



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Um Percurso em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Andreia Filipa Dias Faleiro

Abril, 2014



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Um percurso em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Por Andreia Filipa Dias Faleiro
Sob orientação da Professora Emília Preciosa Carvalho

Abril, 2014

*“Cada um que passa em nossa vida,
Passa sozinho, mas não vai só
Nem nos deixa sós.
Leva um pouco de nós mesmos,
Deixa um pouco de si mesmo.”*

Antoine de Saint-Exupéry

Resumo

O presente relatório compreende o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no qual se encontram descritas e analisadas as aprendizagens científicas, técnicas, relacionais e comunicacionais adquiridas na unidade curricular estágio.

Neste documento são identificados os objetivos individuais de estágio delineados no projeto individual de estágio seguindo-se a apresentação dos campos de estágio e a descrição crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas no alcance dos objetivos de estágio e paralelamente na obtenção das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica preconizadas e aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros.

No módulo I de estágio, designado por promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção realizado na Unidade de Desabilitação do Algarve, foram desenvolvidas competências no âmbito da prestação de cuidados a utentes com problemas de dependência de substâncias psicoativas, realizamos entrevistas de enfermagem e promovemos a intervenção motivacional e a modificação comportamental na procura de estilos de vida saudáveis.

No segundo módulo de estágio realizado no Serviço de Internamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Portimão, foram desenvolvidas competências no que concerne ao acolhimento dos utentes e seus familiares, às visitas domiciliárias, às dinâmicas de grupo denominadas de “*Desenho Livre*” e “*Comentário de Provérbios*” e às técnicas de relaxamento, particularmente ao “*Relaxamento Progressivo de Jacobson*” e à técnica da “*Respiração Abdominal*” integradas no projeto “*Relaxar é Viver*”.

O módulo III de estágio realizado na Consulta Externa de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Faro permitiu-nos aprofundar conhecimentos teóricos e práticos acerca das consultas de enfermagem, realizar aconselhamentos e encaminhamentos para estruturas e recursos sediados na comunidade, assim como elaborar e implementar o projeto denominado de “*Dinâmicas Musicais na Adolescência*”.

As experiências profissionais adquiridas no decorrer destes três módulos de estágio permitiram o crescimento pessoal e profissional no que concerne ao saber-ser, saber-fazer e saber-saber no contexto da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica, Comportamentos Saudáveis, Reabilitação, Terapia de Relaxamento, Adolescente.

Abstract

This report comprises the training path developed in the Nurse's Masters on Psychiatric and Mental Health, in which are described and analysed the scientific, technical, relational and communicational learning, acquired during the traineeship.

In this document the individual traineeship aims defined in the individual traineeship project are questioned, followed by the presentation of the traineeship areas and the critical and reflective description of the activities developed to achieve the traineeship goals and obtain the skills of a Nurse specialist in Mental and Psychiatric Health approved by the Nurse's Order.

In the traineeship Unit I, designed by Promotion, Diagnostic and Prevention of Lifestyles, carried out in Algarve's *Unidade de Desabilitação*, we developed skills in the care of patients with problems of dependence on psychoactive substances, carried out interviews on Nursing and promoted the motivational intervention as also the change of behaviour to encounter healthy lifestyles.

In the second unit of the traineeship, which took place in the Psychiatric Hospitalization Service of Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.- Portimão, we acquired skills in greeting the patients and their families, residence visits, group works known as "Free draws" and "Comments on Proverbs", relaxation techniques, specially the "Progressive relaxation of Jacobson", and the "Abdominal Respiration" technique integrated in the "*Relaxar é Viver*" project.

The third unit of the traineeship, which took place in *Consulta Externa* of Children Psychiatry, in *Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Faro*, allowed us to deepen theoretical and practical knowledge on nursing consultations, to make suggestions and forward the patients to structures and resources available in the community, as well as to elaborate and implement the "*Dinâmicas Musicais na Adolescência*" project.

The work experience acquired during this three traineeship units allowed the personal and professional growing, in what concerns to be in the know and the know-how of Nursing in the Mental and Psychiatric Health area.

Key Words: Psychiatric Nursing, Health Behavior, Rehabilitation, Relaxation Therapy, Adolescent.

Agradecimentos

À minha família e namorado pelo apoio, presença e força transmitida.

A todos os meus amigos pelo companheirismo e amizade.

À professora Emília Preciosa, ao enfermeiro António Rebelo, ao enfermeiro Bruno Henriques e à enfermeira Carolina Marques pelas críticas construtivas e pelos momentos de ensino/aprendizagem que me facultaram.

Às equipas multidisciplinares da Unidade de Desabilitação do Algarve, do Serviço de Internamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Portimão e da Consulta Externa de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Faro pelo acolhimento, disponibilidade e receptividade.

Aos utentes pelas oportunidades de aprendizagem que me proporcionaram, pois sem eles estes módulos de estágio não seriam possíveis de realizar.

A todos um grande obrigado!

Siglas

CHA – Centro Hospitalar do Algarve

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CRI – Centro de Respostas Integradas

GASMI – Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil

GATO – Grupo de Apoio ao Toxicodependente

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UDA – Unidade de Desabituação do Algarve

Índice

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1 O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	22
1.2 PROJETO DE ESTÁGIO	23
2. DA CONTEXTUALIZAÇÃO À PRÁTICA CLÍNICA	25
2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO	25
2.1.1 MÓDULO I: UNIDADE DE DESABITUAÇÃO DO ALGARVE	26
2.1.2 MÓDULO II: SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, E.P.E. – PORTIMÃO	26
2.1.3 MÓDULO III: CONSULTA DE PEDOPSIQUIATRIA DO CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, E.P.E. – FARO	26
2.2 OBJETIVOS INDIVIDUAIS DE ESTÁGIO E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	27
2.2.1 OBJECTIVOS GERAIS AOS TRÊS MÓDULOS DE ESTÁGIO	27
2.2.2 OBJECTIVOS ESPECÍFICOS PARA CADA MÓDULOS DE ESTÁGIO.....	44
CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	65
ANEXO I - PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO.....	67
ANEXO II - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE DESABITUAÇÃO DO ALGARVE	69
ANEXO III - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, E.P.E. - PORTIMÃO	71
ANEXO IV - CARACTERIZAÇÃO DA CONSULTA DE PEDOPSIQUIATRIA DO CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE, E.P.E. - FARO	73
ANEXO V - ENTREVISTAS DE ENFERMAGEM.....	75
ANEXO VI - SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO ALUSIVA AO TEMA “FASES MOTIVACIONAIS”	77
ANEXO VII- SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO ALUSIVA AO TEMA “ANSIEDADE”	79
ANEXO VIII - SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO ALUSIVA AO TEMA “DEPRESSÃO”	81
ANEXO IX - SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO ALUSIVA AO TEMA “ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO”	83
ANEXO X - SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO ALUSIVA AO TEMA “ALCOOLISMO”	85
ANEXO XI - SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO ALUSIVA AO TEMA “ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO”	87

ANEXO XII - ESTUDO DE CASO	89
ANEXO XIII - POSTER ALUSIVO AO TEMA “RELAXAR É VIVER”	91
ANEXO XIV - FOLHETO INFORMATIVO ALUSIVO AO TEMA “RELAXAMENTO PROGRESSIVO DE JACOBSON”	93
ANEXO XV - FOLHETO INFORMATIVO ALUSIVO AO TEMA “RESPIRAÇÃO ABDOMINAL”	95
ANEXO XVI - ARTIGO CIENTÍFICO “DINÂMICAS MUSICAIS NA ADOLESCÊNCIA: QUE RESULTADOS DE ENFERMAGEM?”	97
ANEXO XVII - DINÂMICAS DE GRUPO.....	99
ANEXO XVIII – PROJETO “RELAXAR É VIVER”	101
ANEXO XIX – DINÂMICA DE GRUPO “DESENHO LIVRE”	103
ANEXO XX– DINÂMICA DE GRUPO “COMENTÁRIO DE PROVÉRBIOS”	105
ANEXO XXI – PROJETO “DINÂMICAS MUSICAIS NA ADOLESCÊNCIA”	107

Introdução

O presente documento surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o intuito de apresentar ao Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) o percurso pedagógico desenvolvido no decorrer dos três módulos de estágio.

A concretização da componente prática que complementou o plano de estudos do curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, decorreu no espaço temporal de 13 de Maio de 2013 a 1 de Fevereiro de 2014 em contextos específicos e diversificados que visavam objetivos igualmente diferenciados, todos com uma duração de 180 horas de contacto físico presencial.

Os estágios são uma etapa crucial e enriquecedora no processo de ensino/aprendizagem, visto que permitem colocar em prática conhecimentos teóricos e científicos e consequentemente desenvolver competências cognitivas, técnicas, humanas, relacionais e comunicacionais.

O presente relatório apresenta de forma minuciosa e objetiva a descrição do percurso formativo da componente prática; esta foi alicerçada nos pressupostos teóricos e científicos, que correspondem às *“etapas percorridas na realização do projeto”* (Fortin, 1999, p.343).

O crescimento pessoal e profissional está profundamente ligado à necessidade de aprofundar, consolidar, analisar e refletir sobre os acontecimentos experienciados, as aprendizagens adquiridas, as atividades e intervenções de enfermagem concretizadas, as dificuldades sentidas, as estratégias implementadas, com o propósito de superar os obstáculos e alcançar os objetivos individuais de estágio delineados, adquirindo assim competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

O relatório apresentado evidencia o percurso efetuado para alcançar os objetivos de estágio delineados no projeto individual, incluindo de forma sistemática e organizada, a interpretação dos conhecimentos e competências adquiridas.

Na Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA), realizou-se o primeiro módulo de estágio no período de 25 de Novembro de 2013 a 1 de Fevereiro de 2014, com a finalidade de promover a modificação comportamental, através da adoção de estilos de vida saudáveis por utentes dependentes de substâncias psicoativas.

O módulo I, promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção, relaciona-se com a compilação das experiências profissionais adquiridas no contexto da toxicodependência, nomeadamente, a realização de entrevistas de enfermagem, sessões de psicoeducação e de aconselhamentos, o estabelecimento da relação terapêutica e comunicacional, a modificação comportamental e intervenção motivacional, a promoção de estilos de vida saudáveis e a reabilitação e reinserção dos utentes na comunidade envolvente ou em comunidades terapêuticas. A preferência por este local de estágio relacionou-se com o facto de este ser um dos grandes problemas que afetam a sociedade dos nossos tempos e de ser necessário reforçar os conhecimentos técnicos e as experiências profissionais para poder intervir de forma competente e assertiva nesta área.

O segundo módulo de estágio retrata a intervenção na crise do adulto, sendo este realizado no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve (CHA), E.P.E. – Portimão, no período compreendido entre 13 de Maio e 13 de Julho de 2013. Este módulo permitiu a consolidação das competências profissionais respeitantes à prestação de cuidados de enfermagem em situações de crise, particularmente no acolhimento, estabelecimento da relação terapêutica e comunicacional, gestão do ambiente terapêutico, realização de dinâmicas de grupo designadas de “*Desenho Livre*” e “*Comentário de Provérbios*”, assim como a execução de técnicas de relaxamento, mais precisamente do “*Relaxamento Progressivo de Jacobson*” e da técnica da “*Respiração Abdominal*”. A escolha deste local de estágio relacionou-se com a necessidade de aprofundar e consolidar conhecimentos teóricos e práticos adquiridos no contexto da especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, de modo a permitir uma intervenção mais competente nas situações de crise.

O terceiro módulo, equivalente à Pedopsiquiatria (módulo opcional) ocorreu no intervalo temporal de 1 de Outubro a 23 de Novembro de 2013, e nele foram adquiridas competências de enfermagem no âmbito da saúde mental e psiquiátrica na infância e adolescência. O presente campo de estágio permitiu o aperfeiçoamento de competências profissionais relativamente ao aconselhamento, relação terapêutica, comunicação, encaminhamentos para instituições e potencialização dos recursos existentes na comunidade e realização de dinâmicas de grupo intituladas de “*Dinâmicas Musicais na*

Adolescência”. A escolha deste campo de estágio relacionou-se com a necessidade em desenvolver competências práticas e aprofundar conhecimentos teóricos acerca da doença mental na infância e adolescência que, sendo uma realidade menos aprofundada por nós até ao momento, afigurava-se como uma necessidade, dadas as situações cada vez mais frequentes na nossa sociedade.

A seleção dos diferentes campos de estágio, apesar de terem sido objeto de uma análise e reflexão aprofundada, estiveram condicionadas pelas capacidades que as instituições escolhidas reuniam em facultar as condições adequadas para o processo de ensino/aprendizagem e, principalmente, a sua idoneidade na prestação de cuidados em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

O presente relatório apresenta como objetivos, refletir acerca dos objetivos individuais de estágio, analisar de forma crítica e reflexiva as atividades e intervenções de enfermagem desenvolvidas, descrever as competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica adquiridas e responder a uma exigência curricular.

Este documento encontra-se estruturado em quatro capítulos: introdução; enquadramento teórico, onde são apresentadas as competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e o projeto individual de estágio; operacionalização do projeto individual de estágio, que inclui a caracterização dos diferentes campos de estágio e a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas para alcançar os objetivos individuais e as competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e, por último, a conclusão. Este relatório integra ainda os anexos onde se encontram incluídos os documentos realizados no decorrer dos diferentes módulos de estágio.

A metodologia utilizada na elaboração do relatório corresponde à análise descritiva, fundamentada na exploração dos dados obtidos e na pesquisa bibliográfica, sendo adotadas as orientações para a escrita de dissertação/relatório de Mestrado em Enfermagem vigentes no ICS e a Norma Portuguesa 405.

A concretização dos diferentes módulos possibilitaram a expansão de conhecimentos, a consolidação de aprendizagens teóricas e científicas na prática clínica, a aquisição de competências interpessoais, instrumentais, relacionais e comunicacionais, a reflexão crítica e a prestação de cuidados de enfermagem de forma holística atendendo as necessidades, unicidade e individualidade dos utentes no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

1. Enquadramento Teórico

A Enfermagem ao longo dos tempos tem enfrentado constantes evoluções e progressos, daí que seja necessário formação específica na área de intervenção, fundamentada com pressupostos científicos, técnicos, relacionais e comunicacionais. Constantemente, também nos deparamos com a necessidade da prestação de cuidados de forma holística, minuciosa e adequada às necessidades, unicidade e singularidade dos diferentes utentes.

Ser enfermeiro implica possuir *“competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”* (Ponto 2 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro), de modo a possuir conhecimentos, experiências e responsabilidades profissionais com vista à promoção da saúde e prevenção da doença.

O enfermeiro face ao utente desempenha um papel preponderante na diade saúde/doença, na medida em que analisa as respostas humanas à doença e aos processos de vida, toma decisões e realiza intervenções de enfermagem as quais contribuem para o processo de recuperação, adoção de estilos de vida saudáveis e para a readaptação funcional.

A motivação interna alicerçada à auto-responsabilização de cada enfermeiro leva-o a procurar uma atualização constante dos seus conhecimentos; os estágios efetuados permitem-lhes *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p.99).

O presente relatório descreve diferentes contextos da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica decorrentes dos três módulos de estágio no sentido de promover a qualidade na prestação de cuidados ao utente portador de psicopatologia de acordo com a sua dimensão e vulnerabilidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define saúde mental como o *“estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da*

vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (WHO, 2001). Assim sendo, verifica-se que existe saúde mental quando o utente de acordo com os sistemas biopsicológicos e socioculturais apresenta capacidade de adaptação e reinserção, estabelece relações interpessoais, apresenta autonomia, gere conflitos internos e alterações comportamentais e exerce papéis sociais.

No contexto da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, o enfermeiro deve promover a excelência e continuidade dos cuidados possuindo assim formação, conhecimentos e competências específicas.

1.1. O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

No percurso profissional de cada enfermeiro, surge em algum momento do seu exercício profissional, um gosto particular por uma determinada área de atuação em enfermagem. Esse gosto específico alicerçado à exigência da formação contínua em enfermagem no alcance de cuidados de excelência assentes em intervenções rigorosas, eficientes e eficazes contribui para o desenvolvimento de conhecimentos e competências especializadas numa determinada área de atuação, sendo o presente relatório alusivo à enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista descreve que o enfermeiro deve possuir *“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2). No que concerne ao caso específico da especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é descrito que a mesma *“foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

As competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica descritas pela Ordem dos Enfermeiros (2010, p.3) são:

- *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”;*
- *“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”;*
- *“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidades a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”;*
- *“Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.*

Face ao exposto é reforçada a necessidade do enfermeiro em promover de forma sistemática e contínua a sua formação e investigação, articulando a relação interpessoal com o enriquecimento das suas competências aos três níveis de prevenção, melhoria dos conhecimentos técnico-científicos e supervisão dos cuidados.

