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde.

Pode também ser definida como um conjunto de comportamentos, tais como: tomar a medicação, seguir dietas ou executar mudanças de hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito (Almeida et al., 2007).

As implicações da não adesão ao tratamento da pessoa com comportamentos aditivos são de valorizar, incluindo o aumento da morbilidade e mortalidade, a redução da qualidade de vida para o indivíduo, e o risco de recaída.

Enquanto prestadores de cuidados de saúde em quem as pessoas esperam o contínuo de cuidados especializados e otimizados, os enfermeiros encontram-se numa posição única e fundamental para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados esperados nas questões relacionadas com a adesão terapêutica. Numa perspectiva holística, cabe aos profissionais de enfermagem:

- Avaliar o risco da não adesão terapêutica (incluindo aspectos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais);

- Identificar os diagnósticos de enfermagem e motivos para a não adesão;

- Proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação;

- Avaliar a adesão ao tratamento;

De acordo com o seu mandato social e desempenho na equipa de saúde, fazem parte das competências dos enfermeiros desenvolver, com os clientes, planos de gestão de regime terapêutico. Os clientes podem, por exemplo, receber orientações diferentes por parte de outros profissionais, ou sofrerem modificações no estilo de vida e neste sentido podem considerar o seu regime terapêutico difícil de acompanhar. Simultaneamente, a sua família também poderá revelar fragilidades neste campo. Decorrente da identificação que fazemos quanto às dificuldades e constrangimentos, incube-nos executar um plano com as pessoas e famílias para melhorar a adesão, auxiliando a pessoa e família a integrar os diferentes aspectos do regime terapêutico e constituindo-nos como parceiros e recurso (Nunes, 2009).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2005, p. 81) surge o conceito de adesão definido como:

Volição com as características específicas: acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.

Os conceitos de *concordância (compliance)* e de adesão terapêutica surgem na literatura, estando demonstrado que são os doentes que decidem se querem ou não

aderir ao tratamento, independentemente dos conselhos do profissional (Steiner & Earnest, 2000).

A definição de *compliance*, termo desenvolvido por Haynes (1979), reporta-se ao grau em que o comportamento do doente (tomar a medicação e cumprir outras prescrições médicas, como dieta e mudança de estilo de vida) coincide com a prescrição clínica, ou seja, reporta-se à capacidade do doente cumprir a prescrição médica.

Esta consideração tem sido criticada por se basear numa relação em que o clínico decide e a posição do doente é unicamente a de cumprir as indicações. Nesta perspectiva, quando se verifica a *não compliance* o comportamento do doente pode ser interpretado como incompetência em seguir as indicações, ou como um comportamento desviante. Neste contexto, Conrad (1985) advoga que o termo *compliance* estaria mais centrado na ideologia biomédica, sendo o doente visto como um cumpridor de recomendações.

Desta forma, a não adesão é entendida como: “adesão com características específicas: não seguir ou não estar de acordo com o regime de tratamento” (CIPE, 2005, p.81).

A não adesão é hoje conhecida como a principal causa para o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde (Telles-Correia et al., 2008).

Na prática de cuidados, é frequentemente levantada uma grande questão dentro dos profissionais de saúde: porque é que certos doentes não aderem ao regime terapêutico?

Os níveis de adesão são francamente menores nas pessoas com patologia psiquiátrica, provavelmente devido ao isolamento social e alteração das capacidades cognitivas que as caracterizam (Correia, 2007).

Em 2003, a OMS avança que o pensamento geral do senso comum, de que só o doente está responsável pela adesão terapêutica é errada, dado existirem variados factores que podem afectar o seu comportamento e a sua capacidade de adesão à terapêutica. De facto, os factores que podem interferir com a adesão por parte do doente, podem ser sociais, culturais, económicos, associados à doença e ao regime terapêutico, individuais e relacionados, por exemplo, com a relação do doente com os profissionais e serviços de saúde. Para além destes, também se consideram factores socioeconómicos, como os baixos rendimentos do agregado familiar, o desemprego, o preço dos medicamentos, e outros custos adicionais que podem impedir o doente de

cumprir com o seu plano terapêutico. Simultaneamente, factores relacionados com a terapêutica tais como as características do tratamento, a acessibilidade, o facto de os efeitos do tratamento serem ou não imediatos, os efeitos colaterais, a quantidade de medicamentos a tomar, os horários difíceis de cumprir, se os tratamentos anteriores foram eficazes, e outros podem impedir a adesão (WHO, 2003).

Contudo, os factores relacionados com a relação do doente com os profissionais de saúde e serviços de saúde têm merecido uma importante atenção. Grunebaum et al. (2001) ressaltaram que no cumprimento da adesão ao regime terapêutico, e em qualquer contexto de cuidados, o enfermeiro tem um papel fundamental já que administra, direcciona, encaminha e, supervisiona o tratamento.

2.3.- Os cuidadores familiares na promoção da adesão terapêutica

Na doença mental da pessoa e família, ocorre o inevitável envolvimento e sobrecarga para as famílias, quer na vertente subjectiva de desgaste emocional, quer no aspecto mais objectivo das tarefas que se impõem no dia-a-dia.

Como refere Neeb (2000, p. 269), “O termo disfuncional é frequentemente utilizado para referir as relações no seio de uma família alcoólica.”

Revelam-se sentimentos de impotência e desespero, angústia e insegurança em relação ao futuro do seu familiar com doença mental, nomeadamente no apoio para os cuidados pessoais, na toma da medicação, na procura dos serviços necessários para o tratamento e a reabilitação, e até no campo dos encargos financeiros (CNRSSM, 2007).

Neste sentido e considerando a componente familiar como fundamental no sucesso da adesão terapêutica, Pimentel (2001) afirma que a família continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados directos, no apoio psicológico e nos contactos sociais, apesar das relações inter-geracionais ao longo do tempo se terem alterado em função de factores como, o envelhecimento demográfico, a mobilidade geográfica e social dos núcleos mais jovens, a alteração da condição feminina e a crescente integração da mulher no mundo laboral, a precarização das condições de vida ou o crescimento dos serviços formais ao idoso.

As famílias foram assim “promovidas” à condição de “parceiros” do sistema, de acordo com as orientações internacionais, sendo de particular interesse para as próprias

famílias que estas se disponham a uma atitude pró-activa. A evidência de múltiplos estudos revela que o envolvimento adequado das famílias é de extrema importância para a evolução mais favorável e facilitada do processo terapêutico e reabilitativo do seu familiar (CNRSSM, 2007).

Colliére (1999) no que se refere à família coloca esta como o eixo dos cuidados, que detém em si próprio um valor terapêutico. É de facto na família que se encontra o maior número de cuidadores informais, destacando-se as mulheres que desenvolvem esta actividade desde o início da humanidade. O diagnóstico de uma doença desencadeia angústia, sofrimento e medo para a pessoa e para a família, a qual em regra procura ajuda nos mecanismos de adaptação (processos psicológicos implicados no ajustamento a mecanismos stressantes relacionados com doença crónica) para lidar com o doente e a doença.

Os cuidadores familiares prestam cuidados de natureza diversificada, relacionados com as actividades de vida diária e que segundo Colliére (1999) abrange cuidados de “higiene, alimentação, vestir, protecção, mobilização/transferência, atenção, conforto, segurança, tratamento repouso e socialização”, acrescentando outros autores, mais algumas tarefas tais como: administrar a medicação, gerir aspectos económicos, sem remuneração, correspondendo a expressões de carinho para com o familiar ou o amigo (Sequeira, 2007).

Experimentam dificuldades, sentimentos e necessidades relacionadas com falta de informação sobre a doença e o cuidar, com a falta de recursos, de apoio económico e falta de suporte emocional.

“Para uma pessoa cuidada, um cuidado não pode ser percebido de maneira positiva senão se ele acontece num contexto relacional humano e caloroso.” (Phaneuf, 2005, p.13).

O campo de competência de enfermagem baseia-se, fundamentalmente, em todos os cuidados de manutenção de vida. Assim sendo, tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e das que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes.

A comunicação e a relação de ajuda não são somente uma escolha da enfermeira, elas constituem uma dimensão sine qua non da qualidade dos

cuidados. As regras da técnica não podem só por elas levar-nos à compreensão dos seres humanos, das suas motivações, das suas estratégias de ajustamento à saúde e à doença, tanto como também não são suficientes para os ajudar a reconstruir-se. Só os factores caritativos, no seio dos quais figuram em bom lugar a comunicação e a relação de ajuda, são susceptíveis de inspirar um verdadeiro processo cuidativo da enfermagem. (Phaneuf, 2005, p.13).

No entanto, e embora se preconizando a intervenção familiar na recuperação da pessoa com comportamentos aditivos, o enfermeiro deve estar alerta nas suas intervenções da prática, para um aspecto relacionado com a problemática. Trata-se dum estado denominado de co-dependência. Este consiste numa situação grave como a do abuso de substâncias psicoactivas, em que Neeb (2000, p.270), descreve como sendo um ciclo vicioso, em que “os outros membros significativos para a pessoa, começam a perder o sentido da sua própria identidade e predispõem-se unicamente a existir para o consumidor. As acções que praticam evitam que este se torne responsável pelas acções que ele próprio pratica, o que é obviamente contraproducente para alguém, cuja auto-estima é permanentemente posta em causa.”

2.4.- Recaída/Recidiva

Shultz (1995, p.7) define recaída como “voltar a cair num estado anterior, ou voltar a uma fase activa de uma doença depois de uma recuperação parcial.”

Considerada uma prioridade terapêutica, a prevenção das recaídas, obteve um lugar de destaque a partir do momento em que o alcoolismo foi definido como uma condição crónica.

As doenças crónicas são, conforme a definição subscrita pela OMS como «doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/ deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados».

Segundo Machado (2009), entende-se por doença crónica como “a enfermidade de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspectos

multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afecta as funções psicológicas, fisiológicas ou anatómicas.”

Ainda segundo Shultz (1995, p.7), “a recaída de uma doença aditiva é o regresso a atitudes, pensamentos, sentimentos, emoções e comportamentos que fazem recuar para a adição activa.”

Os modelos de tratamento têm neste sentido, dedicado esforços em relação à manutenção/estabilização da abstinência. Procura-se compreender este problema e pretende-se implementar propostas de intervenção que visem interromper a sua natureza repetitiva, promovendo uma mudança profunda no plano do comportamento e da saúde mental destes doentes.

Nuno Silva (2005), psicólogo clínico na Unidade de Tratamento e Reabilitação de Alcoólicos do Hospital Miguel Bombarda, refere que “a intervenção psicológica, ao nível da prevenção das recaídas em pacientes alcoólicos tem sido articulada em torno de três eixos: em primeiro lugar, a compreensão dos processos de mudança; em segundo lugar, o desenvolvimento de técnicas de intervenção que visam a maturação motivacional; e por fim, a compreensão do processo de recaída e o aperfeiçoamento de técnicas que têm como objectivo a sua prevenção.”

Segundo Martinet (2003), explica-se a recaída por estar associado à dependência física da substância, também o condicionamento/ dependência psicológica, resultante de um consumo de muitos anos relacionado com determinadas condições e actividades específicas de forma repetitiva.

“O principal mecanismo de defesa utilizado pelas pessoas que abusam de substâncias é a denegação. O indivíduo alcoólico afirma frequentemente coisas como: “se eu quiser, consigo deixar de beber” ou “só preciso de uma pequena bebida para relaxar.””(Neeb 2000, p.271).

De acordo com Prochaska, DiClemente, e Norcross (1992), autores que estudaram profundamente os processos de mudança comportamental no âmbito das condutas aditivas, o processo terapêutico é semelhante a um processo que engloba diferentes fases, sendo que cada uma destas fases representa o estado subjectivo do indivíduo relativamente à mudança. Neste sentido, na sua opinião, o foco situa-se menos nas causas do comportamento aditivo do que no modo como ocorre a mudança comportamental, tanto em ambiente natural como em contexto terapêutico.

Para estes autores, as fases que constituem o processo de mudança e também chamado de Modelo Transteórico, são a fase de Pré-Contemplação, que corresponde à

fase em que os indivíduos não possuem juízo crítico para a existência de um padrão problemático de consumo e por isso não se encontram motivados para realizar alterações no seu comportamento.

Este modelo introduz nas questões relacionadas com a pessoa que tem comportamentos aditivos, um importante contributo, pois invoca conceitos de motivação, de mudança e de prontidão para essa mudança, além de que introduz princípios essenciais que consistem nos estádios de mudança e nos processos e níveis de mudança. A mudança é assim observada como um fenómeno dinâmico.

A segunda fase é denominada de fase da Contemplação, onde pelo contrário os indivíduos começam a problematizar um padrão de consumo, colocando a hipótese de transformação. Neste período surge muitas vezes a ambivalência de sentimentos, onde ponderam sobre as vantagens e desvantagens do consumo e da abstinência.

Finalmente, os indivíduos atingem a fase de Preparação, quando decidem que os benefícios são superiores e a vontade da mudança é desejada, iniciando nesta altura um compromisso com a mudança concreta do comportamento.

Nesta sequência de compromisso, a pessoa entra na fase da Actuação, altura em que é implementado o plano de acção e onde se procura materializar a mudança comportamental. Esta fase é segundo os autores, uma fase activa de relação com o meio envolvente, na qual a utilização dos recursos disponíveis e a resolução de problemas que possam surgir, têm um papel fundamental.

O estágio de Manutenção consiste na consolidação dos objectivos estipulados serem atingidos e pela prevenção da recorrência dos comportamentos alterados.

A recaída é nesta perspectiva considerada como uma manifestação de uma ambivalência residual face à abstinência, ou seja, está relacionada com a predominância no indivíduo de expectativas positivas relativamente ao consumo e/ou a insuficiente interiorização de mecanismos de protecção (assertividade, regulação dos afectos, tolerância à frustração, etc.).

Rosellini (1996, p.4) refere na sua obra que “para se conseguir uma recuperação bem-sucedida para nos sentirmos bem mental e fisicamente, precisamos de ter as cabeças no lugar com um pensamento claro e racional. Para conseguirmos isso temos de reconhecer os nossos padrões de pensamento destrutivo e aprender maneiras de mudar esses padrões negativos em padrões positivos.”

Neste campo, surge uma variável associada ao sucesso terapêutico com doentes em reabilitação do consumo de álcool ou drogas, a entrevista motivacional. Esta foi

desenvolvida como “um estilo directivo, centrado no cliente com o objectivo de promover a mudança comportamental através da exploração e resolução da ambivalência.” (Miller, 1996).

Desta forma tem-se a motivação como um elemento fundamental para o sucesso das intervenções psicoterapêuticas, e diminuição da ocorrência de recaídas no regresso ao consumo de substâncias psicoactivas, podendo se intervir com a pessoa “ambivalente” em qualquer altura do processo de mudança, favorecendo a evolução motivacional de cada indivíduo no seu processo de recuperação total.

“A recuperação é um processo de mudança, crescimento e amadurecimento.”
(Rosellini, 1996, p.4)

Shultz (1995, p.7) define recaída como “voltar a cair num estado anterior, ou voltar a uma fase activa de uma doença depois de uma recuperação parcial.”

2.5.- Modelos e teorias de adesão terapêutica

No âmbito das doenças crónicas, a compreensão do fenómeno da adesão ao regime terapêutico, implica referenciar os vários modelos conceptuais existentes, bem como dar conta dos seus pressupostos teóricos.

Assim sendo, tem-se procurado explicar o fenómeno da adesão ao regime terapêutico, a fim de serem identificados os factores que determinam a disposição dos indivíduos para aderirem às recomendações dos profissionais de saúde, através da criação de vários modelos ou teorias de adesão.

Sugere-se que deste modo, é possível, planear-se uma intervenção mais eficaz para modificar os comportamentos, com o objectivo de promover a saúde, compreendendo as atitudes, crenças e valores dos indivíduos. Leventhal & Cameron (1987, citados em Pais-Ribeiro, 2007).

Assim sendo, segundo, Leventhal e Cameron (1987, citado em Pais-Ribeiro, 2007), o fenómeno da adesão ou não adesão pode ter por base cinco orientações teóricas:

- O Modelo Biomédico que pressupõe que o doente seja um elemento passivo, cumpridor de “ordens” médicas, tendo em conta o diagnóstico e terapêutica prescrita

(WHO, 2003). O doente é, assim, visto como um executor que deve obedecer ao que lhe é solicitado, não participando activamente nas decisões que lhe dizem respeito (Machado, 2009). O modelo biomédico impulsionou o desenvolvimento de novas formas de administração de terapêutica, no sentido de facilitar a adesão do doente, para além de permitir o conhecimento dos níveis de adesão, utilizando para isso medidas directas, e valores bioquímicos (Machado, 2009).