1. 2. Projeto de Estágio

A concretização dos três módulos de estágio careceu da elaboração prévia de um projeto individual de estágio (anexo I), onde foram projetadas e idealizadas as aspirações para os diferentes módulos a realizar em contextos distintos da prática clínica.

Um projeto corresponde a um *“plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupada os intervenientes que o irão realizar”* (Ferrito, Nunes e Ruivo, 2010, p.4), carecendo de uma planificação antecedente para posterior implementação.

No contexto da unidade curricular estágio, a elaboração do projeto individual foi fundamental porque permitiu delinear objetivos gerais e específicos a alcançar nos diferentes módulos, assim como contribuiu para a reflexão das eventuais oportunidades de ensino/aprendizagem. Saliente-se ainda que permitiu também o desenvolvimento de um papel proativo na prestação de cuidados; planificando as atividades a implementar, prevendo e pré-orientando de forma real e mensurável, tornando-se um guia orientador do caminho a percorrer.

O projeto respeitou determinadas características, nomeadamente que fosse exequível, realista, flexível e adaptado às características e/ou necessidades dos serviços, da população-alvo e das nossas aspirações pessoais, académicas e profissionais.

O projeto de estágio enquadrou-se numa metodologia reflexiva, *“baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolve-los através de ações práticas”* (Ferrito, Nunes e Ruivo, 2010, p.5).

Os objetivos delineados no projeto refletem de forma coerente e concisa as expectativas pessoais, as orientações definidas pelo ICS e as competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, encontrando-se estruturado em objetivos transversais aos três módulos de estágio e objetivos específicos de acordo com as especificidades de cada campo de estágio.

O projeto organiza ações de intervenção no meio envolvente com o intuito de alcançar objetivos propostos, ou seja, ele *“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 ato”* (Barbier, 1993, p.52).

2. Da Contextualização à Prática Clínica

O projeto individual de estágio previamente traçado e colocado em prática nos diferentes campos de estágio promoveu cuidados de enfermagem de excelência aos utentes e seus familiares/prestadores de cuidados. Neste sentido, tornou-se necessário empregar conhecimentos teóricos e científicos na prática clínica, no alcance das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

O presente capítulo descreve os diferentes módulos de estágio, nas várias componentes, nomeadamente experiências, conhecimentos e competências fundamentais com vista à especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Seguidamente, e de forma crítica e reflexiva são descritas e analisadas as atividades realizadas no decorrer dos diferentes módulos em prol da concretização dos objetivos gerais e específicos delineados no projeto individual de estágio.

2.1. Caracterização dos Campos de Estágio

A seleção dos campos de estágio deve ser objeto de ponderação e reflexão, visto que os mesmos devem possuir características específicas tendo em consideração as ambições pessoais do enfermeiro em alcançar os objetivos individuais e em desenvolver as competências fundamentais que tornem o enfermeiro num especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Os campos de estágio devem igualmente favorecer o processo de ensino/aprendizagem e contribuir para a consolidação de conhecimentos teóricos e práticos. Deste modo, consideramos oportuno caracterizar de forma sucinta os três módulos de estágio e as suas especificidades.

2.1.1. Módulo I: Unidade de Desabilitação do Algarve

A Unidade de Desabilitação do Algarve (anexo II), encontra-se em funcionamento desde o ano de 2008 em Marim, concelho de Olhão, surgindo com o propósito de conceder respostas diferenciadas às necessidades dos utentes dependentes de substâncias psicoativas, independentemente do seu género, estatuto social e económico, etnia, religião entre outros aspetos considerados pertinentes.

Os objetivos do internamento na UDA, visam essencialmente o tratamento da abstinência física, a modificação comportamental face a comportamentos desviantes, a promoção da saúde mental, a prevenção da doença mental, o bem-estar físico e psicológico, a readaptação funcional e o ingresso em comunidades terapêuticas.

2.1.2. Módulo II: Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Portimão

O Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Portimão (anexo III), fundado em 1999 confere assistência à população residente em Portimão, Lagos, Monchique, Silves, Vila do Bispo, Lagoa e Aljezur com idade igual ou superior a 18 anos, independentemente do seu género, estatuto social e económico, etnia, religião entre outros aspetos considerados pertinentes.

O presente Serviço de Psiquiatria, tanto no contexto de internamento como no contexto de ambulatório, visa a promoção da saúde mental, a prevenção da doença mental, o estudo e investigação e o tratamento da crise nos adultos portadores de psicopatologia.

2.1.3. Módulo III: Consulta Externa de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Faro

A consulta externa de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Faro (anexo IV), encontra-se em funcionamento desde o ano de 2010, inicialmente integrada numa equipa constituída por uma pedopsiquiatra e por uma psicóloga. No entanto, do ano de 2012 até à atualidade, a equipa multidisciplinar foi alargada com a integração de três

novos elementos, sendo eles, uma pedopsiquiatra, uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica e uma psicóloga.

Os objetivos da consulta de Pedopsiquiatria são: a promoção da saúde mental, a prevenção da doença mental, o bem-estar físico e psicológico, a readaptação funcional, o estudo, a investigação e o tratamento de adolescentes portadores de psicopatologia.

Esta consulta abrange os adolescentes entre os 13 e os 18 anos de idade, com residência no Algarve, que tenham sido previamente encaminhados, independentemente do seu género, estatuto social e económico, etnia, religião.

2.2. Objetivos Individuais de Estágio e Atividades Desenvolvidas

No alcance dos objetivos de estágio e conseqüentemente das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica tornou-se necessário colocar em prática conhecimentos teóricos, científicos e práticos previamente adquiridos.

Na implementação do projeto individual nos distintos módulos, esteve a execução de atividades específicas na prática clínica para atingir os objetivos gerais e específicos de modo a responder às necessidades da população-alvo e às nossas ambições pessoais e académicas.

2.2.1. Objetivos Gerais aos Três Módulos de Estágio

Os objetivos gerais e transversais aos três módulos de estágio que serviram de fio condutor no processo de ensino/aprendizagem, são de seguida analisados de forma crítica e reflexiva.

- *Identificar a estrutura física, organizacional, funcional e a dinâmica dos serviços.*

Em contexto de estágio, os primeiros momentos foram vivenciados de forma intensa e com enorme expectativa relativamente ao futuro, originados pelo desconhecimento da estrutura física, organizacional, funcional e pela dinâmica dos diferentes serviços. De forma a colmatar este aspeto, esclarecemos as dúvidas com os enfermeiros tutores,

realizamos visitas guiadas às instituições e exploramos o espaço físico, os recursos materiais e os equipamentos disponíveis. A consolidação da informação obteve-se igualmente pela consulta e análise das normas, protocolos de serviço, manual de integração, legislação e observação direta realizada.

Na fase inicial de cada módulo de estágio foi possível averiguar as necessidades e/ou problemas existentes na população-alvo com o intuito de adequar as intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem às exigências clínicas e patológicas observadas.

De acordo com os conhecimentos obtidos relativamente as instituições e as atividades a desenvolver no respeito pela dinâmica organizacional e funcional dos serviços tornou-se possível alcançar resultados de enfermagem no âmbito do processo da comunicação, interação, relação e socialização com os utentes.

Salienta-se ainda que o fato de sermos recebidos de forma calorosa e envolta num clima acolhedor por todos os elementos das equipas multidisciplinares, contribuiu para uma melhor integração e motivação para atingir os objetivos previamente delineados no projeto individual de estágio.

No alcance do objetivo em epígrafe foi possível desenvolver o processo de pensamento crítico e reflexivo, desenvolver competências comunicacionais e relacionais, demonstrar capacidade para a gestão do tempo, recursos humanos, materiais e tomada de decisões fundamentadas em evidências científicas, assim como obter responsabilidades sociais e éticas. Estes aspetos contribuíram para a melhoria das competências no domínio da qualidade e da gestão dos cuidados e, conseqüentemente, para alcançar o objetivo delineado, visto que o trabalho numa equipa multidisciplinar potencia a qualidade dos cuidados prestados.

- *Respeitar os princípios éticos e deontológicos na prestação de cuidados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao utente/família/prestador de cuidados.*

O quotidiano da enfermagem enfrenta constantemente situações complexas que envolvem tomadas de decisões imediatas, as quais devem preservar a dignidade, valor e singularidade dos utentes.

Enquanto enfermeiros responsáveis no alcance do melhor interesse para os utentes e de forma a responder apropriadamente as suas necessidades básicas humanas, carecemos de liberdade e autonomia na tomada de decisões, na medida em que o *“compromisso de cuidar assume uma dimensão ética e constitui-se como obrigação moral para os enfermeiros”* (Veiga, 2006, p.38).

O respeito pelos princípios éticos e deontológicos bem como o respeito pelos valores humanos e universais, foram sempre a base no decorrer dos diferentes módulos de estágio, pois *“a práxis da enfermagem está indelevelmente associada à valorização de uma atitude virtuosa que valoriza a benevolência e se alicerça numa modalidade que tem por base a intimidade, o altruísmo e o amor e não especificamente a autonomia”* (Veiga, 2006, p.59).

Os princípios éticos que fundamentam a prestação de cuidados de excelência tornam-se a pedra basilar na ética do cuidar, visto que transpõem eficácia e eficiência nas intervenções desenvolvidas e nas decisões tomadas.

O respeito pelos utentes e pela sua autonomia, encontraram fundamento no princípio da autonomia, enfatizando a *“posição das pessoas como agentes morais autónomos cujo direito de determinar o seu próprio destino deve ser respeitado”* (Townsend, 2011, p.79).

No decorrer dos diferentes módulos de estágio tivemos igualmente presentes os princípios da beneficência e não-maleficência, contribuindo para o alcance do benefício nos utentes, praticando sempre o bem e analogamente não causando dano nem praticando o mal.

Segundo o autor Townsend (2011, p.79), o princípio da beneficência *“refere-se ao dever de um indivíduo de beneficiar ou promover o bem dos outros”*, de forma a salvaguardar os direitos dos utentes, enquanto que o princípio da não-maleficência refere-se ao fato dos enfermeiros não causarem danos em saúde.

O princípio da justiça perante a prática clínica evidencia que *“situações idênticas devem ser tratadas igualmente e as que não são iguais, tratadas de forma diferente, de acordo com as suas diferenças”* (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p.91), independentemente da raça, género, estatuto social, estado civil, nível económico e religião.

No âmbito destes módulos de estágio, a prestação de cuidados corroborou com o descrito na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e igualmente com a Lei da Saúde Mental, as quais potenciaram a humanização nos cuidados de saúde prestados e a dignificação e respeito pelos direitos humanos.

A tomada de decisões conscientes e coerentes ocorreu sempre após a apreciação e análise dos diferentes casos clínicos, identificando os problemas de saúde que passaram a

ser os focos de atenção e alvo dos cuidados. Nesta linha de pensamento foram elaborados e colocados em prática planos de cuidados, sendo posteriormente avaliados e integrados os resultados obtidos no desenvolvimento da prática especializada.

O presente objetivo foi atingido com sucesso no alcance das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Em cada contexto de estágio foram tomadas decisões de forma autónoma e responsável, as quais responderam às necessidades dos utentes com respeito pela sua unicidade e individualidade, verificando-se que *“a ponderação risco/benefício não é fácil: depende dos valores e interesses das pessoas implicadas, da ponderação das consequências individuais e sociais”* (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p.91).

- *Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao utente/família/prestador de cuidados.*

O enfermeiro no exercício profissional apresenta inúmeros deveres no que concerne à dignificação da profissão e à excelência dos cuidados prestados. De acordo com o descrito na alínea a do artigo 76.º do Código Deontológico dos Enfermeiros, *“todo o enfermeiro exerce a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população”* (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p.35).

O dever do enfermeiro em possuir conhecimentos científicos, teóricos, técnicos, relacionais, comunicacionais e éticos apropriados à prestação de cuidados encontra-se alicerçado ao direito do utente em receber *“cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação”* (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, p.2), com recurso a metodologias recentes, eficazes e eficientes.

Para alcançar o objetivo delineado, foi necessário recorrer à consulta detalhada dos processos clínicos dos utentes, realizar entrevistas de enfermagem, caracterizar a população-alvo, participar nas reuniões de equipa multidisciplinar e realizar pesquisas bibliográficas. As atividades realizadas contribuíram para a identificação de focos de atenção e igualmente para a delimitação de diagnósticos e intervenções de enfermagem. Posteriormente permitiram a avaliação dos resultados obtidos.

As entrevistas de enfermagem (anexo V) permitiram *“a compreensão profunda (ou renovada) do que se passa para o que pede ajuda, a descoberta do modo como experimenta a situação que lhe causa problema, a clarificação progressiva da sua vivência e a descoberta de meios ou recursos que permitam uma mudança”* (Chalifour, 2009, p.58), obtendo-se deste modo informações acerca dos utentes e das suas interações familiares, sociais, culturais e laborais.

Estas entrevistas, foram executadas num ambiente terapêutico (isento de ruídos, interrupções e distrações), permitindo aos utentes e seus familiares a expressão de sentimentos, emoções e preocupações. Nestas entrevistas foram identificados e registados dados pessoais, familiares, laborais, sociais e económicos; foram identificados problemas e/ou necessidades e, em consonância, foram estabelecidas prioridades e intervenções autónomas ou interdependentes de enfermagem no sentido de dar respostas às necessidades humanas identificadas nos utentes e nos seus familiares.

Enquanto enfermeiros, analisamos *“os dados de avaliação para determinar diagnósticos ou problemas, incluindo nível de risco”* (Townsend, 2011, p.153), de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Os diagnósticos de enfermagem forneceram juízos clínicos acerca das respostas humanas e dos processos de vida dos utentes com o propósito das intervenções de enfermagem serem adequadas às necessidades, unicidade, singularidade e individualidade de cada utente no alcance de resultados expectáveis.

A par das competências técnicas, científicas e relacionais, foram obtidos ganhos em saúde, na medida que atuamos como dinamizadores e gestores da agregação de novos conhecimentos na prática clínica especializada.

De um modo geral, consideramos que o objetivo de estágio foi alcançado, permitindo o desenvolvimento de competências do domínio das aprendizagens profissionais, na medida em que aprofundamos o auto-conhecimento e baseámos a prática clínica em padrões de conhecimentos mais sólidos.

- *Aperfeiçoar competências no acolhimento ao utente/família/prestador de cuidados.*

A relação terapêutica tem início com o acolhimento dos utentes e dos seus familiares, correspondendo a um momento fulcral na prestação de cuidados. Neste sentido, o enfermeiro *“deve dispensar-lhe uma atenção particular ao longo de todo o processo em*

que decorre a intervenção terapêutica” (Chalifour, 2008, p.177), visto que este momento corresponde ao primeiro contacto entre o enfermeiro e o utente/familiares quer em contexto comunitário quer em contexto de internamento.

O acolhimento quando realizado de forma racional e personalizada contribui para minimizar a ansiedade existente nos utentes e nos seus familiares gerada pelo desconhecimento do funcionamento institucional e contribui para o processo de integração institucional.

Nos acolhimentos realizados, procedeu-se à apresentação da instituição, dos recursos humanos, do espaço físico e dos utentes internados, assim como foi fornecida informação acerca da dinâmica organizacional e funcional dos serviços e das equipas envolventes, esclarecendo-se paralelamente as suas dúvidas.

De modo a que a informação fornecida aos utentes e seus familiares fosse assimilada com eficácia, recorremos à utilização de linguagem apropriada às suas características socio-culturais e intelectuais. Foi disponibilizado tempo, estabelecido contacto físico e afetivo, promovida relação de confiança e permitido aos utentes a expressão de pensamentos, emoções, percepções e necessidades, sendo-lhes entregue um guia de acolhimento onde constava toda a informação transmitida oralmente, nomeadamente a constituição da equipa multidisciplinar, horário de visitas, normas, regras institucionais e contactos da instituição.

O primeiro contacto estabelecido com os utentes, permitiu ainda realizar uma observação direta e detalhada do seu comportamento, na medida em que *“o simples fato de olhar para o cliente quando ele fala, de não o interromper, de considerar a sua perspetiva relativamente às decisões a tomar, constituem maneiras diferentes de o interveniente reconhecer a existência do cliente”* (Chalifour, 2008, p.178).

O presente objetivo permitiu aos utentes e seus familiares *“dispensar toda a informação pertinente, a equipa coloca o cliente em condições ideais para fomentar a sua plena participação”* (Chalifour, 2008, p.126).

Na sua globalidade, o objetivo de estágio foi alcançado com êxito, visto que foi possível estabelecer com os utentes e seus familiares uma relação baseada na confiança e consequentemente desenvolver competências do domínio da aprendizagem profissional. O facto de lhes ter sido transmitido com eficácia o modo de funcionamento da instituição; de terem conhecimento dos recursos humanos e materiais existentes, contribuiu para uma adequada adaptação ao meio envolvente.

- *Estabelecer a relação terapêutica com o utente/família/prestador de cuidados.*

A relação terapêutica exige o encontro entre o enfermeiro e o utente, sendo o utente considerado “*como uma pessoa de corpo inteiro e não como um ser inferiorizado pela perda de poder que traz a doença*” (Phaneuf, 2005, p.322).

No sentido de promovermos uma relação terapêutica eficaz e eficiente, foi fundamental prestar apoio emocional, demonstrando compreensão, empatia, respeito e autenticidade; procurarmos transmitir confiança, honestidade e aceitação incondicional; mantermos presença e permitirmos aos utentes a expressão de sentimentos e emoções; esta ação proporcionou a aquisição de ganhos em saúde mental e psiquiátrica.

No âmbito da relação terapêutica estabelecida com os utentes constatamos que “*a enfermeira que ajuda, procura favorecer no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida*” (Phaneuf, 2005, p.324). Neste sentido, procuramos esclarecer as suas dúvidas, assim como, sempre que se julgou oportuno, realizamos aconselhamentos e encaminhamentos.

As intervenções de enfermagem realizadas proporcionaram aos utentes a compreensão da sua situação e a aceitação da doença mental; contribuíram para modificações comportamentais e, conseqüentemente para a evolução pessoal favorável com vista a atingir autonomia e independência.

A relação terapêutica estabelecida com os utentes para além de permitir a transmissão de sentimentos e emoções, favoreceu a compreensão e aceitação das circunstâncias de vida realista com maior serenidade e clareza, assim como contribuiu para a modificação comportamental relativamente ao tema que lhes causava transtorno.

Acresce ainda salientar que as relações terapêuticas estabelecidas assumiram as diferentes fases da relação terapêutica descritas por Hildegard Peplau (Tomey e Alligood, 2004), nomeadamente a fase de orientação, de identificação, de exploração e a fase de resolução, onde “*a enfermagem psicodinâmica constitui em entender o próprio comportamento para ajudar outros a identificar dificuldades sentidas, e a aplicar os princípios das relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiência*” (Townsend, 2011, p.44).

Pela ajuda disponibilizada aos utentes, estes obtiveram ganhos em saúde, sendo-lhes possível tomarem consciência das suas limitações, reconhecerem e identificarem os problemas existentes, terem noção das suas próprias responsabilidades e conseguirem traçar objetivos futuros, desenvolvendo uma auto-imagem positiva, identificando os

recursos pessoais que possuíam para fazer face aos problemas existentes, de forma a encararem a vida de forma confiante e tornarem-se autónomos e responsáveis nas suas tomadas de decisão. Neste sentido os enfermeiros promoveram *“as melhores condições possíveis para ajudar o cliente a enfrentar a dificuldade que apresenta”* (Chalifour, 2008, p.120).

Pelo descrito, consideramos que o objetivo foi atingido com sucesso, pelo facto de promovermos nos utentes as capacidades fundamentais para melhorar a sua saúde mental e assim desenvolvermos competências profissionais no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

- *Aprimorar competências comunicacionais com o utente/família/prestador de cuidados.*

Em enfermagem existe interação e comunicação a todos os instantes e *“somente pela comunicação efetiva é que o profissional poderá ajudar o paciente a conceituar seus problemas, enfrentá-los, visualizar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, além de auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento”* (Silva, 2006, p.14).

As competências comunicacionais desenvolvidas tiveram em consideração a especificidade de cada utente face à sua diversidade cultural, crenças, religião, estatuto social, escolaridade, género, idade e valores pela colocação em prática das diversas técnicas terapêuticas alicerçadas à comunicação verbal e não-verbal.

As técnicas de comunicação verbal, implementadas no decorrer dos três módulos de estágio foram variadas. A saber: clarificação, validação, reflexos, síntese, aplicação de questões, feedback, revelação de si, conselho e informação facultada. Aquando da aplicação da comunicação verbal na prática clínica tentamos ser específicos nas mensagens transmitidas, assim como disponibilizamos tempo para os utentes expressarem os seus sentimentos, emoções e preocupações, de forma a compreendê-los e a encontrar estratégias para a resolução dos problemas evidenciados.

Recorremos igualmente às técnicas de comunicação não-verbal: o toque, o olhar, a escuta ativa, o uso apropriado do silêncio, as expressões faciais, a distância e as posições utilizadas, o odor e a paralinguagem. A comunicação não-verbal, reforçou a comunicação verbal assim como permitiu demonstrar sentimentos, ou seja, a comunicação *“não-verbal*

auxilia a expressão dessas emoções, mesmo que elas não sejam, necessariamente, verbalizadas” (Silva, 2006, p.52).

A existência de congruência entre a comunicação verbal e a comunicação não-verbal evidenciou que *“não existe comunicação verbal sozinha: a mensagem transmitida é sempre uma interação entre a comunicação verbal e a não-verbal”* (Silva, 2006, p.43).

Pela comunicação estabelecida com os utentes, consideramos que os mesmos obtiveram ganhos em termos da saúde, uma vez que a comunicação foi indispensável na prestação de cuidados, contribuindo paralelamente para o estabelecimento do relacionamento terapêutico, onde *“o melhor presente que posso dar, é o de olhar, escutar, compreender e tocar uma outra pessoa”* (Chalifour, 2008, p.129).

Neste âmbito, consideramos que o objetivo de estágio foi alcançado com êxito, visto que as *“trocas são funcionais quando permitem a duas pessoas irem ao encontro uma da outra”* (Phaneuf, 2005, p.112).

- *Fomentar a integração da família/prestador de cuidados no processo de tratamento, reabilitação, recuperação e reinserção dos utentes na comunidade.*

A coesão familiar e a entajuda são de primordial importância no processo de recuperação, tratamento, reabilitação e reinserção dos utentes. Os membros da família podem contribuir para o processo de cura do utente, visto que *“uma atitude de abertura e de explicações simples podem favorecer compromissos úteis que fazem da família uma aliada mais do que um assunto de embaraço e de conflito”* (Phaneuf, 2005, p.53).

A doença e a hospitalização de um utente afecta todos os membros da família, daí que o envolvimento familiar na prestação de cuidados permita ao enfermeiro avaliar a interação familiar e identificar problemas e/ou necessidades. Conscientes disso, procedeu-se ao *“reencaminhamento para outros profissionais quando for necessária assistência para restabelecer o funcionamento adaptativo”* (Townsend, 2011, p.179), ajudando igualmente tanto os utentes como as suas respectivas famílias a alterarem padrões de relacionamento problemáticos, mal adaptados e destrutivos.

Nos módulos de estágio II e III, as famílias foram incluídas de forma ativa nos planos de cuidados, quer através das visitas realizadas durante o período de internamento quer pelo acompanhamento dos utentes às consultas de enfermagem; no módulo I, a família encontrava-se afastada e excluída do plano de cuidados dos utentes devido às regras

institucionais preconizadas na UDA (impossibilidade dos utentes internados receberem visitas e contactos telefónicos). Nestas circunstâncias, os utentes e os familiares somente estabeleceram contacto físico no momento da admissão e da alta clínica. No entanto, no período que antecedeu o internamento e após a alta clínica, os familiares foram incluídos nos planos de cuidados através do acompanhamento dos utentes às consultas do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).

Face ao envolvimento da família/prestador de cuidados no processo de recuperação dos utentes, tornou-se possível analisar de forma detalhada as suas necessidades e/ou problemas e paralelamente traçar um plano de cuidados adequado e que fosse ao encontro das suas especificidades permitindo a readaptação das respostas humanas a uma nova realidade.

Na sua maioria, as dúvidas dos familiares/prestadores de cuidados prenderam-se nomeadamente com o desconhecimento das normas institucionais e com os recursos existentes na comunidade. Neste sentido, consideramos pertinente promover a divulgação das instituições e dos apoios existentes na comunidade, visto que de pouco ou nada serve a sua existência se os utentes e familiares desconhecerem os seus objetivos e a sua missão.

A realização de ensinamentos informais, a disponibilização de presença física e apoio emocional, a deteção das necessidades dos familiares e o esclarecimento das suas dúvidas, a motivação para o envolvimento familiar, a identificação dos graus de apoio familiar e da aceitação familiar relativamente à doença, a determinação dos mecanismos de coping, a monitorização da aceitação do papel de cuidador e a identificação de casos sem retaguarda familiar, permitiram tornar mais claros e mais fortes os elos de ligação entre os profissionais de enfermagem e os familiares dos utentes e, desta forma, contribuir quer para a obtenção de ganhos de saúde dos utentes quer a melhoria da relação familiar, promovendo mais e melhor compreensão da doença mental e, inclusivamente, potenciando o encaminhamento para apoios sociais, quando necessários.

Consideramos que o presente objetivo foi alcançado, visto que desenvolvemos uma excelente relação terapêutica com as famílias/prestadores de cuidados, permitindo a sua integração no processo de tratamento, reabilitação, recuperação e reinserção dos utentes seus familiares. Deste modo, ficou salvaguardada a continuidade dos cuidados prestados e a possibilidade de recuperação da saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

- *Desenvolver competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas ao utente/família/prestador de cuidados ao longo do seu ciclo de vida de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.*

A realização dos diferentes módulos de estágio permitiram colocar em prática diversas intervenções de enfermagem de modo a atingir os objetivos individuais traçados; os objetivos terapêuticos delineados para cada utente, de acordo com a sua singularidade, especificidade e unicidade, foram igualmente alcançados. Foram desenvolvidas capacidades de auto-conhecimento, pessoal e profissional, que favoreceram o estabelecimento de excelentes relações terapêuticas com os utentes e seus familiares permitindo agir em consciência na tomada de decisões nas diversas intervenções de enfermagem, psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

As dinâmicas de grupo permitiram aos utentes *“uma viagem para dentro de si mesmos e para outras realidades, promovendo a mudança do padrão consciencial, abrindo a mente dos participantes para outras realidades emocionais e possibilidades de outras respostas frente à vida, aos desafios e frente a si mesmo”* (Ferraz, 2009, p.25). Estas careceram da análise dos processos clínicos, da caracterização da população-alvo, da identificação de diagnósticos de enfermagem, da realização de pesquisas bibliográficas, da elaboração de planeamentos, da implementação das dinâmicas centradas da diade saúde/doença e por fim da análise dos resultados obtidos.

As dinâmicas de grupo realizadas nos diferentes contextos de estágio permitiram o *“insight”* e as respostas adaptativas dos utentes face aos diagnósticos de enfermagem previamente identificados, obtendo assim ganhos para a saúde dos mesmos.

O objetivo de estágio traçado foi alcançado com sucesso, visto que prestámos cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicoeducacional e psicossocial ao utente em contexto e dinâmica individual, familiar e de grupo, de forma a melhorar e recuperar a sua saúde mental e psiquiátrica.

- *Promover a adesão ao regime terapêutico.*

Em saúde mental e psiquiátrica os utentes nem sempre apresentam *“insight”* para a doença incumprindo a adesão ao regime terapêutico a que se encontram sujeitos. Neste sentido, torna-se cada vez mais importante que o enfermeiro possua conhecimentos acerca

dos tratamentos psicofarmacológicos, métodos de administração, avaliação contínua dos efeitos secundários e da sua eficácia e as implicações éticas e legais, visto que “*o conhecimento ganho ao aprender como estas drogas funcionam promoveu avanços no entendimento da maneira como as perturbações comportamentais se desenvolvem*” (Townsend, 2011, p.312).

Nos diferentes contextos de estágio, a promoção da adesão ao regime terapêutico foi uma constante. Os utentes apresentavam frequentemente sentimentos de abandono relativamente ao tratamento farmacológico originados pela ausência de sintomatologia psicopatológica. Neste sentido, os utentes foram instruídos acerca da importância da adesão ao regime terapêutico, nomeadamente acerca dos fatores que influenciam o abandono da medicação, a administração correta da medicação, os efeitos secundários da medicação e as estratégias a utilizar para minimizar esses efeitos secundários.

Embora os utentes tenham sido instruídos acerca da importância da adesão ao regime terapêutico, tornou-se igualmente necessário proceder à supervisão do seu cumprimento/incumprimento, monitorizar a sua eficácia, analisar os efeitos secundários da medicação, avaliar o juízo crítico/“*insight*” dos utentes relativamente ao processo de doença e ao tratamento farmacológico instituído e esclarecer as suas dúvidas, motivando-os para o cumprimento da adesão ao regime terapêutico.

Após a análise detalhada deste objetivo de estágio, consideramos que o mesmo foi atingido com êxito visto que conseguimos que os utentes compreendessem que o tratamento psicofarmacológico foi prescrito para que pudessem melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar físico e psicológico, obtendo assim ganhos para a saúde e consequentemente adquirindo competências profissionais de âmbito psicoeducacional.

- *Realizar psicoeducação ao utente/família/prestador de cuidados.*

Segundo a teórica de enfermagem Hildegard Peplau, (Tomey e Alligood, 2004), a enfermeira apresenta seis sub-papéis na sua prestação de cuidados, entre eles, o papel de estranha, o papel de pessoa de recurso, o papel de professora, o papel de líder, o papel de substituta e o papel de conselheira.

No decorrer dos diferentes módulos de estágio constatou-se que o papel de professora assume uma importância relevante, dada a capacidade que o enfermeiro apresenta para transmitir da melhor forma, informações e conhecimentos aos utentes e seus familiares.

As sessões de psicoeducação surgiram nos três módulos de estágio com o propósito de instruir os utentes acerca da doença mental e conseqüentemente minimizar o estigma a ela associada. Deste modo, pretendeu-se “*influenciar o comportamento e produzir alterações no conhecimento, atitudes e capacidades necessárias para manter ou melhorar a saúde*” (Townsend, 2011, p.374). Estas sessões contribuíram ainda para informar os utentes acerca da sintomatologia psiquiátrica, esclarecer dúvidas e fomentar a cooperação no tratamento e a adoção de estilos de vida saudáveis com o intuito de promover a saúde, o bem-estar e a auto-realização.

No decorrer dos três módulos de estágio, tornou-se imperativo caracterizar a população-alvo, identificar as necessidades reais e/ou potenciais expressas pelos utentes e detetadas pela carência de conhecimentos e realizar pesquisas bibliográficas no sentido de estruturar, planear e implementar as sessões de psicoeducação alusivas aos temas e necessidades identificadas.

Aquando da realização do planeamento das sessões de psicoeducação tornou-se crucial seleccionar os conteúdos a abordar, os objetivos terapêuticos a alcançar, as estratégias e os métodos de ensino/aprendizagem a implementar, sendo igualmente imperativo a posterior avaliação dos resultados obtidos.

No âmbito da realização do primeiro módulo de estágio foi realizada uma sessão de psicoeducação alusiva ao tema “*Fases Motivacionais*” (anexo VI), onde foram abordadas as diferentes fases motivacionais, recorrendo regularmente a exemplos da vida quotidiana. Esta sessão de psicoeducação realizada em parceria com a Psicologia permitiu explicar aos utentes o processo de recuperação e a importância da motivação interna no processo motivacional.

Da análise realizada à sessão de psicoeducação efetuada, facilmente se constatou que os utentes adotaram uma postura participativa e pró-ativa, recorrendo constantemente a exemplos da vida quotidiana com o propósito de enriquecerem e dinamizarem a sessão; também proporcionaram a auto-reflexão acerca dos estilos de vida e dos comportamentos destrutivos adoptados.

No módulo II, foram realizadas três sessões de psicoeducação alusivas a temas distintos, escolhidos de acordo com a especificidade e necessidades dos utentes internados no momento da sua realização: “*Ansiedade*”, “*Depressão*” e “*Adesão ao Regime Terapêutico*”.