- O Comportamento operante e a teoria da aprendizagem social evocam a importância do reforço positivo e negativo, como mecanismo que influencia o comportamento do doente na adesão ao regime terapêutico (WHO, 2003). Este modelo é mais adequado quando se pretende a aprendizagem e o desenvolvimento de capacidades para realizar actividades relacionadas com o regime terapêutico, dando enfoque aos estímulos que desencadeiam o comportamento, às recompensas que o reforçam, e à sua automatização após ocorrências suficientes (Machado, 2009; Pais-Ribeiro, 2007).

- A Abordagem Comunicacional incentiva os profissionais de saúde a melhorarem as suas competências de comunicação com os doentes (WHO, 2003). Permite que fosse evidenciada a educação dos doentes e o desenvolvimento de relações de parceria entre estes e os profissionais de saúde (Machado, 2009).

Este modelo tem promovido o aumento da satisfação dos doentes relativamente aos cuidados de saúde prestados, sendo necessário que o profissional interaja e crie relações cordiais com o doente. No entanto, estas não bastam para efectivar mudanças nos comportamentos de adesão à terapêutica (WHO, 2003). Assim, uma boa adesão envolve factores como a passagem de eficaz informação sobre os objectivos específicos e o modo de os alcançar, que engloba, por um lado, uma adequada recepção, compreensão e encaixe da mensagem pelo doente, e por outro lado, a aceitação ou crença na substância da mensagem e consequente acção de opção pela adesão (Pais-Ribeiro, 2007).

- A Teoria da crença racional “assume que todo o comportamento humano é causado por um processo de pensamento lógico e objectivo” (Pais-Ribeiro, 2007, p. 240). O indivíduo adopta comportamentos de preservação da sua saúde, tendo em conta a avaliação que faz dos riscos, benefícios e consequências que possam interferir na sua

saúde. Deste modo, a sua falta de conhecimentos neste processo de avaliação, estará na origem da não adesão ao regime terapêutico (Pais-Ribeiro, 2007).

●Na Teoria dos Sistemas o indivíduo é visto como alguém activo que se envolve e que resolve de forma activa os seus problemas. As representações cognitivas que este detém sobre a sua saúde, as suas expectativas, projecções acerca do seu estado, planos e técnicas para o alterar, influenciam a adesão ao tratamento (Pais-Ribeiro, 2007).

Machado (2009) evidencia, no entanto, que nenhum modelo se adapta totalmente a todas as situações, devido à variedade de patologias e de regimes terapêuticos existentes.

Desta forma, a autora ressalta que uma abordagem com recurso a vários modelos ou teorias de adesão parece ser a estratégia mais eficaz.

2.6.- Intervenções e estratégias

Considerando esta variedade de factores que potenciam a não adesão terapêutica, devem ser promovidas intervenções e estratégias de enfermagem no sentido de contrariar esta tendência e que possam facilitar este processo, com o princípio de que cada doente é um ser social único, em interacção com o ambiente, com um projecto de vida, procurando constantemente o equilíbrio (Machado, 2009).

Galán citado em Correia (2007), refere dois tipos de variáveis relacionadas com os factores que promovem a adesão terapêutica. Estas variáveis relacionam-se segundo o autor, com o ser humano e com a situação vivida, identificando nas variáveis relacionadas com o ser humano, os factores da idade, a percepção e identificação dos sintomas do problema de saúde presente, o deficit de conhecimentos e de estratégias para a adesão, as crenças e percepções individuais de saúde, os benefícios do tratamento, a capacidade de adaptação e a manutenção do regime terapêutico. Por outro lado, das variáveis relacionadas com a situação, evoca a complexidade do tratamento, o grau de adversidade, a ausência de resultados desejados rapidamente, os efeitos secundários indesejados, a duração do tratamento, o apoio ambiental no qual insere o stress e por último, com um destaque significativo, a família como factor importante na promoção da adesão.

Segundo a OMS (2003), é fundamental fomentar a formação de profissionais de saúde competentes para intervir sobre esta problemática, criar políticas que promovam o desenvolvimento de serviços de saúde que dêem resposta não só aos problemas agudos, mas também ir de encontro à crescente necessidade de prestar cuidados a pessoas com patologia crónica.

Os critérios de intervenção de enfermagem terão de se adaptar às situações específicas, mas seguem um fio de prumo que assenta em três princípios fundamentais: a avaliação e valorização global da situação, a elaboração dum plano integral de tratamento que inclui a reabilitação dos cuidados e o apoio social.

Neste campo, são vários os factores que possibilitam avaliar o sucesso na adesão terapêutica:

- Antecedentes de abandono terapêutico ou de deficiente adesão terapêutica;
- Ausência de um acordo de participação por parte do doente;
- Ausência de efeitos indesejáveis típicos;
- Ausência de elementos de controlo (cuidador informal);
- Ausência de consciência da doença;
- Baixa expectativa terapêutica;
- Baixa aderência a outros aspectos do regime terapêutico;
- Comportamento de desorganização e inibição.

Para Osterberg e Blaschk (2005) os métodos para aumentar a adesão ao regime terapêutico podem ser agrupados em quatro categorias principais: a educação do doente; a comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde e o doente; a posologia e o tipo de fármaco; e a disponibilidade dos serviços de saúde em atender o doente.

Para melhorar a adesão terapêutica, o profissional de saúde deve estabelecer um vínculo com o doente e com o prestador informal de cuidados, através da escuta activa e de uma relação empática, não descurando as características socioculturais e a necessidade de apoio psicossocial (Machado, 2009).

A fim de melhorar a adesão ao regime terapêutico, Bugalho e Carneiro (2004) tipificam dois tipos de intervenção: educacionais, promotoras do conhecimento acerca da medicação e/ou doença, incluindo neste tipo de intervenções, a administração de informação escrita e oral, a utilização de matéria áudio visual e/ou informático e a integração de programas educacionais individuais e em grupo.

As intervenções educativas, que envolvem os doentes e os seus familiares ou os seus cuidadores informais têm-se revelado eficazes na adesão ao regime terapêutico. Para além disso, a comunicação entre os profissionais de saúde e o doente é um ponto fundamental e eficaz para impulsionar um regime de tratamento a seguir (Osterberg & Blaschke, 2005).

O outro tipo de intervenções que estes autores abordam consiste nas intervenções comportamentais, cujo objectivo reside em incorporarem-se na rotina diária dos doentes, mecanismos de adaptação facilitadores para o cumprimento do plano terapêutico proposto. Fazem parte, o aumento da comunicação e aconselhamento, a adequação e simplificação da terapêutica, a estimulação da participação activa dos doentes no seu próprio plano terapêutico, através da auto-monotorização da doença e auto administração da terapêutica, e o fornecimento de reforços positivos pelo cumprimento do esquema proposto.

A explicação e compreensão das suas indicações, efeitos secundários e a forma de os ultrapassar, bem como as exigências ou restrições alimentares, são algumas das estratégias que facilitam a adesão, sendo imprescindível manter o doente informado sobre os progressos e os resultados dos exames laboratoriais (Machado, 2009).

A enfermeira ajuda o paciente a compreender que ele exerce um certo controlo sobre o que lhe fazem e que ele participa na sua cura. Muitos pacientes sentem-se pouco implicados na sua cura e no seu tratamento; muitas vezes é a enfermeira que ajuda o paciente a recuperar o sentimento de que participa, e a um certo controlo sobre as coisas. (Benner, 2001, p.87).

MacLaughlin et al. (2005, citado em Henriques, 2006), através de uma abordagem multidisciplinar, recorrendo a intervenções combinadas (educacionais e comportamentais) e ajudas electrónicas, constataram que a taxa de adesão foi de 70 a 90%, enquanto que Bugalho e Carneiro, (2004) referem apenas um aumento da taxa de adesão de 4 a 11% com a utilização de cada um dos vários tipos de intervenções de forma isolada.

Desta forma, devido aos múltiplos factores que contribuem para a baixa adesão ao regime terapêutico, é necessária uma abordagem multifactorial, uma vez que uma única abordagem não será eficaz para todos os doentes (Osterberg & Blaschke, 2005).

Torna-se, portanto fundamental monitorizar o processo de adesão ao regime terapêutico, implicando validar o seu decurso.

Existem diversos métodos de avaliação da adesão dos doentes ao regime terapêutico, que se agrupam em directos e indirectos, e por sua vez, ambos os grupos apresentam vantagens e desvantagens (Margalho et al., 2009).

Os métodos indirectos são os mais frequentemente utilizados. Para além de serem simples, de fácil utilização e apresentarem alta especificidade, requerem a colaboração dos doentes (Oliveira, Pedrosa & Gonçalves, 2008).