A sessão de psicoeducação alusiva ao tema “*Ansiedade*” (anexo VII), realizou-se com o intuito de transmitir aos utentes internados no Serviço de Psiquiatria do CHA, E.P.E. –

Portimão conhecimentos acerca da ansiedade, sinais de alerta, estratégias de controlo da sintomatologia ansiosa, alterações dos hábitos de vida no alcance da diminuição da ansiedade e aplicação de técnicas de relaxamento. No decorrer desta sessão facilmente constatamos que os utentes apresentaram inúmeros conhecimentos acerca das estratégias a adotar no alcance da diminuição da sintomatologia ansiosa, partilhando com o grupo os seus conhecimentos e consequentemente tornando a sessão mais interativa e dinâmica.

A sessão de psicoeducação alusiva ao tema “*Depressão*” (anexo VIII), realizada no mesmo módulo de estágio incidiu na descrição da depressão, nas causas da sintomatologia depressiva, nos sinais e sintomas da depressão e no tratamento. Após a análise acerca dos resultados obtidos, constatou-se que os objetivos terapêuticos delineados para a sessão de psicoeducação foram atingidos, uma vez que os utentes assimilaram com êxito os conhecimentos transmitidos e partilharam com os restantes elementos do grupo acontecimentos da sua vida pessoal, aspeto este que favoreceu a comunicação e interação no grupo.

Ainda no mesmo contexto de estágio foi realizada a sessão de psicoeducação subordinada ao tema “*Adesão ao Regime Terapêutico*” (anexo IX), com a finalidade de transmitir conhecimentos acerca da importância da adesão ao regime terapêutico, dos fatores que influenciam o abandono da medicação e da forma correta como a medicação dever ser administrada. No decorrer desta sessão de psicoeducação denotaram-se sentimentos ambivalentes nos utentes, sendo que uns referiam que “*não necessito de medicação porque não estou doente*”(sic) e outros mencionavam que “*a medicação faz-me viver cada dia com maior qualidade de vida e bem-estar, sentindo-me estável dentro das minhas próprias limitações*”(sic). A diferença de pontos de vista permitiu promover a partilha de experiências pessoais e sensibilizar para a adesão ao regime terapêutico.

Neste módulo, no final de cada sessão de psicoeducação foram disponibilizados aos utentes folhetos informativos acerca das temáticas abordadas, de modo a que os utentes tivessem sempre disponível informação adequada às suas necessidades e ao esclarecimento das suas dúvidas.

No terceiro módulo de estágio foram concretizadas duas sessões de psicoeducação designadas de “*Alcoolismo*” e “*Adesão ao Regime Terapêutico*”. Estas sessões foram realizadas com o propósito de transmitir conhecimentos teóricos, sistemáticos e estruturados aos adolescentes capacitando-os para as diversas situações quotidianas, nomeadamente para a compreensão do processo de doença, deteção de sinais e sintomas,

tomada de decisões, adequação dos padrões comportamentais e desenvolvimento de competências pessoais que permitem gerir o processo de doença e de recuperação.

Na sessão de psicoeducação alusiva ao tema “*Alcoolismo*” (anexo X), os adolescentes foram instruídos acerca das consequências do consumo excessivo de álcool e paralelamente foram elucidados para os ganhos em saúde na sequência da cessão desses mesmos consumos. Nesta sessão, foram igualmente incluídos adolescentes com sentimentos ambivalentes relativamente ao tema exposto, aspeto este que favoreceu a partilha de experiências e a aquisição de conhecimentos no sentido da modificação comportamental face à adoção de estilos de vida saudáveis.

Analogamente à sessão de psicoeducação alusiva ao tema “*Adesão ao Regime Terapêutico*” (anexo XI), os conteúdos abordados foram os mesmos que tinham sido abordados na sessão de psicoeducação realizada no contexto da crise no adulto, devido à necessidade de alertar também os adolescentes para a importância do regime terapêutico, promover a toma da medicação na dose certa, pela hora e via certa e pelo fármaco correto, bem como instruir acerca da deteção precoce dos sinais e sintomas referentes aos efeitos secundários da medicação. Também neste grupo terapêutico, os adolescentes partilharam experiências de vida, comparando a fase aguda da doença com a fase de estabilização da sintomatologia psicopatológica aquando do cumprimento do regime terapêutico.

Através da realização destas sessões, os utentes obtiveram ganhos em saúde na medida em que aprofundaram e consolidaram conhecimentos teóricos e práticos acerca dos temas determinados pelas suas necessidades no alcance do bem-estar e da qualidade de vida.

Consideramos ter desenvolvido competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica relativamente a este objetivo, pelo facto de melhorarmos o conhecimento e consciência de nós mesmos enquanto pessoas e enfermeiros, contribuindo assim para o nosso auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

- *Participar como formador/formanda em ações formativas nos serviços.*

A formação contínua constitui um pilar fundamental no alcance da excelência da prestação de cuidados em enfermagem, pelo que “*os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e acessoria, para a*

melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” (Ponto 6 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de Setembro).

O objetivo supra citado foi delineado no sentido de responder às necessidades formativas existentes nos serviços onde realizámos os diferentes módulos de estágio. No entanto, o mesmo não chegou a ser operacionalizado devido às adversidades encontradas nos diversos campos de estágio e que em muito se assemelharam, nomeadamente pelo facto de ser difícil reunir os enfermeiros para a realização de uma formação em serviço, devido à incompatibilidade de horários e também pela indisponibilidade de recursos materiais e do espaço físico.

Inicialmente, para atingir este objetivo realizámos entrevistas informais aos enfermeiros chefes e aos enfermeiros tutores, assim como consultámos os planos da formação em serviço no sentido de identificar as necessidades formativas existentes. Ao constatarmos que o objetivo de estágio seria inoperacional, devido às limitações anteriormente apresentadas, não demos continuidade à elaboração das planificações das sessões de formação nem com à formação propriamente dita.

De forma a colmatarmos as limitações existentes, no primeiro módulo de estágio realizámos um estudo de caso (anexo XII), onde analisámos detalhadamente o caso clínico de uma utente internada na UDA por dependência de benzodiazepinas. Escolheu-se este caso devido as característica da situação clínica, nomeadamente pela perda de noção da realidade, alteração da personalidade, do comportamento, das atitudes e conjuntamente pela dificuldade em preservar relações sociais, familiares e laborais.

A elaboração do estudo de caso permitiu o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e comunicacionais, a prestação de cuidados de forma individual, única e personalizada, a realização de entrevistas de enfermagem e psicoterapias e a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos durante o período de internamento da utente selecionada.

A concretização do mesmo permitiu ainda identificar necessidades e/ou problemas, capacidades e limitações existentes no processo de recuperação da utente e elaborar um plano de cuidados no respeito pela multidimensão biopsicossocial cultural e espiritual, de acordo com a linguagem preconizada pela CIPE.

Este caso fez alusão a uma utente com problemas de dependência de benzodiazepinas que, por iniciativa própria, optou pelo internamento com o intuito da desabituacão de substâncias psicoativas com vista a alcançar *“uma vida estável, isenta de problemas familiares, pessoais, laborais e com a sociedade”* (sic).

No período de internamento, a utente apresentou uma evolução favorável do seu estado clínico, sem apresentar sintomatologia de abstinência durante o tratamento efetuado; integrou facilmente as dinâmicas de grupo realizadas e as normas institucionais, adoptando uma postura participativa e ativa. No que concerne à interação com os outros utentes e com os profissionais de saúde demonstrou uma interação adequada, acompanhada de comunicação assertiva. Face aos diagnósticos de enfermagem, a utente apresentou conhecimento diminuído sobre o uso de drogas, autocontrolo comprometido e uso de drogas dependente, obtendo resultados de enfermagem favoráveis ao seu processo de recuperação, nomeadamente, conhecimento melhorado sobre o uso de drogas, autocontrolo eficaz e uso de drogas independente, respetivamente.

A utente alvo do estudo de caso, obteve ganhos em saúde pelas intervenções realizadas, visto que adquiriu competências no alcance da modificação comportamental e consequentemente na adoção de estilos de vida saudáveis referindo que *“o internamento fez-me refletir acerca dos conflitos que tenho tido tanto no trabalho como em família, portanto quando tiver alta sei que vou sair com força para eliminar este comportamento que está a destruir a minha vida”* (sic).

No módulo II de estágio, também com o intuito de atingir o objetivo, foi realizado um poster alusivo ao tema *“Relaxar é Viver”* (anexo XIII), originário do projeto desenvolvido neste campo de estágio sobre a importância das técnicas de relaxamento. Neste âmbito, foram igualmente realizados folhetos informativos relacionados com a mesma temática e intitulados de *“Relaxamento Progressivo de Jacobson”* (anexo XIV) e *“Respiração Abdominal”* (anexo XV). Para a elaboração dos folhetos informativos foi realizada uma seleção criteriosa da informação a incluir e recorreu-se a uma linguagem acessível, de forma a proporcionar informação clara, concisa e de fácil interpretação. A sua elaboração pretendeu informar os utentes acerca dos benefícios do relaxamento assim como dos procedimentos a executar para obter a sensação de tranquilidade e de relaxamento em momentos de maior stress e ansiedade quotidiana.

No último módulo de estágio, e também de forma a colmatar esta limitação realizámos um artigo científico intitulado de *“Dinâmicas musicais na adolescência: Que resultados de enfermagem?”* (anexo XVI). O artigo científico foi enquadrado no projeto *“Dinâmicas Musicais na Adolescência”* desenvolvido no módulo III de estágio. A elaboração do artigo científico permitiu partilhar com a equipa multidisciplinar os conhecimentos e aprendizagens adquiridas pela elaboração do projeto e pela implementação de dinâmicas de grupo com recurso à música.

Embora o presente objetivo de estágio não tenha sido atingido, consideramos que foram adotadas estratégias com o intuito de obter ganhos na prestação de cuidados de excelência em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica pelas pesquisas bibliográficas desenvolvidas e pelos trabalhos científicos realizados e partilhados.

2.2.2. Objetivos Específicos para cada Módulo de Estágio

Cada módulo de estágio na sua singularidade apresenta especificidades e particularidades, os quais foram tidos em consideração no momento em que delineamos os objetivos específicos para cada módulo, de forma a torná-los coesos e produtivos.

Módulo I – Unidade de Desabilitação do Algarve

Seguidamente são analisados de forma crítica e reflexiva os objetivos específicos para o Módulo I de estágio, correspondente à promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção realizado da Unidade de Desabilitação do Algarve.

- *Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados ao utente toxicodependente, promovendo estilos de vida saudáveis e prevenindo a doença e os comportamentos de risco.*

Os problemas relacionados com a dependência de substâncias psicoativas são evidenciados por sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, isto porque “*a administração repetida da substância torna necessário o seu uso continuado para impedir o aparecimento dos efeitos desagradáveis característicos da síndrome de abstinência*” (Townsend, 2011, p.459).

O presente campo de estágio evidenciou uma realidade para nós completamente desconhecida e pouco familiar. Deste modo, sentimos necessidade em aprofundar conhecimentos teóricos e práticos acerca das patologias e dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos realizados, no sentido de alcançar novas aprendizagens e conhecimentos.

A forma calorosa com que a equipa multidisciplinar nos acolheu contribuiu para a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, visto que prontamente esclareceram as nossas dúvidas e disponibilizaram tempo e atenção para a construção sólida do processo de ensino/aprendizagem.

A participação nas reuniões com a equipa multidisciplinar correspondeu também a um momento oportuno para o processo de ensino/aprendizagem visto que diariamente foram discutidos e analisados diversos casos clínicos e conseqüentemente foram identificadas as necessidades e/ou problemas dos utentes no contexto do abuso/dependência de substâncias psicoativas de forma a traçar um plano de cuidados, assim como foram partilhados conhecimentos teóricos e práticos no alcance da excelência da prestação de cuidados.

Diariamente, no período da manhã foi realizado com os utentes a partilha de experiências relativamente às últimas 24 horas. Neste sentido, foi permitido aos utentes partilharem em grupo os acontecimentos que lhes proporcionaram bem-estar e tranquilidade e os que em contrapartida, lhes causaram ansiedade e incómodo, descrevendo igualmente as estratégias de resolução de problemas adotadas. Acresce ainda salientar que no decorrer destas partilhas foi também proporcionado aos utentes tempo para a expressão de sentimentos e preocupações, na busca incessante de estratégias de resolução de problemas.

Da análise realizada constatamos que os utentes apresentaram um bom relacionamento interpessoal, permitindo a aquisição de conhecimentos e aprendizagens, o fortalecimento das relações terapêuticas e interpessoais, a socialização e o auto e hetero-conhecimento.

No decorrer deste contexto de estágio foram igualmente realizadas dinâmicas de grupo (anexo XVII), designadas de “*Esbarra Paredes*”, “*Batata Quente*”, “*Nó Humano*”, “*O Maestro*”, “*Comboio dos Elogios*” e o “*Bingo das Características Humanas*”, com o intuito de promover a interação social e a comunicação entre os utentes, a expressão de sentimentos e emoções, a compreensão e aceitação de si próprio e dos outros, a promoção de sentimentos de confiança no grupo, a cooperação e o trabalho em equipa e o desenvolvimento das capacidades de concentração, atenção e de liderança informal.

Após a análise detalhada das dinâmicas de grupo realizadas, constatamos que os utentes obtiveram ganhos em saúde, na medida em que partilharam os seus sentimentos, preocupações e emoções, refletiram acerca dos obstáculos que a vida lhes apresenta assim como das estratégias de mudança a implementar, desenvolveram o processo de interação, comunicação, relação interpessoal e socialização, adquiriram competências relativamente ao trabalho em equipa e de cooperação, desenvolveram capacidade de liderança informal,

de concentração e de atenção, assim como promoveram a descontração e favoreceram a compreensão e aceitação de si próprios como seres únicos e individuais.

Constatamos ainda, que os utentes consciencializam-se acerca das suas características pessoais, ou seja, *“busca-se que o sujeito se veja, e se reveja através de outras formas de expressão, que veja a si e aos outros usando formas de diálogo que não o falado”* (Ferraz, 2009, p.24).

Da análise realizada verificamos igualmente que ao trabalhar com grupos de utentes, *“o enfermeiro tem oportunidade de chegar a um maior número de pessoas de uma só vez e estes indivíduos ajudam-se entre si trazendo para o grupo e partilhando os seus sentimentos, opiniões, ideias e comportamentos”* (Townsend, 2011, p.168).

Os objetivos terapêuticos delineados para a concretização das dinâmicas de grupo, foram alcançados com sucesso, na medida em que os utentes escolhidos para participar nas dinâmicas de grupo foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e também pelo fato de estabelecerem com o enfermeiro uma sólida relação terapêutica.

No presente contexto de estágio procedeu-se também à identificação de focos de atenção e diagnósticos de enfermagem, implementação de planos de cuidados, vigilância de sinais/sintomas existentes no período de desintoxicação de substâncias psicoativas, implementação do empoderamento e de estratégias adaptativas em parceria com o utente e encorajamento para a motivação e tomada de decisões autónomas. De igual forma procedeu-se à realização de testes rápidos com o intuito de detetar a presença de metabolitos de droga no organismo, preparação e administração de cloridrato de metadona a utentes inscritos no programa de desintoxicação de substâncias psicoativas e execução de sessões de psicoeducação e ensinamentos informais, no sentido de esclarecer dúvidas e promover comportamentos assertivos.

Consideramos que os utentes adquiriram conhecimentos e competências pessoais, relacionais e comunicacionais que contribuíram para a melhoria das diversas vertentes: individual, social e cultural. O seu progresso traduziu-se igualmente no nosso crescimento pessoal e profissional.

- *Assistir o utente no processo de auto-modificação de comportamentos.*

A existência de comportamentos problemáticos surge quando existem aprendizagens inadequadas e inapropriadas, sendo que as mesmas podem ser modificadas no alcance de estilos de vida saudáveis e de padrões comportamentais aceitáveis.

Nas diferentes fases do ciclo vital, constatou-se que os utentes, por vezes, sentem necessidade em modificar comportamentos e estilos de vida devido aos conhecimentos adquiridos, às experiências de vida quotidianas e à partilha de informação.

O processo de modificação comportamental consiste em *“ajudar o utente a substituir um comportamento indesejável por outro desejável, utilizando os pressupostos e técnicas, adaptadas, do modelo de terapia comportamental”* (Amaral, 2010, p.81), no alcance de comportamentos saudáveis implícitos pela motivação interna de cada utente.

Durante o processo de auto-modificação comportamental, foi importante analisar as consequências da incapacidade para a mudança, capacitar e motivar os utentes para a gestão de novos desafios e para a modificação de estilos de vida e/ou comportamentos, planear estratégias de prevenção, mecanismos de coping e empoderamento e posteriormente analisar as estratégias adotadas, verificando a necessidade de alterar as estratégias adaptativas previamente implementadas. Sempre que se julgou oportuno, procedeu-se ainda a encaminhamentos para grupos de apoio.