Ressalta-se:

- O relatório do doente (apresenta um baixo custo e é de simples aplicação);
- A opinião do médico constitui um método fácil, económico e de alta especificidade, porém apresenta baixa sensibilidade e valoriza a adesão total;
- O método do diário do doente, quando correctamente preenchido, permite realizar uma ligação simples entre os eventos pertinentes relativos à sua patologia, que ocorrem no seu quotidiano, e a sua situação clínica. Todavia, nem sempre existe cooperação do doente ou observação do efeito terapêutico;
- A contagem dos comprimidos é aparentemente o método mais adequado para avaliar o grau de adesão ao regime terapêutico. No entanto, este é um método de fácil manipulação pelo doente (pode perder ou deliberadamente retirar os comprimidos), podendo haver relutância em entregar as caixas da terapêutica vazias. Exige grande colaboração por parte do doente;
- O reabastecimento de terapêutica, como o anterior, fornece a média do grau de adesão. É um teste trabalhoso que necessita de programas informáticos para recolha da informação nas farmácias e de uma centralização de dados;
- A resposta clínica é um teste pouco dispendioso e de fácil aplicação. Contudo há influência de outros factores além da terapêutica (Oigman, 2006);

- Na monitorização electrónica da terapêutica ou System MEMO CAPS – Medication Event Monitoring, os frascos para a colocação da terapêutica são dotados de uma tampa com um microchip que regista a data e hora a que o frasco é aberto e fechado. São dispositivos utilizados pelos doentes como uma caixa de medicamentos normal e a informação recolhida é lida através de um software específico (Martins, Ferreira, Costa e Cabrita, 2006).

Quanto aos métodos directos, estes procuram confirmar se houve a ingestão do fármaco. São por isso mais fidedignos, no entanto mais dispendiosos e menos aplicados à prática (Gusmão et al., 2009). Além disso, torna-se muitas vezes necessário uma intervenção invasiva junto dos doentes, o que leva à rejeição do método.

Dentro destes encontram-se:

- a avaliação das concentrações séricas, realizada através da recolha de várias amostras de fluidos, permitindo assim determinar a concentração do medicamento no organismo.

- a análise sanguínea ao marcador biológico é um teste bastante preciso, mas tal como o método anterior é bastante dispendioso e é necessária a recolha de diversas amostras de fluidos corporais;

- a toma de observação directa, embora precisa, é impraticável no quotidiano, pois entre outros factores, os doentes podem esconder a terapêutica e\ou eliminá-la posteriormente (Gusmão et al., 2009; Margalho et al., 2009).

Assim sendo, e dada a diversidade de métodos de avaliação da adesão terapêutica existentes, deve ser seleccionada a melhor estratégia de avaliação, tendo sempre em conta, a condição da pessoa e do estudo específico, assim como se deve valorizar a validade e a especificidade do instrumento de medida que se vai utilizar.

3- OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

3.1.- Caracterização dos contextos de estágio

Neste ponto, é essencial referir os dois locais de estágio seleccionados para a concretização deste projecto: a UAL-Unidade de Alcoologia de Lisboa (contexto de internamento) e o ET do Barreiro-Equipa Técnica Especializada de Tratamento do Barreiro (contexto comunitário). Para determinar os locais de estágio contei com a orientação da Enfermeira e Professora Lúcia Vaz Velho, que de resto me presta um precioso apoio na concepção e construção deste projecto.

O desenvolvimento e operacionalização deste projecto comportam uma etapa fundamental do caminho traçado para o desenvolvimento das minhas competências como enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica, que visam efectivar a minha prestação de cuidados de enfermagem nesta área. Stuart e Laraia (2001) dão ênfase ao facto de que a competência e a iniciativa pessoal do enfermeiro originam a interpretação do papel de enfermagem e o sucesso da sua implementação.

Pretendo mais concretamente constatar na prática, como no cuidado à pessoa com comportamentos aditivos, a não adesão terapêutica interfere claramente com a ocorrência da recaída.

Na minha perspectiva, e dado não exercer a minha actividade profissional nesta área de cuidados, faz todo o sentido a selecção do tipo de unidades escolhidas para o estágio clínico, pois ambas têm características que acabam por se complementar e contribuir para que possa proceder a uma prestação de cuidados mais eficientes e diferenciados à pessoa com comportamentos aditivos em reabilitação.

Contexto hospitalar

Resolvi iniciar o meu estágio clínico na vertente de internamento na Unidade de Alcoologia de Lisboa, já que considero que me vai permitir aceder a uma experiência importante do ponto de vista relacional. Também decerto me vai auxiliar em adquirir uma bagagem de conhecimentos na área da especialidade em saúde mental e psiquiátrica e na efectuação de intervenções de enfermagem, os quais serão úteis na sua posterior aplicação no estágio de comunidade.

Segundo Phaneuf (2002, p.5), “as habilidades que a enfermeira aplica no quotidiano e que testemunham a sua competência são talhadas no decurso da sua

aquisição das suas qualidades pessoais, dos seus conhecimentos, assim como das suas experiências de vida e de cuidados”.

O internamento na Unidade de Alcoologia é indicado para pessoas com Síndrome de dependência do álcool e/ou outras drogas, que por sua vez não se conseguem manter em recuperação em regime de ambulatório.

A duração do internamento dos clientes é de quatro semanas, podendo estender-se a mais uma semana, caso o cliente concorde. Após este internamento, é proposto ao mesmo o Programa de Pós-Alta, com um período mínimo de seis meses, podendo ir até aos dois anos. Este programa tem o objectivo de dar continuidade e consistência ao trabalho de recuperação iniciado no internamento, mas no ambiente em que o utente vive e conhece bem.

O internamento na Unidade de Alcoologia é feito em regime de porta aberta e os utentes além de cumprirem regras de disciplina e disporem de direitos e deveres, também devem ser activos nas actividades terapêuticas que se praticam. Destas actividades fazem parte, por exemplo, conferências e sessões de informação com famílias, reuniões de alcoólicos anónimos (AA) ou narcóticos anónimos (NA), palestras educativas, psicoterapia emocional de grupo, etc.

O modelo terapêutico do internamento é uma adaptação do Modelo Minnesota visando um projecto de vida que inclua a abstinência total de álcool e outras drogas. O modelo Minnesota baseia-se na filosofia dos 12 Passos dos ALCOÓLICOS/NARCÓTICOS ANÓNIMOS. Consiste num modelo psicoterapêutico de origem humanista cujo objectivo é a abstinência total do consumo de substâncias psicoactivas. Pretende-se com este modelo dar instrumentos à pessoa dependente para modificar as suas atitudes e comportamentos através de um método de trabalho que assenta nos princípios dos grupos de auto-ajuda, grupos de sentimentos, terapia racional-emotiva, palestras educativas, filmes didácticos, terapias individuais, etc. Através destas técnicas o indivíduo adquire uma consciência, até então inexistente, das implicações da sua doença, e consequentemente uma maior responsabilização pela sua recuperação. Também através da partilha, aprende com os outros elementos do grupo a identificar e a lidar de forma construtiva com os seus sentimentos e emoções (RAN, 2012).

O cliente deverá ter um co-responsável no seu tratamento, no fundo, uma pessoa próxima do mesmo que o acompanhe no seu tratamento, nomeadamente nas consultas, na participação em sessões de informação, nas conferências de família, etc.

Por tudo isto, e atendendo ao facto que a Unidade de Alcoologia deverá ser um bom local de aprendizagem e desenvolvimento de competências, efectuei uma reunião com a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária Marta, uma vez que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica David Paniagua, não estava presente. Tinha o objectivo de manifestar interesse em fazer lá o estágio clínico, dando ao mesmo tempo a conhecer os princípios orientadores do meu projecto e também pretendia conhecer a disponibilidade em ser recebida como aluna da Especialidade em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica.

Posteriormente tive também a oportunidade em dar a conhecer as minhas intenções de projecto, ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica David Paniagua, com a finalidade também de confirmar as datas de início, continuidade e fim do estágio clínico na UAL.

Contexto da comunidade

Como refere a autora Townsend (2002, p.720):

O cuidado de saúde mental dentro da comunidade visa à prevenção primária (redução da incidência de distúrbios mentais dentro da população), à prevenção secundária (redução da prevalência da doença psiquiátrica pelo encurtamento do curso da doença) e à prevenção terciária (redução dos defeitos residuais que estão associados à doença mental grave ou crónica).

De facto, com a passagem dos cuidados para a comunidade, pretende-se o desenvolvimento de uma abordagem abrangente em saúde mental, promovendo uma descentralização dos serviços de saúde, melhorando uma directa articulação dos serviços de saúde, promovendo a detecção precoce da doença e a estimulação de hábitos de vida saudáveis.