Durante todo o processo, os utentes foram encorajados para a auto-responsabilização, auto-modificação e auto-avaliação, verificando-se que os mesmos se encontravam motivados no alcance de estilos de vida saudáveis. Tal facto, confirma-nos que o objectivo delineado foi alcançado.

- *Conhecer as instituições de apoio aos toxicodependentes que trabalham em articulação com a UDA.*

Hoje em dia existem várias instituições na comunidade que prestam apoio a utentes com perturbações psicopatológicas e com problemas de dependências de substâncias psicoativas. Neste sentido, consideramos oportuno conhecer algumas das instituições e dos recursos existentes na comunidade de forma a prestar cuidados de enfermagem de excelência através da realização de encaminhamentos no alcance da continuidade dos cuidados após a alta clínica.

Neste contexto, foi visitada a comunidade terapêutica do Grupo de Apoio ao Toxicodependente (GATO), constatando-se que os utentes que frequentam esta comunidade apresentam potencial de autonomia, responsabilidade e iniciativa. A frequência nesta comunidade terapêutica permite preparar os utentes para a vida quotidiana exterior e para a integração no contexto laboral, social e comunitário, sendo-lhes permitido partilhar em grupo *“os seus medos e atenuar sentimentos de isolamento, ao mesmo tempo que recebem conforto e aconselhamento de outros que passam por situações semelhantes”* (Townsend, 2011, p.169).

Através da visita realizada, constatámos que são os utentes que desenvolvem as atividades relacionadas com os cuidados de higiene, trabalho doméstico, organização do espaço físico, gestão do orçamento mensal e do tempo, preparação e confeção das refeições, realização de compras no exterior, preparação e administração de medicação e utilização dos recursos de suporte social com o intuito de treinar competências sociais. Neste sentido, o que se pretende é que *“o cliente aprenda coping adaptativo, interação e capacidades de relacionamento que podem ser generalizadas a outros aspectos da sua vida”* (Townsend, 2011, p.201).

Ainda no decorrer da visita, uma utente explicou-nos que na comunidade terapêutica são considerados tanto os pontos fortes como as limitações dos utentes, de forma a promoverem o *“crescimento da personalidade e da capacidade de funcionar de modo mais adaptativo e produtivo em todos os aspetos da vida”* (Townsend, 2011, p.202). Saliente-se ainda, que na comunidade visitada são agendadas e realizadas reuniões terapêuticas, esperando-se que os utentes adquiram aprendizagens pelo feedback das perceções pessoais, tomem decisões de forma autónoma e sejam responsáveis pelo comportamento adotado e pela resolução dos problemas. As reuniões ocorrem com o intuito de estabelecer *“normas e regras e limites comportamentais do setting de tratamento”* (Townsend, 2011, p.203), participando todos os utentes de igual forma.

Nesta visita foi ainda, possível obtermos informações acerca de outras instituições de apoio existentes na região do Algarve. Estes conhecimentos foram enriquecedores para o processo de ensino/aprendizagem visto que posteriormente contribuíram para a realização de aconselhamentos e encaminhamentos, na medida em que o enfermeiro deve *“informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter”* (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p.109).

Consideramos que as atividades desenvolvidas permitiram alcançar com êxito o objetivo delineado, assim como consolidar e mobilizar conhecimentos acerca dos recursos

existentes e disponíveis na comunidade, contribuindo para o desempenho profissional do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Módulo II – Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Portimão

Seguidamente são analisados de forma crítica e reflexiva os objetivos específicos para o Módulo II de estágio, correspondente à intervenção na crise do adulto realizado no Serviço de Internamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Portimão.

- *Desenvolver competências no processo de alta dos utentes.*

O planeamento da alta clínica em contexto de internamento ocorre desde o momento da admissão dos utentes de forma tridimensional pela inclusão dos utentes, família e enfermeiro na prestação de cuidados.

Após a situação de crise, tornou-se importante preparar os utentes para o mundo exterior, pela análise das condições individuais, familiares e habitacionais, transmissão de informação acerca dos recursos humanos, materiais e institucionais disponíveis na comunidade, realização de ensinamentos informais e sessões de psicoeducação, esclarecimento de dúvidas e sempre que se considerou oportuno procedeu-se também a encaminhamentos, na medida em que o enfermeiro deve *“participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de saúde detetados”* (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p.83).

Após análise detalhada deste objetivo de estágio, verificamos que os utentes obtiveram ganhos em saúde, visto que posteriormente à alta clínica foram acompanhados pelas equipas comunitárias de saúde mental do CHA, E.P.E. – Portimão no alcance da continuidade dos cuidados.

O presente objetivo foi atingido, no sentido em que desde o momento da admissão dos utentes, os respectivos casos clínicos foram analisados e discutidos em equipa multidisciplinar, no sentido de preparar adequadamente a sua alta clínica; deste modo foi possível obter competências profissionais em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

- *Desenvolver competências no âmbito da realização da técnica do “Relaxamento Progressivo de Jacobson” e da “Respiração Abdominal” ao utente.*

As sessões de relaxamento assumem grande relevância na vida quotidiana dos utentes visto que evidenciam a promoção do bem-estar físico e psicológico e a adoção de estados profundos de relaxamento com finalidades terapêuticas no âmbito da saúde mental e psiquiátrica, nomeadamente no combate ao stress e ansiedade.

Segundo Payne (2003, p.3) citando Ryman (1995), o relaxamento é *“como um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”*. Durante o relaxamento, o organismo alivia a tensão muscular, bem como promove sentimentos de paz e tranquilidade, inibindo os pensamentos causadores de stress ou perturbadores da tranquilidade e consequentemente contribui para o *“descanso do corpo e mente”* (Townsend, 2011, p.228).

De acordo com a caracterização da população-alvo e análise das necessidades, procedemos à realização e implementação de um projeto denominado de *“Relaxar é Viver”* (anexo XVIII), onde foram planeadas, implementadas e avaliadas quatro sessões de *“Relaxamento Progressivo de Jacobson”* e duas sessões alusivas à técnica da *“Respiração Abdominal”*.

O *“Relaxamento Progressivo de Jacobson”* encontra-se baseado na *“premissa de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam ansiedade através da tensão muscular”* (Townsend, 2011, p.230), apresentando como finalidade a contração/descontração de 16 grupos musculares com o intuito de libertar a tensão muscular e prevenir a ansiedade, insónia, depressão, cansaço, dores, fobias, tensão arterial elevada e consequentemente obter um estado de relaxamento profundo (Townsend, 2011).

A técnica da *“Respiração Abdominal”* visa *“diretamente o sistema nervoso autónomo, um fato a acrescentar às potencialidades da respiração como método de indução de relaxamento”* (Lichstein, 1988 citado por Payne, 2003, p. 139), permitindo deste modo obter resultados eficazes na redução da ansiedade, depressão, irritabilidade, tensão muscular e cansaço (Townsend, 2011).

Para atingir os objetivos terapêuticos delineados para as sessões de relaxamento, tornou-se crucial proceder a pesquisas bibliográficas, elaborar planos das sessões, disponibilizar recursos materiais e humanos, promover um ambiente calmo, escurecido, com música ambiente e com temperatura amena, selecionar o grupo de utentes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão (evidenciados pela consulta dos processos clínicos,

observação direta do comportamento dos utentes e pela discussão dos casos clínicos com a equipa multidisciplinar), instruir os utentes acerca dos procedimentos a realizar e dos benefícios a obter e implementar as sessões de relaxamento de acordo com os conhecimentos obtidos pelas pesquisas bibliográficas realizadas.

Durante a sua implementação foi igualmente importante monitorizar os indicadores que condicionavam ou facilitavam o relaxamento, verificar a execução correta dos movimentos respiratórios e de contração/descontração muscular e no final da sessão permitir aos utentes a expressão de sentimentos e emoções, de modo a proceder-se à avaliação da sessão. Esta avaliação foi executada através da auto-avaliação dos utentes, observação direta e monitorização fisiológica.

No final de cada sessão foi entregue a cada utente, um folheto informativo sobre a técnica de relaxamento realizada, para que adquirissem conhecimentos relativamente aos procedimentos executados e, após a alta clínica, sempre que necessário e de acordo com as suas capacidades cognitivas e intelectuais, pudessem colocar em prática os conhecimentos adquiridos em contexto de internamento e assim promoverem estilos de vida saudáveis.

A realização das sessões de relaxamento evidenciaram ganhos em saúde para os utentes, na medida em estes através da auto-avaliação referiram sentir-se relaxados e tranquilos, aspeto que corroborou com a observação direta realizada. Os utentes sentiram-se motivados com a realização das sessões de relaxamento pois, em contexto de estágio por inúmeras vezes, fomos questionados sobre a realização das próximas sessões. Acresce salientar que a sua participação ocorreu de forma adequada e ativa no cumprimento das regras previamente estabelecidas.

Pelo fato de termos realizado estas sessões mais do que uma vez, consideramos que do ponto de vista do processo de ensino/aprendizagem alcançamos competências no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

- *Desenvolver competências na integração do utente nas dinâmicas de grupo intituladas de “Desenho Livre” e “Comentário de Provérbios”.*

As dinâmicas de grupo no contexto da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica visam o desenvolvimento social e pessoal dos utentes, assim como permitem ao enfermeiro verificar o comportamento destes em contexto de grupo, a capacidade de interação, comunicação, iniciativa e liderança e a reavaliação dos diagnósticos de enfermagem. Neste

sentido, constata-se que as dinâmicas de grupo permitem “*ajudar uma pessoa através de processos psicológicos, a modificar um comportamento, a gerir um sintoma ou um síndrome e a desenvolver as suas capacidades de adaptação*” (Chalifour, 2008, p.38), procurando “*aumentar as interações sociais e reduzir as adversidades, ajudando a pessoa a aceitar o sofrimento como um aspecto inevitável da vida e, quando é possível, a pô-lo ao serviço do seu desenvolvimento pessoal*” (Chalifour, 2008, p.39).

Neste contexto de estágio foram realizadas três dinâmicas de grupo alusivas ao tema “*Desenho livre*” e três dinâmicas de grupo relativamente ao “*Comentário de Provérbios*”, ambas com o intuito de permitir a interação social e comunicação, promover a expressão de sentimentos e emoções e consciencializar os utentes para os aspetos positivos da vida.

Para a implementação das dinâmicas de grupo, tornou-se necessário realizar pesquisas bibliográficas, adequá-las às necessidades identificadas na população-alvo, elaborar planos das sessões, disponibilizar recursos materiais e humanos, selecionar o grupo de utentes (de acordo com os critérios de inclusão e exclusão), instruir os utentes acerca dos procedimentos a realizar, dos benefícios terapêuticos e dos objetivos a alcançar, realizar a dinâmica de grupo de acordo com o preconizado e no final permitir aos utentes a expressão de sentimentos e emoções. Posteriormente foi necessário interpretar e avaliar os resultados obtidos de forma a reavaliar os diagnósticos de enfermagem previamente traçados.

A realização destas dinâmicas de grupo careceu de seleção prévia dos utentes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Acresce ainda salientar que nem sempre o grupo foi constituído somente pelos utentes incluídos nos critérios de inclusão, arriscando por vezes o enquadramento de utentes incluídos nos critérios de exclusão, visto que os mesmos solicitavam a sua participação. Embora estivéssemos conscientes que ao incluir estes utentes na realização das dinâmicas de grupo, estas dinâmicas poderiam ficar comprometidas, ainda assim, após ponderação e análise detalhada dos diferentes diagnósticos de enfermagem decidimos inclui-los. Relativamente a este aspeto verificamos que os utentes incluídos nos critérios de exclusão não comprometeram a realização das dinâmicas de grupo em que participaram, pelo fato de terem sido adotadas técnicas comunicacionais e pela interação e relação de inter-ajuda previamente estabelecida com os mesmos.

Com recurso à dinâmica de grupo “*Desenho Livre*” (anexo XIX) e “*Comentário de Provérbios*” (anexo XX), verificámos que os utentes expressaram sentimentos e emoções, assim como desenvolveram a cognição e a capacidade de concentração. Pela análise realizada aos resultados obtidos constatámos igualmente que os utentes adquiriram ganhos

para a saúde, visto que lhes foi permitido o autoconhecimento, a transformação pessoal, a adoção de estratégias de coping e a consciencialização e desmistificação de ideias erradas, fruto das reflexões pessoais realizadas.

De um modo geral, consideramos que os utentes participaram de forma ativa nas dinâmicas de grupo, expressando sentimentos e emoções, com recurso a exemplos da vida quotidiana e pela partilha de experiências pessoais. Estas dinâmicas permitiram aos utentes a obtenção de ganhos em saúde no que concerne ao desenvolvimento de competências sociais, cognitivas, afetivas, relacionais, pessoais, intelectuais e interpessoais.

Ao permitimos a realização de *“ações que estimulem os indivíduos frente ao saber fazer, sentir, pensar, refletir, e o saber ser, buscando o desenvolvimento em seus clientes, das suas capacidades e competências, em todas as dimensões, sejam físicas, psicológicas, relacionais, afetivas, sociais e políticas”* (Ferraz, 2009, p.23), contribuímos igualmente para o alcance do objetivo de estágio, pela promoção de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

- *Desenvolver competências no contexto das visitas domiciliárias.*

O internamento em contexto hospitalar apresenta um *“custo proibitivo, enquanto o cuidado do cliente na comunidade tem um custo mais acessível”* (Townsend, 2011, p.782), deste modo, demonstram-se a crescente tendência para a desinstitucionalização no futuro e para a prestação de cuidados em contexto de ambulatório inserida na comunidade.

Perante a programação das visitas domiciliárias, tornou-se necessário proceder à identificação das necessidades e benefícios da sua realização, planear a visita e preparar os recursos necessários.

As visitas domiciliárias permitiram avaliar em contexto comunitário as situações reais e/ou potenciais que pudessem comprometer ou alterar o estado de saúde mental do utente, observar a interação familiar, analisar as condições habitacionais e o contexto sócio-familiar, promover o empoderamento e autonomia do utente, avaliar a resposta comportamental e relacional, identificar estratégias adaptativas na diáde saúde/doença, esclarecer dúvidas, avaliar a evolução clínica do utente, observar os resultados dos ensinamentos e dos tratamentos realizados e reavaliar diagnósticos de enfermagem. Estas visitas apresentaram como vantagens o estabelecimento da relação de confiança, a análise de

outros problemas de saúde e o conhecimento alargado das necessidades dos utentes inseridos no ambiente familiar.

Após análise e avaliação das atividades desenvolvidas no alcance do objetivo supra-citado, constatamos que os utentes adquiriram ganhos em saúde, na medida em que o enfermeiro no contexto domiciliário, familiar e social favoreceu a articulação dos cuidados de saúde com os recursos existentes e disponíveis na comunidade.

Na globalidade, consideramos que o objetivo individual de estágio foi alcançado com êxito, visto que preparámos todas as etapas, desde a planificação, análise e discussão dos casos clínicos com a equipa multidisciplinar, procedendo à sua realização e posterior avaliação, no sentido de ajudar o utente a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Módulo III – Consulta Externa de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Faro

Seguidamente são analisados de forma crítica e reflexiva os objetivos específicos para o Módulo III de estágio correspondente à Pedopsiquiatria realizado na consulta externa de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Faro.

- *Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na infância e adolescência.*

Quando um adolescente é encaminhado para a consulta de pedopsiquiatria primeiramente é realizada uma consulta de enfermagem com o intuito de realizar a colheita de dados pessoais, familiares, escolares e sociais, sendo conjuntamente analisado e observado o comportamento e a interação interpessoal.

No decorrer deste módulo de estágio realizámos consultas de enfermagem de forma autónoma, ao adolescente e seu familiar num ambiente acolhedor e terapêutico. Estas consultas apresentaram como princípio fundamental o respeito pela individualidade do adolescente, de modo a estabelecer uma ótima relação terapêutica.

Durante as consultas de enfermagem e dinâmicas de grupo realizadas foi possível identificar focos de atenção e diagnósticos de enfermagem, assim como foi possível

delinear um plano de cuidados com intervenções de enfermagem específicas para cada adolescente de acordo com a sua individualidade e singularidade com recurso à linguagem preconizada pela CIPE.

A participação nas reuniões de equipa multidisciplinar, em parceria com a equipa do GASMI, núcleo de maus tratos, escolas, centros de formação profissional e Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), foi enriquecedora para o processo de ensino/aprendizagem. Nestas reuniões foram discutidos e analisados casos clínicos, proporcionada a partilha de experiências e aprendizagens, promovida a reflexão crítica alusiva às intervenções autónomas e interdependentes desenvolvidas nos diferentes casos clínicos; foi feita a previsão e elaboração de planos de cuidados adequados às necessidades e especificidades de cada adolescente e a realização de encaminhamentos, sempre que se julgou oportuno.

Pela análise realizada às atividades desenvolvidas no alcance deste objetivo individual de estágio, constatamos que os adolescentes obtiveram ganhos em saúde na medida em que lhes foi permitida a realização de intervenções adaptadas as suas necessidades e aos objetivos terapêuticos previamente instituídos, nomeadamente no que concerne à promoção da interação, socialização, comunicação e à capacidade de concentração, atenção e memória.

Este objetivo individual de estágio foi atingido com êxito, visto que desenvolvemos competências de intervenção em enfermagem nesta área específica assim como concebemos ferramentas psicoterapêuticas e psicoeducativas fundamentais para a promoção da qualidade de vida e ganhos em saúde mental e psiquiátrica na infância e adolescência.

- *Desenvolver competências de assistência aos pais e às crianças e adolescentes portadoras de doença mental e psiquiátrica.*

No contexto da pedopsiquiatria, as crianças e os adolescentes recorrem muitas vezes às consultas acompanhados pelos seus pais e/ou familiares. Neste sentido, foi fundamental envolver os pais e/ou familiares na prestação de cuidados, no alcance de uma relação de confiança com os mesmos, de modo a analisar a relação existente entre pais/filhos, identificar situações de conflito no seio familiar, identificar focos de atenção e diagnósticos de enfermagem, traçar planos de cuidados, realizar aconselhamentos de acordo com as

suas necessidades, realizar ensinamentos informais e sessões de psicoeducação, promover a expressão de sentimentos e emoções e realizar encaminhamentos sempre que se julgou necessário e oportuno.

No decorrer das consultas de enfermagem realizadas aos pais dos adolescentes que frequentam a consulta de pedopsiquiatria foi necessário abordar as suas preocupações, a relação familiar com os filhos, a mudança comportamental dos filhos, os fatores desencadeantes ou inibidores das mudanças comportamentais, assim como foi necessário explorar as consequências existentes no relacionamento social, familiar e escolar dos adolescentes de modo a traçar um plano de cuidados adequado às suas especificidades. Durante as consultas de enfermagem realizadas aos pais dos adolescentes, recorreu-se ainda a aconselhamentos sustentados na sua individualidade sendo que para isso “*o conselheiro deve ser caloroso, gentil e não criticar, porém, tem de ser capaz de estabelecer limites de maneira firme*” (Townsend, 2011, p.498). Foi ainda disponibilizada informação acerca dos recursos e instituições existentes na comunidade envolvente de forma a promover a continuidade dos cuidados de excelência.

As atividades desenvolvidas com os pais e família dos adolescentes que frequentam as consultas de Pedopsiquiatria aumentaram as nossas competências de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pelo fato de estabelecermos uma relação terapêutica sustentada na confiança, a qual permitiu explorar com maior detalhe os comportamentos dos adolescentes em interação familiar, escolar e social e adequar as intervenções de enfermagem às suas especificidades e necessidades, contribuindo para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

- *Aperfeiçoar competências no âmbito da consulta de enfermagem ao adolescente/família/prestador de cuidados.*

As consultas de enfermagem, permitiram a realização do exame do estado mental do utente, a identificação de necessidades, a adoção de estratégias de resolução de problemas, o aconselhamento, o encaminhamento, o treino de aptidões sociais e também o apoio às famílias. Nestas consultas, o enfermeiro “*manifesta o seu interesse pelo cliente e convida-o, apesar dos seus receios e hesitações, a olhar-se e reconhecer-se tal como é, e a assumir os riscos inerentes às mudanças que se impõem na sua vida*” (Chalifour, 2008, p.177).

No planeamento das consultas de enfermagem, tornou-se necessário estabelecer uma data e horário para a marcação das mesmas, sendo estas realizadas num ambiente propício, ou seja, num ambiente calmo, acolhedor e livre de interrupções e ruídos. Antes de cada consulta, analisámos os processos clínicos dos adolescentes, de modo a obtermos um maior número de informações. No seu decurso, procedemos à avaliação inicial, colheita de dados sobre a história pessoal, familiar, social, emocional, afetiva e económica dos adolescentes, identificamos o fator causal da psicopatologia e/ou da alteração comportamental, identificamos problemas reais e/ou potenciais, necessidades psíquicas, biológicas e físicas e eventuais sinais/sintomas, promovendo de igual forma o apoio emocional e a aceitação incondicional.

No decorrer das consultas de enfermagem realizámos ainda aconselhamentos aos adolescentes e seus familiares, no entanto o enfermeiro *“não deve forçar o cliente a segui-lo, mas apresentá-lo como uma contribuição à reflexão em curso”* (Chalifour, 2009, p.292), de modo a promover a capacidade para a tomada de decisões, autonomia, auto-conhecimento e responsabilidade.

Da análise realizada às atividades desenvolvidas, concluímos que o objetivo foi alcançado, na medida em que os adolescentes e seus pais e/ou familiares obtiveram ganhos em saúde, sendo-lhes permitida a expressão de sentimentos, emoções e preocupações na procura de estratégias para a resolução de problemas e analogamente contribuindo para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

- *Desenvolver competências no âmbito da integração dos adolescentes nas dinâmicas de grupo intituladas de “Percussão Corporal” e “Construção de Instrumentos Musicais e Composição Musical”.*

Em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica assume-se igualmente o trabalho com os utentes em forma de grupos, pelo fato do utente *“partilhar, desenvolver conhecimento pessoal e melhorar as estratégias de coping interpessoais”* (Townsend, 2011, p.168).

No início deste módulo de estágio foram evidenciadas as necessidades da população-alvo, verificando-se que as mesmas foram ao encontro de problemas de socialização, interação e comunicação nos adolescentes.

De forma a dar resposta as necessidades demonstradas, tornou-se necessário elaborar um projeto denominado de *“Dinâmicas Musicais na Adolescência”* (anexo XXI), com o

intuito de promover o bem-estar físico e psicológico, a interação social e comunicação, estimular a capacidade de concentração, memória e de atenção, permitir a expressão de sentimentos e emoções, facilitar a percepção sonora, corporal, ambiental e de si mesmo, promover a criatividade e a capacidade de improviso, desenvolver habilidades cognitivas e sociais e estimular as habilidades sensório-motoras nos adolescentes. Neste projeto, foram posteriormente planejadas e implementadas quatro sessões de grupo, intituladas de “*Percussão Corporal*” (sessão n.º1) e “*Construção de Instrumentos e Composição Musical*” (sessão n.º 2, 3 e 4).

A implementação das dinâmicas de grupo “*trata-se de um trabalho que coordena um processo em que, por meio das situações, ações, consignas e atividades lúdicas-expressivas-criativas propostas, as mais diversificadas possíveis, convida a pessoa a viver o inusitado, para que possa ir criando novos meios de perceber, agir sobre a realidade e se comunicar com ela, apresentando respostas inovadoras sobre si, o mundo e os outros*” (Ferraz, 2009, p.23).

De forma a implementar as dinâmicas de grupo com eficácia tornou-se oportuno criar condições favoráveis, neste sentido, o tamanho do grupo foi tido em consideração, sendo o mesmo constituído por cinco adolescentes, visto que “*quanto maior o grupo, menos tempo fica disponível para cada membro*” (Townsend, 2011, p.169), sentando-se os adolescentes em forma de círculo evitando assim barreiras comunicacionais.

O grupo escolhido para frequentar as dinâmicas de grupo (de acordo com os critérios de inclusão e exclusão), correspondeu a um grupo de adolescentes a quem era administrada medicação de ação prolongada e que mantinham com a enfermeira uma ótima relação terapêutica.

No decorrer das dinâmicas de grupo não se observaram conflitos, verificando-se que os adolescentes interagiram e comunicaram entre si de forma adequada, estabelecendo um adequado relacionamento interpessoal e apresentando espírito de cooperação, auto-ajuda e partilha.

Da análise das atividades desenvolvidas, constatamos que os adolescentes obtiveram ganhos em saúde com a realização destas dinâmicas, visto que uns com o auxílio dos outros, aprenderam a enfrentar as adversidades da vida, exprimir os seus medos e preocupações, exploraram estratégias de resolução de problemas, partilharam experiências pessoais e identificaram-se uns com os outros, ou seja, “*os indivíduos apercebem-se que não estão sozinho nos problemas, pensamentos e sentimentos que estão a experienciar*”

(Townsend, 2011, p.170), participando ativamente e de forma espontânea nas dinâmicas realizadas.

Na globalidade da análise efetuada a este objetivo de estágio, constatámos que o mesmo foi alcançado com êxito pelo facto de termos desenvolvido competências psicoterapêuticas que contribuíram para o nosso crescimento pessoal e profissional. Neste contexto, foi fundamental a capacidade de criatividade na elaboração de dinâmicas de grupo estimulantes, originais e adaptadas às necessidades dos adolescentes. O objetivo visado foi estimular a mudança e o processo de socialização, visto que os adolescentes *“são capazes de corrigir comportamentos sociais mal-adaptativos e aprender a desenvolver novas capacidades sociais”* (Townsend, 2011, p.170).

Conclusão

Enquanto enfermeiros responsáveis pela formação contínua na área de atuação com vista à prestação de cuidados de enfermagem de excelência direcionadas para a saúde mental e psiquiátrica, julgámos pertinente realizar o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Neste contexto, consolidámos e aprofundámos conhecimentos teóricos, científicos e práticos, os quais permitiram a reflexão crítica acerca da prestação de cuidados em enfermagem, incutindo assim capacidades para a tomada de decisão, iniciativa, responsabilidade e autonomia, bem como o auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

Enquanto que o projeto individual de estágio constituiu um guia orientador para a concretização dos objetivos traçados, o presente relatório traduziu a reflexão crítica de todo o desempenho recorrendo à introspeção focalizada nas intervenções realizadas, nas experiências vividas, nos obstáculos enfrentados e nas estratégias implementadas. Deste modo, o presente documento apresenta uma compilação de todo o processo de ensino/aprendizagem e de todas as experiências vividas no decorrer dos três módulos de estágio, que contribuíram para o desenvolvimento das competências na área específica da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

O relatório apresenta ainda a descrição e análise das atividades desenvolvidas, das competências relacionais, práticas, humanas e comunicacionais adquiridas, a partilha de experiências e a análise dos resultados obtidos pelas atividades efetuadas. Foram desenvolvidas competências no contexto da promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção, no contexto da intervenção na crise do adulto e na pedopsiquiatria, intervindo de forma assertiva na tomada de decisões de situações complexas e no planeamento e implementação de planos de cuidados de acordo com a unicidade e individualidade dos utentes, com reflexos na prática clínica.

Após uma análise crítica e reflexiva acerca da realização do módulo I de estágio, constatamos que foram adquiridas competências no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no contexto da toxicod dependência, nomeadamente, pela realização de

entrevistas de enfermagem, sessões de psicoeducação, terapias de modificação comportamental, intervenção motivacional e aconselhamentos, assim como pelo estabelecimento da relação terapêutica e comunicacional. As atividades desenvolvidas promoveram nos utentes estilos de vida saudáveis e a reabilitação e reinserção destes na comunidade envolvente ou em comunidades terapêuticas.

O módulo II de estágio contribuiu igualmente para a obtenção das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica na medida em que permitiu a consolidação das competências profissionais respeitantes à prestação de cuidados de enfermagem em situações de crise, particularmente no acolhimento, estabelecimento da relação terapêutica e comunicacional, gestão do ambiente terapêutico, realização de dinâmicas de grupo designadas de “*Desenho Livre*” e “*Comentário de Provérbios*”, assim como a execução de técnicas de relaxamento, mais precisamente do “*Relaxamento Progressivo de Jacobson*” e da técnica da “*Respiração Abdominal*”.

O módulo III de estágio favoreceu o alcance das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no âmbito da infância e adolescência na medida em que permitiu o aperfeiçoamento de competências profissionais relativamente ao aconselhamento, relação terapêutica, comunicação, encaminhamentos para instituições e recursos existentes na comunidade e realização de dinâmicas de grupo designadas de “*Dinâmicas Musicais na Adolescência*”.

De um modo global e após uma reflexão crítica acerca do processo de ensino/aprendizagem consideramos ter alcançado os objetivos individuais de estágio a que nos propusemos no projeto individual, assim como as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica descritas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2010) denotando o quão gratificante foi esta experiência pela mobilização das capacidades intelectuais, emocionais e sensoriais na índole pessoal e profissional. O investimento pessoal realizado no decorrer deste Mestrado contribuiu igualmente para a qualificação, maturação e valorização pessoal e profissional.

O facto deste percurso ter terminado não significa que o mesmo esteja encerrado, visto que o termo desta etapa, constitui o início de outros caminhos a percorrer, com o objetivo de melhorar continuamente os cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

Referências Bibliográficas

- Abreu, J. 2011. Introdução à Psicopatologia Compreensiva. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Amaral, A. 2010. Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental Mediante a CIPE. Loures. Lusociência.
- Barbier, J. 1993. Elaboração de projetos de ação e planificação. Porto. Porto Editora.
- Braconnier, A., Marcelli, D. 2000. As mil faces da adolescência. Lisboa. Climepsi Editores.
- Chalifour, J. 2008. A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures. Lusodidacta.
- Chalifour, J. 2009. A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção. Loures. Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa. Direção-Geral da Saúde.
- Ferraz, M. 2009. Terapias Expressivas Integradas. Venda do Pinheiro. Tuttirév Editorial, Lda.
- Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, M. 2010. Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos n.º 15. Janeiro-Março. Setúbal. Editor António Freitas.
- Fortin, M. 1999. O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures. Lusociência.
- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. 2005. Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Ogden, J. 1999. Psicologia da Saúde. Lisboa. Climepsi Editores.
- Payne, R. 2003. Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde. Loures. Lusociência.
- Phaneuf, M. 2005. Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação. Loures. Lusociência.

Santos, A. 2001. Ideologias, Modelos e Práticas Institucionais em Saúde Mental e Psiquiátrica. Coimbra. Quarteto Editora.

Silva, M. 2006. Comunicação tem Remédio – A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo. Edições Loyola.

Tomey, A., Alligood, M. 2004. Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Loures. Lusociências.

Townsend, M. 2011. Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de cuidados na prática baseada em evidência. Loures. Lusociência.

Trzepacz, P., Baker, R. 2001. Exame Psiquiátrico do Estado Mental. Lisboa. Climepsi Editores.

Veiga, J. 2006. Ética em Enfermagem - Análise, problematização e (re)construção. Lisboa. Climepsi Editores.

World Health Organization (WHO). 2001. Geneva. Geneva Strengthening mental health promotion.

Legislação

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. 1996. N.º 205/96 SÉRIE I-A. Diário da República. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. Lei de Saúde Mental. 1998. N.º 169/98 SÉRIE I-A. Diário da República. Ministério da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros. 2010. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. 2010. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Anexos

Anexo I – Projeto Individual de Estágio



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Um percurso em Saúde Mental e Psiquiátrica **Projeto Individual de Estágio**

Andreia Filipa Dias Faleiro, n.º 360506091

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica/Estágio

Porto, 19 de Abril de 2013



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Um percurso em Saúde Mental e Psiquiátrica **Projeto Individual de Estágio**

Andreia Filipa Dias Faleiro, n.º 360506091

Professor Orientador: Emília Preciosa

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica/Estágio
(Módulos I,II,III)

Porto, 19 de Abril de 2013

*"É certo que não podemos mudar a direção dos ventos, mas
podemos alterar a posição das velas."*

(L. Navarro)

Siglas

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHA – Centro Hospitalar do Algarve

CHBA – Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

EESMP – Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

GASMI – Grupo de Apoio a Saúde Mental Infantil

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIE – Projeto Individual de Estágio

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

UC – Unidade Curricular

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UDA – Unidade de Desabilitação do Algarve

Índice

Introdução	6
1. Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.....	10
1.1 Delimitação dos Campos de Estágio	11
2. Objetivos Gerais, Específicos e Atividades a Desenvolver	14
Considerações Finais	30
Referências Bibliográficas	32
Anexos.....	34
Anexo I – Cronograma Geral dos Objetivos.....	36

Introdução

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) lecionado no Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) do Porto, preconiza a realização deste projeto individual de estágio (PIE) no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O estágio encontra-se constituído por três módulos, nomeadamente no âmbito do desenvolvimento de competências na promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção (módulo I), em unidades de intervenção na crise de adultos (módulo II) e na pedopsiquiatria (módulo III - opcional). Os módulos de estágios mencionados serão realizados na Unidade de Desabilitação do Algarve, no serviço de Internamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA) e na Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve (CHA), E.P.E., respetivamente.