Segundo Honoré (2002, p.222), “Os pontos de vista mais recentes sobre educação para a saúde põem bem em evidência a importância da implicação de uma população e de uma acção de proximidade nos locais onde se vive.”

Penso que o envolvimento da comunidade local contribui para contrariar a discriminação e o estigma, promove a adesão terapêutica e o respeito pelas pessoas com

comportamentos aditivos e as suas famílias. O que se pretende no final são a reabilitação e a reinserção psicossocial do indivíduo e família.

Para a preparação deste estágio, desenvolvi contactos com a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária Ana Sequeira e posteriormente com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Rui Sequeira do ET do Barreiro-Equipa Técnica Especializada de Tratamento do Barreiro, com o intuito de lá poder desenvolver o meu estágio com a componente comunitária. Nesse dia, a fim de conhecer melhor as particularidades do ET, permaneci durante a tarde junto do Enfermeiro Rui Sequeira, apresentando sumariamente o projecto que pretendo desenvolver na ET e também me informei de algumas actividades lá desenvolvidas.

O ET do Barreiro presta cuidados a pessoas que procuram para si um projecto de recuperação em regime de ambulatório, deixando para trás uma vida de comportamentos aditivos, funcionando no ET, entre outros, o programa de administração de Metadona.

Outro aspecto que considerei essencial para a minha aprendizagem e desenvolvimento foi o facto de na ET se desenvolver o método de Gestor de Caso, sendo os Enfermeiros especialistas em saúde mental, esses gestores de caso.

Nesta perspectiva de Gestor de caso, o enfermeiro é mediador em diversos assuntos que envolvem as necessidades do cliente e família, procurando-se delinear um plano de cuidados individualizado, elaborado em conjunto com o cliente e família.

Desenvolvem também programas de monitorização à abstinência, promovem reuniões de grupos de prevenção da recaída, grupos de famílias, fazem reuniões de gestores de caso, etc.

O meu orientador em estágio clínico será o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Rui Sequeira.

3.2.- Objectivos e estratégias

Aqui são descritos a finalidade e objectivos específicos a que a discente se propõe, assim como as actividades que pensa em realizar ao longo do estágio, a fim de conseguir alcançar os respectivos objectivos traçados.

Os objectivos são o ponto de partida para se delimitarem as acções que se pretendem desenvolver, que devem por sua vez ser coincidentes com os conhecimentos

científicos, teóricos e práticos apreendidos ao longo do curso e da experiência profissional.

Assim sendo, como finalidade, pretendo desenvolver competências da prática clínica na área especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, visando prestar cuidados ao adulto com comportamentos aditivos em reabilitação, intervindo de uma forma mais específica na promoção da adesão terapêutica, quer em ambiente de internamento, quer na comunidade.

• OBJECTIVO ESPECÍFICO 1

Desenvolver as capacidades de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional, inerentes à formação especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Actividades e estratégias:

- Realização de momentos de introspecção (minhas crenças, valores, hábitos, receios), com posterior reflexão escrita numa lógica de auto-avaliação:
- ✓ Identificação de estratégias de coping, mecanismos de protecção e defesa que utilizo;
- ✓ Reflexão sobre o meu percurso profissional;
- ✓ Identificação e gestão de fenómenos de transferência e contra-transferência.
- Reuniões com pares;
- Reuniões de supervisão com orientador de estágio e docente escolar;
- Revisão da literatura e pesquisa bibliográfica orientada para a temática.

• OBJECTIVO ESPECÍFICO 2

Identificar e ser uma participante activa no trabalho desenvolvido pelas equipas multidisciplinares, em especial, pelas equipas de enfermagem, na UAL- Unidade de Alcoologia de Lisboa e no ET do Barreiro na área da saúde mental e psiquiátrica.

Actividades e estratégias

- Visitar as instituições desta área de intervenção de cuidados;

- Integração nas duas unidades de prestação de cuidados conhecendo os recursos humanos, físicos e materiais à disposição da equipa multidisciplinar;
- Aprofundar conhecimentos sobre legislação específica, conhecer a filosofia, missão e objectivos das instituições, modelo de cuidados, métodos de trabalho e os projectos em desenvolvimento nas unidades;
- Integração nos projectos de actividades desenvolvidas nas unidades;
- Identificação e participação nas intervenções da equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar, nos projectos terapêuticos, com especial ênfase nas actividades desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Caracterização das principais necessidades e recursos dos utentes e famílias que me proponho acompanhar;
- Identificação e desenvolvimento de estratégias utilizadas junto das pessoas que me proponho acompanhar, com o sentido de promover a adesão terapêutica;
- Desenvolver intervenções no âmbito:
 - ✓ Do acolhimento;
 - ✓ Na preparação da alta;
 - ✓ Na prevenção de recaídas.
- Participar na monitorização que é feita junto da pessoa e dos cuidadores familiares em reabilitação no pós alta;
- Visitar o ET da Parede a fim de tomar conhecimento do trabalho lá realizado, essencialmente na temática das recaídas;
- Dar continuidade no contexto deste objectivo à:
 - ✓ Reflexão sobre a prestação de cuidados realizados pelas equipas de enfermagem;
 - ✓ Realização de supervisão das práticas;
 - ✓ Reflexão sobre as minhas práticas.
- Pesquisa bibliográfica.

• OBJECTIVO ESPECÍFICO 3

Intervir com a pessoa com comportamento aditivo em reabilitação, focando-me no fenómeno da adesão terapêutica versus recaída, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário.

Actividades e Estratégias

- Revisão bibliográfica e aprofundar conhecimentos teórico-práticos;
- Participação nas reuniões dos grupos terapêuticos;
- Diagnóstico das necessidades das pessoas e famílias que me proponho acompanhar, relacionadas com a adesão terapêutica;
- Participar e desenvolver actividades socio terapêuticas, psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais de acordo com os diagnósticos de enfermagem e avaliar os resultados das intervenções efectuadas;
- Desenvolver intervenções psicoeducativas no âmbito de reforçar a importância da adesão terapêutica no processo de reabilitação;
- Identificar e gerir com a pessoa e família, situações de risco de recaída e continuidade de cuidados, promovendo a abstinência de drogas ou álcool;
- Desenvolver intervenções psicoterapêuticas, escuta activa, promover a partilha de sentimentos e emoções, promover o fenómeno da adesão terapêutica, no âmbito da modalidade “Gestor de Caso”.

4. - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração deste projecto, que deverá ser aplicado ao longo dos dois períodos de estágio, pode-se realçar que foi particularmente interessante a introspecção, reflexão e previsão futura que o mesmo exigiu, assim como todo o trabalho de pesquisa necessário para a fundamentação teórica do tema escolhido.

Apesar da sua construção e desenvolvimento ter sido complexa por se manter ainda num plano teórico, a definição dos objectivos a atingir nos locais de estágio, das competências pretendidas e das actividades e estratégias a desenvolver, revelou-se essencial como forma de estruturar e sistematizar o que é pretendido na unidade curricular Opção II.

A existência de um ponto de partida torna de facto o início desta fase, mais simples e organizado.

Ressalta-se novamente o aspecto do projecto, não ser algo estanque, sendo o que foi referido e planeado, ser passível de ser alterado ou acrescentado ao longo de todo o processo de implementação do mesmo.

Segundo Barbier (1993, p.57), o projecto trata-se de “uma antecipação, mas de uma antecipação que apresenta um carácter dinâmico devido a ser menos relativa a um estado do que a um processo.”

Deste modo, todas as dificuldades, assim como as mudanças e alterações a realizar serão especificadas detalhadamente no relatório final.

5. -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, Helcia et al. (2007). *Adesão a Tratamentos entre Idosos. Comunicação em Ciências da Saúde*. 18 (1). Brasília (Janeiro/Março 2007), 57-67.
- Barbier, J. (1993). *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto: Porto Editora. p.238. ISBN 972-0-34106-8.
- Barnum, B. S. (1998). *Nursing Theories: An Overview*. Philadelphia.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Collière, M.F. (1999). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem (3ª ed.)*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN: 972-757-109-3.
- Conrad, P. (1985). *The meaning of medications: Another look at compliance*. *Social Science & Medicine*, 20. 29-37.
- Gusmão, J. L. et al. (2009). *Adesão ao Tratamento em Hipertensão Arterial Sistólica Isolada*. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 16 (1). (Janeiro/Março 2009). 38-43.
- Henriques, M. P. (2006). *Adesão ao Regime Terapêutico em Idosos*. Tese de Doutoramento não publicada. Lisboa: Universidade de Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Honoré, Bernard. (2002). *A saúde em projecto*. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-31-2.
- Howk, C. (2004). *Hildegard Peplau. Enfermagem psicodinâmica*. trad. de A. R. Albuquerque. In TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R., ed. lit. - Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. Loures: Lusociência. 423-444.
- Lomba, L. (2006). *Os jovens e o consumo de drogas. Novas drogas e ambientes recreativos*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-29-1.15-34.
- Machado, M. (2009). *Adesão o Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros*. Instituto de Educação e Psicologia.
- Margalho, R. et al. (2009). *Métodos de avaliação e observação clínica de adesão à TARv*.