O estágio terá início a 13 de Maio de 2013 e termo a 1 de Fevereiro de 2014. O primeiro momento de aprendizagem decorrerá entre 13 de Maio e 13 de Julho de 2013 e será realizado no serviço de Internamento da Psiquiatria do CHBA (módulo II), o segundo período acontecerá entre 1 de Outubro e 23 de Novembro de 2013 na Consulta de Pedopsiquiatria do CHA, E.P.E. (módulo III) e o último período de estágio será realizado na Unidade de Desabilitação do Algarve (módulo I) entre 25 de Novembro de 2013 e 1 de Fevereiro de 2014.

A duração desta UC apresenta um total de 750 horas de trabalho, compreendido em 210 horas para trabalho individual e 540 horas de prática clínica, das quais correspondem para cada módulo de estágio 180 horas de contacto físico presencial.

Os estágios proporcionam uma etapa fundamental, estimulante e enriquecedora no percurso de aprendizagem pedagógica e profissional, permitindo colocar em prática conhecimentos teóricos, assim como adquirir capacidades cognitivas que permitam

enfrentar e solucionar os obstáculos e situações novas com que atualmente nos deparamos no cotidiano profissional.

Futurando a realização do estágio foi elaborado o PIE que funcionará como fio condutor para a prática clínica, espelhando de forma real e mensurável as competências a adquirir definidas pelos objetivos e pelas atividades a desenvolver neste percurso de formação específica. Estes serão ilustrados no cronograma geral de objetivos (anexo 1), permitindo organizar num espaço temporal os objetivos e atividades a desenvolver, de modo a rentabilizar o processo de aprendizagem e a aquisição de competências.

Segundo BARBIER, (1993) o *“projeto 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 ato”*(1).

Durante a realização do PIE atendeu-se a algumas características, nomeadamente que ele fosse exequível, realista, flexível e adaptado às características dos serviços e da população-alvo, sendo possível a sua realização. Torna-se imperativo recordar que o presente projeto é passível de ser alterado de modo a atender às necessidades detetadas e planear atividades numa perspetiva de mudança entre o contextual real e o contexto desejável com o intuito de obter ganhos em saúde.

A elaboração deste projeto alicerçou-se no método exploratório e descritivo, sustentado por pesquisas bibliográficas e informações obtidas através de entrevistas informais com os enfermeiros chefes e tutores dos diferentes campos de estágio.

A construção deste PIE apresenta como objetivos:

- Desenvolver a capacidade de elaboração de um projeto;
- Formular os objetivos transversais e específicos para os três módulos de estágio;
- Planear as atividades a desenvolver para atingir os objetivos traçados;
- Responder a uma exigência curricular;
- Dar conhecimento ao orientador, enfermeiros chefes e tutores dos objetivos a atingir;
- Servir de guia orientador para o estágio e para a elaboração do relatório crítico de estágio.

Este projeto encontra-se organizado em três setores, sendo eles a introdução, que compreende o enquadramento do curso, da UC e dos três módulos de estágio, seguida da fundamentação teórica onde serão apresentadas algumas considerações acerca das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, a delimitação dos

campos de estágio e a apresentação dos objetivos transversais e específicos e das atividades a desenvolver e por último as considerações finais, seguida das referências bibliográficas e anexos.

A formatação utilizada neste projeto, seguiu as normas vigentes na UCP do Porto, no entanto as referências bibliográficas seguiram a norma Portuguesa 405.

1. Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

A prestação de cuidados de excelência em enfermagem deve ser sustentada em conhecimentos científicos atuais que assentem em intervenções profissionais, rigorosas, eficientes e eficazes ao utente/família/comunidade. Deste modo, a responsabilização da atualização dos conhecimentos cabe a cada enfermeiro, na medida em que devem *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”* (2).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Saúde Mental como *“o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”* (3). Assim sendo, verifica-se que existe saúde mental quando o utente apresenta capacidade de adaptação e reinserção no ambiente em que se insere, estabelece relações adequadas com a comunidade envolvente, apresenta autonomia, resolve e/ou gere os seus próprios conflitos internos e alterações comportamentais, exerce os seus papéis sociais e apresenta respostas adaptativas, tendo em consideração os sistemas biopsicológicos e socioculturais.

No entanto, quando a saúde mental do utente se encontra comprometida, o enfermeiro deve possuir formação e competências específicas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, de modo a promover a continuidade de excelência dos cuidados prestados.

A especialização numa área específica da enfermagem visa *“assegurar a aquisição de competência científica, técnica, humana e cultural numa área específica da enfermagem”* (4), que permite agir como perito na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, sendo imprescindível a valorização da tríade utente/família/comunidade no alcance do bem-estar físico e psicológico e da qualidade de vida.

A decisão em efetuar este curso prende-se com uma escolha e interesse pessoal na busca incessante de conhecimentos específicos em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica o qual contribuirá para o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica *“foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimentos, alterações ou doença mental”* (5).

Segundo o regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica são as seguintes:

- a) *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”* (5);
- b) *“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”* (5);
- 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”* (5);
- d) *“Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”*(5).

De acordo com as competências acima referidas, pretende-se que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica adquira/desenvolva competências técnico-científicas e perícia tanto ao nível da prestação de cuidados como da comunicação, relação de ajuda, gestão, supervisão de cuidados, formação e investigação científica inerentes à formação do enfermeiro especialista. Com a aquisição destas competências pretende-se ajudar o utente a obter melhores resultados em saúde, de modo a atingir a sua capacidade funcional máxima o mais rapidamente possível.

1.1 Delimitação dos Campos de Estágio

A seleção dos campos de estágio, tiveram em consideração os objetivos do curso, os objetivos individuais e prenderam-se também com escolhas de caráter pessoal.

Numa perspetiva pessoal, as instituições escolhidas para a realização dos diferentes módulos de estágio reúnem as condições oportunas de aprendizagem e preenchem os requisitos essenciais para a aquisição, implementação e desenvolvimento de competências e saberes específicos do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

A concretização destes três módulos de estágio são de primordial importância, uma vez que visam o desenvolvimento pessoal e profissional, aprendizagem, operacionalização, consolidação e o transpor de conhecimentos e saberes teóricos e práticos adquiridos nas UC ministradas durante o 1.º e 2.º semestre, os quais são indissociáveis da prática clínica na área da EESMP ao utente/família/comunidade.

O estágio será constituído por três módulos de intervenção, sendo eles:

- O **módulo I** será realizado na Unidade de Desabituação do Algarve abrangendo intervenções ao nível da promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção. Este campo de estágio permitirá desenvolver competências no âmbito da reinserção social e reabilitação em saúde mental no contexto comunitário, assim como o desenvolvimento de competências no âmbito da consulta de enfermagem e encaminhamentos para instituições de reabilitação psicossocial.
- O **módulo II** decorrerá no Internamento de Psiquiatria do CHBA e compreende intervenções na crise ao adulto. Este serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar onde são internados utentes em idade adulta com patologias psiquiátricas desta área de residência vindos do serviço de urgência de psiquiatria do Hospital de Faro, E.P.E.. ou do Centro Hospitalar de Lisboa. Este campo de estágio permitirá desenvolver competências relativamente à psicoterapia e psicoeducação ao utente/família/prestador de cuidados.
- O **módulo III** realizar-se-á na Consulta de Pedopsiquiatria do CHA, E.P.E. contribuindo para o desenvolvimento de competências no âmbito da saúde mental e psiquiátrica na infância e adolescência. Esta escolha prende-se com uma vontade pessoal em adquirir conhecimentos nesta área específica da saúde mental e psiquiátrica.

O cronograma de estágio referente aos três módulos de estágio, periodicidade e localidade será apresentado seguidamente na tabela 1.

Cronograma de estágio		
Módulos	Período	Local
Módulo II Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto	De 13 de Maio a 13 de Julho de 2013	CHBA
Módulo III Pedopsiquiatria	De 1 de Outubro a 23 de Novembro de 2013	Consulta de Pedopsiquiatria do CHA, E.P.E.
Módulo I Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção	De 25 de Novembro de 2013 a 1 de Fevereiro de 2014	Unidade de Desabituação do Algarve

Tabela 1 – Cronograma de estágio

O planeamento sequencialmente eleito para a realização dos diferentes módulos de estágio exigiram momentos de reflexão, obrigando a diversas ponderações de modo a nomear a escolha que melhor possibilitasse o processo de ensino-aprendizagem.

Na área da saúde mental e psiquiátrica o meu interesse e projeto pessoal passa por desenvolver competências relativamente à psicoterapia e psicoeducação em utentes portadores de sintomatologia depressiva e comportamentos suicidários, pertimindo que no futuro consigam viver com qualidade de vida e que consigam desempenhar um papel proactivo no seu próprio processo de cuidar, de recuperação, de reabilitação e de reinserção social.

A depressão segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é a *“emoção com as características específicas: estado no qual a disposição está reprimida, causando tristeza, melancolia, astenia, deterioração da compreensão, concentração diminuída, sensação de culpa, e sintomas físicos incluindo perda de apetite, insónia e dor de cabeça”* e a tentativa de suicídio é o *“comportamento autodestrutivo com as características específicas: desempenhar atividades auto-iniciadas que levam à autodestruição, com o objetivo de se matar ou ameaçar fazê-lo”* (6).

Deste modo, os objetivos e as atividades delineadas neste projeto englobam intervenções direcionadas aos utentes com sintomatologia depressiva e comportamentos suicidários nos diferentes contextos de intervenção como forma de prevenir a doença mental, promover a saúde mental, qualidade de vida e o bem-estar físico e psicológico no utente/família/prestador de cuidad

2. Objetivos Gerais, Específicos e Atividades a Desenvolver

Os objetivos de ensino/aprendizagem indicam as metas que se pretendem alcançar, assegurando o máximo desenvolvimento do estudante nas suas relações com o meio académico e profissional.

No decorrer do estágio pretende-se que os estudantes atinjam os objetivos propostos pelo guia do ICS (7), mas que também se proponham a delinear objetivos gerais aos três módulos de estágio, assim como objetivos específicos para cada módulo e as suas respetivas atividades.

Os objetivos e as respetivas atividades delineadas neste projeto servirão como instrumento de comunicação e orientação para o processo construtivo como enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica. Permitirão ainda refletir acerca das metas a alcançar, bem como orientar a ação quotidiana, facilitando deste modo o desenvolvimento, crescimento e construção formativa, profissional e pessoal no decorrer destes três módulos de estágios.

Os objetivos e as atividades serão apresentados seguidamente, sendo que os objetivos gerais aos três módulos de estágio serão apresentados primeiramente e seguidamente serão apresentados os objetivos específicos de cada módulo de estágio.

Objetivo 1 – Aplicável aos Módulos I/II/III
<i>Identificar a estrutura física, organizacional, funcional e a dinâmica dos serviços.</i>
<u>Atividades a desenvolver:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação aos enfermeiros chefes, tutores e à equipa multidisciplinar; • Realização de entrevistas informais aos enfermeiros chefes e tutores; • Visita guiada aos diferentes serviços;

Objetivo 1 (cont.) – Aplicável aos Módulos I/II/III

Identificar a estrutura física, organizacional, funcional e a dinâmica dos serviços.

Atividades a desenvolver:

- Conhecimento/caracterização dos recursos materiais, humanos e equipamentos disponíveis nos serviços;
- Consulta/análise de protocolos, normas de serviço, manual de integração, legislação e outro tipo de documentação oficial pertinente;
- Caracterização da população-alvo;
- Participação no trabalho em equipa multidisciplinar, numa relação de inter-ajuda;
- Observação/cooperação nas dinâmicas dos serviços;
- Integração/colaboração na prestação de cuidados gerais em enfermagem e especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica;
- Identificação/colaboração em projetos existentes nos serviços;
- Esclarecimento de dúvidas, com os enfermeiros chefes e tutores.

Objetivo 2 – Aplicável aos Módulos I/II/III

Respeitar os princípios Éticos e Deontológicos na prestação de cuidados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao utente/família/prestador de cuidados.

Atividades a desenvolver:

- Aplicação dos conhecimentos teóricos do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) na prática clínica;
- Utilização dos conhecimentos da Carta dos direitos do doente internado na realidade de cada contexto de estágio;
- Emprego da Lei de Saúde Mental na prestação de cuidados.

Objetivo 3 – Aplicável aos Módulos I/II/III

Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao utente/família/prestador de cuidados.

Atividades a desenvolver:

- Transposição de conhecimentos teóricos, científicos e práticos adquiridos nas aulas para a prestação de cuidados;
- Solicitação de instrução e esclarecimento de dúvidas com os enfermeiros tutores, sempre que oportuno;
- Consulta dos processos clínicos, para identificação dos diagnósticos de enfermagem e médicos dos utentes;
- Caracterização da população-alvo;
- Análise das necessidades/problemas da população-alvo;
- Realização de entrevistas de acolhimento, seguimento e no momento da alta;
- Observação/cooperação na prestação de cuidados no âmbito da EESMP;
- Elaboração/implementação de planos de cuidados de enfermagem individualizados utilizando a linguagem CIPE;
- Adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades e preocupações do utente/família/prestador de cuidados ao longo do ciclo de vida;
- Aperfeiçoamento contínuo das intervenções de enfermagem realizadas;
- Estabelecimento de contato interpessoal baseado na confiança, empatia e numa visão holística;
- Promoção da escuta ativa e do apoio emocional;
- Tomada de decisão adequada, de acordo com o estabelecimento de prioridades;
- Validação dos diagnósticos e resultados de enfermagem, recorrendo de forma sistemática a escalas de avaliação adequadas a cada situação concreta;
- Colaboração com as autoridades de saúde nas situações previstas na lei de saúde mental relativas ao internamento compulsivo;
- Realização de registos de enfermagem de forma clara, concisa, objetiva e completa;
- Realização de pesquisa bibliográfica.

Objetivo 4 – Aplicável aos Módulos I/II/III

Aperfeiçoar competências no acolhimento ao utente/família/prestador de cuidados.

Atividades a desenvolver:

- Receção/acompanhamento de forma individualizada;
- Apresentação do serviço;
- Fornecimento de informações acerca do serviço, da sua funcionalidade e de normas a respeitar;
- Disponibilização de documentos informativos;
- Apresentação à equipa multidisciplinar;
- Apresentação aos utentes;
- Disponibilização de suporte emocional;
- Estabelecimento de contato físico e afetivo;
- Esclarecimento de dúvidas.

Objetivo 5 – Aplicável aos Módulos I/II/III

Estabelecer relação terapêutica com o utente/família/prestador de cuidados.

Atividades a desenvolver:

- Criação de uma relação terapêutica baseada em princípios como a confiança, honestidade, empatia, objetividade, aceitação incondicional, segurança, respeito e autenticidade;
- Disponibilidade para a escuta ativa;
- Uso adequado do silêncio;
- Identificação de fatores que interferem na relação terapêutica, de modo a suprimi-los;
- Instituição de um relacionamento baseado na inter-ajuda;
- Encorajamento para a expressão de sentimentos;
- Aplicação/realização da fase de pré-interação, fase de orientação, fase de trabalho e a fase de finalização.

Objetivo 6 – Aplicável aos Módulos I/II/III

Aprimorar competências comunicacionais com o utente/família/prestador de cuidados.

Atividades a desenvolver:

- Aprofundamento de conhecimentos teóricos relacionados com a comunicação assertiva e com as diversas formas de comunicar;
- Implementação de técnicas comunicacionais verbais (reflexos, síntese, questões, feedback, conselho e informação) e não verbais (toque, aparência física e vestuário, movimentos corporais e postura, comportamento visual, paralinguagem, expressões faciais, olhar, escuta ativa e silêncio);
- Congruência entre a comunicação verbal e não-verbal.

Objetivo 7 – Aplicável aos Módulos I/II/III

Fomentar a integração da família/prestador de cuidados no processo de tratamento, reabilitação, recuperação e reinserção dos utentes na comunidade.