- Oliveira, T., Pedrosa, L. & Gonçalves, R. (2008). *Estudo Da Hipertensão Arterial Sistêmica: Repercussões Quanto a Adesão ao Tratamento*. Revista Triangulo. 1 (1). 97-110.
- Martinet, Y. & Bohadana, A. (2003). *O Tabagismo: da Prevenção à Abstinência*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN:972-796-030-8.
- Martins, A., Ferreira, A., Costa, F. & Cabrita, J. (2006). *Como Medir (ou Não Medir) a Adesão à Terapêutica de Erradicação*. Pharmacy Practice. 4 (2). 88-94.
- Meleis, A. (1997). *Theoretical Nursing: Development e Progress*. (3ª ed.). New York: Lippincott.
- Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto. ISBN: 972-8535-82-1.
- Miller, W. (1996). *Motivational Interviewing: Research, Practice, and Puzzles*. Addictives Behaviors. mvol.21, nº6. pp. 835-842.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Negreiros, Jorge (2001). *A prevenção do consumo de drogas: Teoria, Investigação e Prática. A Pedra e o Charco: Sobre o conhecimento e intervenção nas drogas*. Almada: Íman Edições. ISBN 972-8665-11-3. pp. 275-296
- Nunes, L. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento*. Catálogo da Classificação para a prática de enfermeiros. Edição Ordem dos Enfermeiros.
- Oigman, W. (2006). *Métodos de Avaliação da Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo*. Revista Brasileira de Hipertensão. 13 (1). (Janeiro/Março 2006). 30-34.
- Osterberg, L. & Blaschke, T. (2005). *Drug Therapy: Adherence to Medication*. The New England Journal of Medicine. 353. Pp. 487-497.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório Global da situação sobre álcool e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Climepsi.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 92-95040-36-8.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). - *Revista nº 26*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Peplau, H.E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referência conceptual para la enfermería psicodinâmica*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Peplau, H.E. (1991). *Interpersonal relation in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*: Springer Pub.
- Peplau H.E. (1992). *Interpersonal relations: a theoretical framework for application in nursing practice*: Nursing Science Quarterly 5.
- Peplau, H. E. (1993). *Nursing pioneers: The Peplau legacy (Interview by Phil Barker)*. *Nursing Times*.
- Phaneuf, M. (2001) – *Planificação de cuidados: um sistema integrado personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). *In search of how people change: Applications to addictive behaviors*. Vol.47. *American Psychologist*. pp.1102-1114.
- Roselini, M. (1996). *Pensamento destrutivo*. Edições ATT. ISBN 972-8272-15-4.
- Schultz, S. (1995). *Voltar de uma recaída*. Lisboa: Colares Editora.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, N. (2005). *Motivação e mudança: de Sísio a Heráclito*. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca. Lisboa: Psylogos, pp 61-64.
- Steiner, J. & Earnest, M. (2000). *The Language of Medication-Taking*. *Annals of Internal Medicine*. *American College of Physicians*. 132 (11). (June 2000). 926-930.

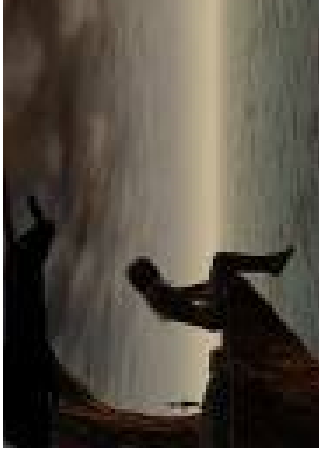
- Telles-Correia, Barbosa, A., Mega, I., Barroso, E. & Monteiro, E. (2007). *Adesão no Transplante. Acta Médica Portuguesa*. 20:73-85.
- Telles-Correia & Diogo *et al.* (2008). *Validação do Questionário Multidimensional da Adesão no Doente com Transplante Hepático. Acta Médica Portuguesa*. 21 (1). Pp. 31-36.
- Townsend, M. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de cuidados* (3^a ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- WHO. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. WHO. (Cap. XIII, pp. 107-114).

APÊNDICE XVII
Apresentação em Seminário do Projeto de Estágio

**3.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA ANO LECTIVO 2011/2012**

Projecto de Estágio

**Unidade Curricular: Opção II
“O Cuidado à Pessoa com Comportamentos Aditivos:
Toxicod dependência e Alcoolismo.”**



Discente:

Carla Sofia de Moura Alves – n.º 4550

Lisboa

18 de Junho de 2012

Regente:

Sr.ª Professora Luísa D’Espiney

Sob Tutoria:

Sr.ª Professora Lúcia Vaz Velho

TEMA: “O Cuidado à Pessoa com Comportamentos Aditivos: Toxic dependência e Alcoolismo.”

PROBLEÁTICA: adesão terapêutica versus recaída.

PERTINÊNCIA:

● Surge frequentemente relacionada com as falhas de tratamento e com a reabilitação da pessoa com comportamentos aditivos;

● Segundo ao OMS (2003), a pessoa com perturbação crónica tem dificuldade em aderir à terapêutica.

Apenas 50% das pessoas com perturbação crónica cumprem o projecto terapêutico negociado.

(OMS, 2003)

- **As doenças crónicas assim como o envelhecimento da população são hoje em dia uma das grandes preocupações das instituições governamentais no âmbito da saúde, com repercussões a nível social, pessoal, familiar, e ao nível da economia.**
- **Se o doente tiver dificuldade em negociar e executar o tratamento, a probabilidade de internamento pode aumentar, o que significa mais despesas para o sistema de saúde.**
- **Esta temática abrange vários sectores da sociedade e diferentes faixas etárias ao longo dos anos.**
- **Enquanto profissional prestadora de cuidados numa Urgência Central, contacto frequentemente com populações/pessoas em risco associadas ao consumo de substâncias psicoactivas.**

A OMS (2002), por meio do Relatório Mundial de Saúde, Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança, referia que:

- Cerca de 450 milhões de pessoas sofriam de perturbações mentais ou neurobiológicas ou, então, de problemas psicossociais, como os relacionados com o abuso de álcool e de drogas;
- Além do sofrimento inerente à *necessidade* de *consumo* cruzavam-se paralelamente, as fronteiras do estigma, da vergonha, da exclusão e, mais frequentemente da morte;
- Intervir nesta área implica uma alteração das políticas de saúde que muitas vezes são formuladas fora do contexto real;
- Cada vez é mais premente a necessidade de no futuro se proceder de forma mais eficaz e periódica, à identificação das realidades sociais, políticas e económicas a nível local, regional e nacional.

Mais recentemente, um estudo feito pela OMS (2010), divulgado em Fevereiro de 2011, pelo ‘Relatório Global da Situação Sobre Álcool e Saúde’ alerta que:

- O álcool causa quase a nível mundial, 4% das mortes, mais do que as doenças infecto-contagiosas como o HIV, a Tuberculose e até mesmo mais que a violência;
- Beber em excesso é um grande problema não só dos países subdesenvolvidos, como também dos países desenvolvidos;
- Contabilizam-se quase 2,5 milhões de mortes por ano, por causas relacionadas com o consumo de álcool;

Um estudo feito pela OMS (2010), divulgado em Fevereiro de 2011, pelo ‘Relatório Global da Situação Sobre Álcool e Saúde’ alerta que (Cont.):

- O consumo excessivo do álcool aumenta em pessoas jovens, e este constitui-se como sendo o principal factor de risco de morte entre homens dos 15 aos 59 anos, em todo o mundo.
- Os indivíduos de sexo masculino, praticam um consumo de risco muito mais elevado do que os indivíduos de sexo feminino, em todas as regiões, em que os homens superam as mulheres numa porção de 4/1.

Na realidade nacional, o relatório anual de 2010-A Situação do País em matéria de Drogas e Toxicodependências do Instituto da Droga e Toxicodependência (I.D.T.) apresentado à Assembleia da República, revela que:

- Num segundo inquérito nacional ao consumo, que abrangeu indivíduos entre 15 e 64 anos, a percentagem da população portuguesa que já consumiu drogas alguma vez na vida **aumentou de 7,8% em 2001 para 12% em 2007.**

(I.D.T., 2011)

Pertinência para o cuidado de Enfermagem Especializado:

- Através das suas intervenções quer na promoção da adesão terapêutica, quer na consciencialização do cliente e família do seu problema;
- Na ajuda que presta ao cliente e família na negociação/intervenção para estes atingirem/descobrirem o seu ponto de equilíbrio e bem estar;
- No envolvimento e apoio prestado à pessoa/família, quer como parceiro quer como cuidador.

▪ **NA PERSPECTIVA DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL**
(*Eu pessoa enfermeira*)

- O objectivo não é encontrar o Enfermeiro competente em todos os campos, apesar das circunstâncias ou do nível de formação.

BENNER (2001)

- A competência da Enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando os meios mais adaptados para o conseguir.

COLLIÈRE (1999)

▪ O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) no n.º 3 do artigo 4.º define o Enfermeiro Especialista como:

“Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...) reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados (...)”

(REPE, 1996)

▪ A Ordem dos Enfermeiros (2007) refere que os enfermeiros especialistas devem possuir competências acrescidas, que são:

“(...)competências que permitem responder de uma forma dinâmica às necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos. (...)”

(OE, 2007)

▪ Enquadramento Conceptual do Modelo Teórico de Hildegard Peplau



Quadro de referência em Enfermagem, a **Teoria das Relações Interpessoais**, desenvolvida por **Hildegard E. Peplau**.



O foco principal da intervenção está concentrado no Enfermeiro e no doente, no sentido da identificação de conceitos e princípios que oferecem significado às **relações interpessoais** que se estabelecem na prática de cuidados, (...) estas constituem-se em situações de **aprendizagem e crescimento pessoal para ambos**.

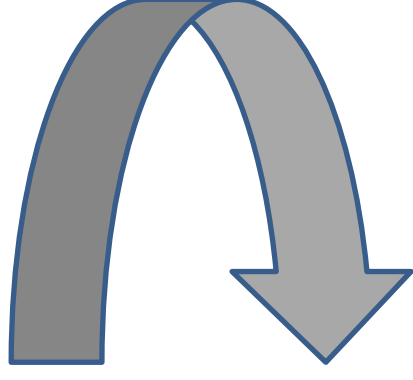
- Este modelo de Enfermagem de inspiração dinâmica que me proponho trabalhar e desenvolver, permite-me fazer um percurso de aprendizagem como EESMP numa lógica *Vai e Vem* em que está implícita uma supervisão da relação na promoção do conhecimento de si, e consequente crescimento dos actores envolvidos nestes *setting* terapêutico.



- Há um evidenciar da visão centrada na pessoa, na qual são valorizadas as suas experiências, expectativas, valores e crenças, como valores fundamentais.

▪ Enquadramento teórico

- Adição
- Pessoa adita
- Factores de risco
- Adesão /não adesão terapêutica
- Cuidadores familiares
- Co- dependência
- Modelos Terapêuticos
- Intervenções e Estratégias de Enfermagem
- Alguns conceitos



Recidiva



Entrevista Motivacional

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA



CRONOGRAMA

Ano	2012												2013								
	Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro			Fevereiro								
Dias	1/5	8/12	15/19	22/26	29/2	5/9	12/16	19/23	26/30	3/7	10/14	17/19	20/2	3/4	7/11	14/18	21/25	28/1	4/8	11/15	
Hospital	[Red bar]												Férias								
Comunidade							[Orange bar]			[Orange bar]			Natal		[Orange bar]						

Distribuição por campos de estágio:



UAL-Unitade de Alcoologia de Lisboa.



ET do Barreiro-Equipa Técnica Especializada de Tratamento do Barreiro.

2013 - Realização do Relatório Final		
Março	Fevereiro	Março
18 / 22	25 / 01	4 / 08

OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

- **Contexto hospitalar:** vertente de internamento na Unidade de Alcoologia de Lisboa.
- **Contexto da comunidade:** ET do Barreiro- Equipa Técnica Especializada de Tratamento do Barreiro.
- **Finalidade:**
 - Desenvolver **competências** da prática clínica na área **especializada** de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, visando prestar cuidados ao adulto com comportamentos aditivos em reabilitação, intervindo de uma forma mais específica na promoção da adesão terapêutica, quer em ambiente de internamento, quer na comunidade.

● OBJECTIVO ESPECÍFICO 1

Desenvolver as capacidades de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional, inerentes à formação especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Actividades e estratégias:

- Realização de momentos de introspecção (minhas crenças, valores, hábitos, receios), com posterior reflexão escrita numa lógica de auto-avaliação:
 - ✓ Identificação de estratégias de coping, mecanismos de protecção e defesa que utilizo;
 - ✓ Reflexão sobre o meu percurso profissional;
 - ✓ Identificação e gestão de fenómenos de transferência e contra-transferência.
- Reuniões com pares;
- Reuniões de supervisão com orientador de estágio e docente escolar;
- Revisão da literatura e pesquisa bibliográfica orientada para a temática.

• OBJECTIVO ESPECÍFICO 2

Identificar e ser uma participante activa no trabalho desenvolvido pelas equipas multidisciplinares, em especial, pelas equipas de enfermagem, na UAL- Unidade de Alcoologia de Lisboa e no ET do Barreiro na área da saúde mental e psiquiátrica.

Actividades e estratégias:

- Visitar as instituições desta área de intervenção de cuidados ;
- Integração nas duas unidades de prestação de cuidados;
- Aprofundar conhecimentos sobre legislação específica, conhecer a filosofia, missão e objectivos das instituições, modelo de cuidados, métodos de trabalho e os projectos em desenvolvimento nas unidades.
- Integração nos projectos de actividades desenvolvidas nas unidades;

Cont.- objectivo 2.

- Identificação e participação nas intervenções da equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar, nos projectos terapêuticos, com especial ênfase nas actividades desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Caracterização das principais necessidades e recursos dos utentes e famílias que me proponho acompanhar;
- Identificação e desenvolvimento de estratégias utilizadas junto das pessoas que me proponho acompanhar, com o sentido de promover a adesão terapêutica;
- Desenvolver intervenções no âmbito:
 - ✓ do acolhimento;
 - ✓ na preparação da alta;
 - ✓ na prevenção de recaídas.

Cont.- objectivo 2.

- Participar na monitorização que é feita junto da pessoa e dos cuidadores familiares em reabilitação no pós alta;
- Visitar o ET da Parede a fim de tomar conhecimento do trabalho lá realizado, essencialmente na temática das recaídas;
- Dar continuidade no contexto deste objectivo à:
 - ✓ Reflexão sobre a prestação de cuidados realizados pelas equipas de enfermagem;
 - ✓ Realização de supervisão das práticas;
 - ✓ Reflexão sobre as minhas práticas.
- Pesquisa bibliográfica.

● OBJECTIVO ESPECÍFICO 3

Intervir com a pessoa com comportamento aditivo em reabilitação, focando-me no fenómeno da adesão terapêutica versus recaída, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário.

Actividades e Estratégias

- Revisão bibliográfica e aprofundar conhecimentos teórico-práticos;
- Participação nas reuniões dos grupos terapêuticos;
- Diagnóstico das necessidades da pessoa e família que me proponho acompanhar, relacionadas com a adesão terapêutica;
- Participar e desenvolver actividades socio terapêuticas, psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais de acordo com os diagnósticos de enfermagem e avaliar os resultados das intervenções efectuadas;

Cont.- objectivo 3.

- Desenvolver intervenções psicoeducativas no âmbito de reforçar a importância da adesão terapêutica no processo de reabilitação;
- Identificar e gerir com a pessoa e família, situações de risco de recaída e continuidade de cuidados, promovendo a abstinência de drogas ou álcool.
- Desenvolver intervenções psicoterapêuticas, escuta activa, promover a partilha de sentimentos e emoções, promover o fenómeno da adesão terapêutica, no âmbito da modalidade “Gestor de Caso”.

■ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, Helcia et al. (2007). *Adesão a Tratamentos entre Idosos. Comunicação em Ciências da Saúde. 18 (1)*. Brasília (Janeiro/Março 2007). Pp. 57-67.
- Barbier, Jean-Marie. (1993). *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto: Porto Editora. 238p. ISBN 972-0-34106-8.
- Barnum, B. S. (1998). *Nursing Theories: An Overview* Philadelphia
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bugalho, António; Carneiro, António Vaz (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Collière, M.Françoise (1999). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 3º Edição. ISBN: 972-757-109-3
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Negreiros, Jorge (2001) – *A prevenção do consumo de drogas: Teoria, Investigação e Prática*. RIBEIRO, João Paulo; TORRES, Nuno – *A Pedra e o Charco: Sobre o conhecimento e intervenção nas drogas*. Almada: Íman Edições. ISBN 972-8665-11-3. p.275-296
- Organização Mundial da Saúde. (2002)- *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Climepsi.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005).- *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 92-95040-36-8
- Osterberg, Lars; Blaschke, Terrence (2005). *Drug Therapy: Adherence to Medication. The New England Journal of Medicine*. 353. Pp. 487-497.
- Pais-Ribeiro, José Luís (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Peplau, H.E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referência conceptual para la enfermería psicodinâmica*. Barcelona: Masson- Salvat.
- Peplau, H.E. (1991). *Interpersonal relation in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Pub
- Telles-Correia, Diogo et al. (2008). *Validação do Questionário Multidimensional da Adesão no Doente com Transplante Hepático*. *Acta Médica Portuguesa. 21 (1)*. Pp. 31-36.
- Townsend, M. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de cuidados* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- WHO (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. WHO. (Cap. XIII, pp. 107-114).

APÊNDICE XVIII
Resultados da Aplicação da Escala MAT
aos doentes internados sem tratamento dos dados

Escala de Adesão aos Tratamentos-Resultados obtidos-25 doentes

UAL-22/11/2012

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre:2
Quase sempre:1
Com frequência:1
Por vezes:7
Raramente:6
Nunca:8

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre:-
Quase sempre:2
Com frequência:1
Por vezes:9
Raramente:8
Nunca:5

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre:4
Quase sempre:5
Com frequência:1
Por vezes:2
Raramente:5
Nunca:8

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre:1
Quase sempre:2
Com frequência:-
Por vezes:4
Raramente:2
Nunca:16

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre:1
Quase sempre:-
Com frequência:1
Por vezes:2
Raramente:4
Nunca:17

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre:1
Quase sempre:1
Com frequência:-
Por vezes:6
Raramente:4
Nunca:13

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre:4
Quase sempre:1
Com frequência:1
Por vezes:3
Raramente:5
Nunca:11

APÊNDICE XIX
Autoavaliação das Práticas Clínicas

APRECIÇÃO GLOBAL REALIZADA PELO FORMANDO: ①

Penso que neste estágio tive um percurso excelente, conseguindo atingir os objetivos propostos. Em relação ao meu desenvolvimento pessoal e profissional, procurei conhecer os meus estados internos, monitorizando as minhas reações emocionais e comportamentais através da realização de um continuum de reflexividade e da utilização da escala de avaliação de auto-eficácia geral, em diversos momentos ao longo do estágio. Apesar de ter sido um pouco deficiente no início a utilização de instrumentos de análise e reflexão, depois tornou-se um constante. Demonstrei flexibilidade para lidar com a mudança, sendo congruente nas minhas atitudes e comportamentos que foram adequados quer com os doentes, quer com a equipa multidisciplinar. Neste sentido, gestionei-me a mim e aos outros, por exemplo quanto às normas de ser, estar e fazer, quanto aos modelos de trabalho, quanto às especificidades das competências do enfermeiro especializado em saúde mental, perspectivando o meu desenvolvimento como pessoa e enfermeira.

↳

APRECIÇÃO GLOBAL REALIZADA PELO FORMANDO: (2)

No que diz respeito ao planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem, nas minhas intervenções procurei avaliar as necessidades e factores promotores do bem estar no doente e família, assim como detectar os seus factores de vulnerabilidade. Particpei nas passagens de turno, nas reuniões de carácter multidisciplinar a de enfermagem, interagindo-me com o doente e família aproveitando os momentos de contacto a fim de implementar cuidados individualizados de saúde mental. Fiz uma revisão bibliográfica e questionei principalmente os enfermeiros orientadores e a história, de forma a poder aplicar principais métodos e técnicas adequadas na gestão, implementação e avaliação dos cuidados. Neste sentido, executei por exemplo intervenções psicoterapêuticas tais como jogos terapêuticos, uma sessão de relaxamento de "Imaginação guiada" e uma palestra sobre a importância da adesão terapêutica, demonstrando conhecimentos mais consolidados

↳

APRECIÇÃO GLOBAL REALIZADA PELO FORMANDO: ③

ao longo do tempo e uma maior cetero no que diz respeito às competências de saúde mental adquiridas. Quanto ao relacionamento terapêutico tive a cautela de preservar a integridade do processo terapêutico, utilizando por exemplo estratégias de comunicação terapêutica como a escuta activa, o respeito, a honestidade, a congruência, a empatia, a confrontação, perante as indicações verbais e não verbais emitidos na relação terapêutica, visando sempre a diminuição do sofrimento do doente e família. Neste processo penso assim que tive uma atitude auto-reflexiva mobilizando conhecimentos relativamente à minha prática de cuidados, enfatizando sempre a importância da comunicação terapêutica como facilitadora do acto de cuidar. Quanto ao desenvolvimento e consecução do projecto de estágio, foi uma constante a procura actualizada de conhecimentos científicos, técnicos e relacionais para dar resposta aos objectivos do mesmo e complementando o meu processo de aprendizagem. No debate

↳

APRECIÇÃO GLOBAL REALIZADA PELO FORMANDO: (4)

com a equipa de enfermagem e com a tuberculose, mostrei disponibilidade para apresentar e discutir os objectivos e estratégias para a consecução do projecto. Consegui desenvolver uma postura de audição e reflexão constante com os orientadores e Tutoria acerca de obter práticas clínicas mais eficientes e eficazes mobilizando competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, no sentido de alcançar os objectivos propostos.

Em síntese e após esta exposição, considero que o meu estágio de enfermagem de saúde mental e psiquiatria na Unidade de Alcoologia de Lisboa se insere na categoria de Muito Bom.

Carla Alves
nº 4550

APRECIÇÃO GLOBAL REALIZADA PELO FORMANDO: ①

A realização deste percurso na ET do Barreiro permitiu-me continuar a desenvolver conhecimentos no âmbito do desenvolvimento pessoal e profissional, conhecendo os meus estados internos e recursos pessoais de forma a tomar mais consciência de mim, a fim de utilizar a mobilização do meu self como instrumento terapêutico. Mantendo uma postura de contínua reflexão, procurei orientar as minhas intervenções, desenvolvendo principalmente através do cuidado relacional individual ou em grupo, a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da doença mental, o tratamento e a reabilitação psicossocial, implementando cuidados individualizados em saúde mental ao cliente/família com base nas necessidades identificadas. Geri portanto os cuidados especializados de saúde mental, desenvolvendo e aplicando princípios, métodos e técnicas na implementação e avaliação dos mesmos. Desta forma e através da contínua reflexão sobre as minhas atitudes e comportamentos,

↳

APRECIÇÃO GLOBAL REALIZADA PELO FORMANDO (2)

provocando mudanças pessoais e profissionais, perspectivarei o meu desenvolvimento como pessoa e enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.

Quanto ao relacionamento terapêutico, preservei a integridade dos processos terapêuticos, assegurando os limites da mesma e desenvolvi estratégias de comunicação terapêutica, contemplando o estabelecimento de relações de confiança e parceria com o cliente/família. Neste campo, também procurei fazer o cruzamento da atitude reflexiva com a mobilização de conhecimentos científicos, técnicos e humanos de forma a enriquecer na pessoa/família a relação intrapessoal e as relações interpessoais e simultaneamente participar nos cuidados, mobilizando diferentes modelos de intervenção psicoterapêutica.

Quanto ao desenvolvimento e consecução do projecto de estágio na prática clínica, desenvolvi conhecimentos para dar resposta aos objectivos do projecto, discutindo estratégias para a realização do mesmo com

↳

APRECIÇÃO GLOBAL REALIZADA PELO FORMANDO: ③

a tutoria, orientada clínico e equipa multidisciplinar da ET do Barreiro. Também neste campo foi uma constante a atitude reflexiva das práticas clínicas efectuadas em estágio com os orientadores, tutoria e equipa multidisciplinar. Em síntese e após esta exposição, considero que o meu estágio de enfermagem de saúde mental e psiquiatria na ET do Barreiro se inclui na categoria de Muito Bom.

Carla Alves
n.º 4550