Atividades a desenvolver:

- Disponibilização de presença, assistência e apoio;
- Motivação para o envolvimento familiar no plano de cuidados;
- Identificação do grau de apoio familiar;
- Identificação da aceitação familiar relativamente à doença;
- Detecção dos conhecimentos/necessidades dos familiares acerca da doença;
- Determinação das capacidades/incapacidades e mecanismos de coping do familiar/prestador de cuidados;
- Realização de ensinamentos informais e psicoeducação, de acordo com as necessidades detetadas;
- Monitorização da aceitação do papel de cuidador;
- Identificação de casos sem retaguarda familiar, solicitando o apoio social;
- Esclarecimento de dúvidas, de acordo com o solicitado.

Objetivo 8 – Aplicável aos Módulos I/II/III

Desenvolver competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas ao utente/família/prestador de cuidados ao longo do seu ciclo de vida de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Atividades a desenvolver:

- Capacitação para o auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal;
- Identificação de sentimentos, emoções, princípios, valores e outros fatores pessoais que possam interferir na relação terapêutica com o utente/família/prestador de cuidados e com a equipa multidisciplinar;
- Controlo das respostas comportamentais, reações corporais e emocionais durante o processo terapêutico;
- Planeamento/realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às necessidades da população alvo;
- Utilização de técnicas psicoterapêuticas que favoreçam o “insight” e as respostas adaptativas do utente;
- Avaliação das atividades realizadas.

Objetivo 9 – Aplicável aos Módulos I/II/III

Promover a adesão ao regime terapêutico.

Atividades a desenvolver:

- Encorajamento para a motivação à adesão ao regime terapêutico;
- Supervisão do cumprimento/incumprimento na adesão ao regime terapêutico;
- Monitorização acerca da eficácia do regime terapêutico, assim como dos efeitos secundários;
- Análise do juízo crítico/insight do utente relativamente à doença e ao tratamento farmacológico;
- Intrução acerca do tratamento farmacológico, efeitos desejáveis e os efeitos secundários;
- Realização de ensinamentos informais de acordo com as necessidades analisadas.

Objetivo 10 – Aplicável aos Módulos I/II/III

Realizar psicoeducação ao utente/família/prestador de cuidados.

Atividades a desenvolver:

- Determinação da população-alvo;
- Identificação das necessidades/problemas reais e potenciais expressos e detetados;
- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Identificação dos conteúdos e objetivos a serem alcançados;
- Planeamento/realização da psicoeducação e dos ensinamentos informais tendo em consideração o nível de conhecimento do utente/família/prestador de cuidados e sendo acessível ao nível intelectual de cada pessoa;
- Desenvolvimento de estratégias e métodos de ensino/aprendizagem;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Avaliação da sessão de psicoeducação e dos ensinamentos informais;
- Realização de documentos informativos (posters/folhetos), relativo às temáticas referenciadas pelos utentes/família/prestador de cuidados;

Objetivo 11 – Aplicável aos Módulos I/II/III

Participar como formador/formanda em ações formativas nos serviços.

Atividades a desenvolver:

- Realização de entrevistas informais aos enfermeiros chefes e tutores, de modo a verificar quais as necessidades dos serviços e os temas a abordar nas formações em serviço;
- Consulta dos planos de formação em serviço;
- Realização de pesquisa bibliográfica acerca das temáticas pertinentes;
- Planeamento/realização de formações em serviço;
- Participação como formanda nas ações formativas;
- Realização de artigos científicos de investigação e/ou documentos informativos (posters/folhetos).

Objetivo 12 – Aplicável ao Módulo I

Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados ao utente toxicodependente, promovendo estilos de vida saudáveis e prevenindo a doença e os comportamentos de risco.

Atividades a desenvolver:

- Participação nas reuniões com a equipa multidisciplinar para discussão de casos clínicos;
- Identificação das necessidades dos utentes no âmbito do abuso/dependência de substâncias psicoativas;
- Encorajamento para a motivação e tomada de decisão em momentos de recaída e crise, acerca de estilos de vida saudáveis;
- Realização de testes rápidos com o intuito de detetar a presença de metabólicos de drogas no organismo;
- Preparação/administração de cloridrato de metadona a utentes inscritos no programa de desintoxicação de substâncias;
- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Execução de ensinamentos informais e psicoeducação acerca de temáticas referidas pelos utentes como oportunas ou de acordo com as necessidades avaliadas;
- Realização de documentos informativos, de acordo com temáticas pertinentes;
- Encorajamento para a participação em dinâmicas de grupo;
- Identificação de focos e diagnósticos de enfermagem;
- Implementação/avaliação das intervenções de enfermagem de acordo com os diagnósticos previamente delineados;
- Vigilância de sinais/sintomas durante o período de desintoxicação de substâncias psicoativas;
- Implementação de estratégias adaptativas e de empoderamento;
- Incremento de competências individuais, autonomia e funcionalidade pessoal, profissional e social;
- Realização de contratos terapêuticos;
- Esclarecimento de dúvidas com a equipa multidisciplinar.

Objetivo 13 – Aplicável ao Módulo I

Assistir o utente no processo de auto-modificação de comportamentos.

Atividades a desenvolver:

- Observação/análise comportamental;
- Encorajamento para a auto-responsabilização, auto-avaliação dos comportamentos, suas consequências e capacidade de mudança;
- Incentivo para a motivação e verbalização de sentimentos;
- Identificação de mecanismos de coping utilizados anteriormente e com sucesso;
- Planeamento de estratégias de prevenção, mecanismos de coping e empoderamento;
- Observação da capacidade do utente em gerir novos desafios/modificar estilos de vida ou comportamentos;
- Análise das estratégias adotadas;
- Encaminhamento para grupos de apoio, se necessário.

Objetivo 14 – Aplicável ao Módulo I

Conhecer as instituições de apoio aos toxicodependentes que trabalham em articulação com a Unidade de Desabituação do Algarve.

Atividades a desenvolver:

- Identificação/articulação com os recursos, estruturas de saúde locais e parceiros sociais que trabalham em articulação com a UDA;
- Obtenção de informação acerca de instituições de apoio existentes na região do Algarve;
- Visita às instituições para reconhecimento das mesmas;
- Realização de aconselhamento;
- Cedência de informação ao utente/família/prestador de cuidados acerca dos serviços/instituições disponíveis na comunidade;
- Identificação/encaminhamento dos utentes para os recursos comunitários e programas sociais de promoção/prevenção/tratamento/reabilitação.

Objetivo 15 – Aplicável ao Módulo II

Desenvolver competências no processo de alta dos utentes.

Atividades a desenvolver:

- Planeamento do momento da alta, o mais precocemente possível de forma tridimensional entre o utente/família/enfermeiro;
- Inclusão do utente/família/prestador de cuidados no processo da alta;
- Preparação do utente para o mundo exterior e fatores relacionados com a sua situação;
- Análise das condições individuais, familiares e habitacionais;
- Transmissão de informação acerca de recursos humanos, materiais e instituições disponíveis na comunidade;
- Realização de encaminhamentos, sempre que necessário;
- Realização de ensinamentos informais e psicoeducação ao utente/família/prestador de cuidados, acerca de temáticas identificadas como pertinentes e acerca de estratégias adaptativas, sempre que necessário.

Objetivo 16 – Aplicável ao Módulo II

Desenvolver competências no âmbito da realização da técnica do relaxamento progressivo de Jacobson e da respiração abdominal ao utente.

Atividades a desenvolver:

- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Elaboração do plano da sessão;
- Disponibilização dos recursos materiais e humanos adequados à sessão;
- Promoção de ambiente calmo, escurecido, com música ambiente adequada;
- Seleção do grupo de utentes, através dos critérios de inclusão e exclusão;
- Instrução acerca do procedimento e dos benefícios da técnica do relaxamento progressivo de Jacobson e da respiração abdominal;
- Realização das sessões de relaxamento;
- Monitorização de indicadores que condicionam/facilitaram o relaxamento;

Objetivo 16 (cont.) – Aplicável ao Módulo II

Desenvolver competências no âmbito da realização da técnica do relaxamento progressivo de Jacobson e da respiração abdominal ao utente.

Atividades a desenvolver:

- Verificação da execução dos movimentos respiratórios e dos movimentos de contração/descontração muscular;
- Permissão para a expressão de sentimentos;
- Avaliação da sessão através da auto-avaliação, observação direta e monitorização fisiológica e realização de registos.

Objetivo 17 – Aplicável ao Módulo II

Desenvolver competências na integração do utente nas dinâmicas de grupo intituladas de “desenho livre” e “comentário de provérbios”.

Atividades a desenvolver:

- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Adequação das dinâmicas às necessidades identificadas na população alvo;
- Elaboração do plano da sessão;
- Disponibilização dos recursos materiais e humanos adequados à dinâmica;
- Seleção do grupo alvo, através dos critérios de inclusão e exclusão;
- Instrução acerca do procedimento a realizar, dos seus benefícios terapêuticos e dos seus objetivos;
- Realização das dinâmicas de grupo;
- Análise da congruência entre os desenhos realizados e os sentimentos expressos;
- Permissão para a expressão de sentimentos;
- Interpretação dos resultados clínicos obtidos;
- Reavaliação dos diagnósticos de enfermagem;
- Avaliação das dinâmicas de grupo através da auto-avaliação e observação direta;
- Realização de registos individualizados da sessão desenvolvida.

Objetivo 18 – Aplicável ao Módulo II

Desenvolver competências no contexto das visitas domiciliárias.

Atividades a desenvolver:

- Identificação dos utentes que necessitam/beneficiam de visita domiciliária;
- Planeamento da visita domiciliária;
- Preparação dos recursos necessários para a realização da visita domiciliária;
- Realização de visitas domiciliárias ao utente/família/prestador de cuidados;
- Avaliação de situações reais/potenciais que podem comprometer ou alterar o estado de saúde mental do utente;
- Avaliação das condições individuais, familiares e habitacionais do domicílio;
- Análise do contexto sócio-familiar do utente;
- Promoção do empoderamento e autonomia no utente;
- Avaliação da resposta comportamental e relacional do utente em contexto domiciliário;
- Identificação de estratégias adaptativas na díade saúde/doença;
- Realização de registos de enfermagem no processo do utente.

Objetivo 19 – Aplicável ao Módulo III

Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de EESMP na infância e adolescência.

Atividades a desenvolver:

- Observação/ cooperação nas consultas de enfermagem de saúde mental e psiquiatria na infância e adolescência e nas consultas médicas de pedopsiquiatria;
- Articulação dos cuidados de enfermagem com a consulta de pedopsiquiatria e com as estruturas existentes na comunidade, nomeadamente, o Grupo de Apoio a Saúde Mental Infantil (GASMI), com o núcleo de maus tratos, com as escolas, com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Escolas e Jardins de infância, Centros de Formação Profissional e outras instituições;

Objetivo 19 (cont.) – Aplicável ao Módulo III

Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de EESMP na infância e adolescência.

Atividades a desenvolver:

- Participação nas reuniões com a equipa multidisciplinar, com os diversos GASMI da região do Algarve, com o núcleo de maus tratos e entre outras instituições para discussão de casos;
- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Identificação de focos e diagnósticos de enfermagem na área da saúde mental e psiquiátrica na infância e adolescência;
- Implementação/avaliação das intervenções de enfermagem de acordo com os diagnósticos delineados;
- Aprofundamento de conhecimentos científicos acerca das patologias específicas da infância e adolescência;
- Esclarecimento de dúvidas com a equipa multidisciplinar.

Objetivo 20 – Aplicável ao Módulo III

Desenvolver competências de assistência aos pais e às crianças e adolescentes portadoras de doença mental e psiquiátrica.

Atividades a desenvolver:

- Observação/ cooperação nas consultas de enfermagem de saúde mental e psiquiatria na infância e adolescência e nas consultas médicas de pedopsiquiatria;
- Obtenção da confiança e atenção da criança/adolescente e dos pais;
- Análise da relação pais/filhos;
- Identificação de situações de conflito no seio familiar;
- Identificação de focos e diagnósticos de enfermagem na área da saúde mental e psiquiátrica na infância e adolescência;
- Implementação/avaliação das intervenções de enfermagem de acordo com os diagnósticos delineados;

Objetivo 20 (cont.) – Aplicável ao Módulo III

Desenvolver competências de assistência aos pais e às crianças e adolescentes portadoras de doença mental e psiquiátrica.

Atividades a desenvolver:

- Aconselhamento a crianças/adolescentes e aos seus pais de acordo com as suas necessidades;
- Realização de ensinamentos informais e EPS relativamente a temáticas pertinentes para as crianças/adolescentes e seus pais, nomeadamente acerca das características fisiológicas, emocionais, psicológicas e cognitivas da criança/adolescente;
- Promoção da expressão de sentimentos e emoções;
- Realização de encaminhamentos, sempre que necessário;
- Esclarecimento de dúvidas.

Objetivo 21 – Aplicável aos Módulos III

Aperfeiçoar competências no âmbito da consulta de enfermagem ao utente/família/prestador de cuidados.

Atividades a desenvolver:

- Marcação de um horário e data para a realização da consulta de enfermagem;
- Criação de ambiente propício à consulta: calmo, acolhedor e livre de interrupções;
- Leitura prévia do processo clínico do utente;
- Realização da avaliação inicial/colheita de dados, de modo a obter dados sobre a história pessoal, familiar, social, emocional, afetiva e económica do utente;
- Identificação do fator causal pelo qual o utente/família/prestador de cuidados procurou auxílio;
- Identificação de problemas reais e/ou potenciais, dificuldades, necessidades psíquicas, biológicas e físicas e eventuais sinais/sintomas;

Objetivo 21 (cont.) – Aplicável aos Módulos III

Aperfeiçoar competências no âmbito da consulta de enfermagem ao utente/família/prestador de cuidados.

Atividades a desenvolver:

- Discussão com o utente/família/prestador de cuidados sobre os objetivos a atingir e ações a desenvolver para a resolução dos problemas;
- Análise dos dados colhidos;
- Promoção de apoio emocional e aceitação incondicional.

Objetivo 22 – Aplicável ao Módulo III

Desenvolver competências no âmbito da integração dos adolescentes nas dinâmicas de grupo intituladas de “Percussão corporal” e “Construção de instrumentos musicais e composição musical”.

Atividades a desenvolver:

- Realização de pesquisa bibliográfica;
- Adequação das dinâmicas de grupo às necessidades identificadas na população alvo;
- Elaboração do plano da sessão;
- Seleção do grupo alvo, recorrendo aos critérios de inclusão e exclusão;
- Disponibilização dos recursos materiais e humanos necessários à realização das dinâmicas de grupo;
- Instrução acerca do procedimento a realizar, dos seus benefícios terapêuticos e dos objetivos a alcançar;
- Realização das dinâmicas de grupo;
- Análise entre a congruência da música elaborada com os sentimentos transmitidos;
- Interpretação dos resultados clínicos obtidos;
- Reavaliação dos diagnósticos de enfermagem;
- Avaliação das dinâmicas de grupo através da auto-avaliação e observação direta.

Considerações Finais

A elaboração deste projeto permite a construção de um instrumento orientador ajustado às características intrínsecas dos serviços e às expectativas existentes, de forma a potenciar o máximo desenvolvimento das competências específicas como enfermeira EESMP, de modo a reger o processo de aprendizagem como agente proativo. Permitiu ainda definir uma metodologia de trabalho fundamenta nas políticas de saúde mental e na pluralidade dos objetivos e atividades intrínsecas à sua concretização.

Os objetivos traçados neste projeto, para serem atingidos com êxito requerem a prestação de cuidados de enfermagem ao utente/família/prestador de cuidados ao longo do seu ciclo de vida, através de um olhar multidimensional e holístico, atuando a nível da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação do utente, praticando assim assistência de enfermagem avançada na área de especialização.

Embora este PIE se encontre confinado para os três módulos de estágio, ele pretende integrar de modo contínuo na prática clínica quotidiana o aperfeiçoamento dos cuidados prestados no serviço onde desempenham funções, sendo ele um processo de aprendizagem contínuo.

O conteúdo apresentando neste projeto, permite apresentar uma breve consideração final, visto que ele apresenta um planeamento do que se pretende alcançar. Todavia ele não é estanque, sendo suscetível a alterações, de acordo com as oportunidades e os momentos de aprendizagem que possam surgir nos diferentes locais de estágio. Neste contexto, torna-se necessário afirmar que embora as atividades projetadas sejam exequíveis, este projeto é passível de sofrer alterações. Pode-se colocar a hipótese de atingir todos os objetivos traçados e realizar as atividades descritas, mas poderá também tornar-se imperativo realizar mais atividades do que as relatadas, em prejuízo de outras delineadas. Torna-se assim relevante mencionar que este projeto não é de forma alguma uma construção final, mas antes pelo contrário poderá sofrer redefinições ao longo do tempo.

A consecução final dos objetivos será analisada e avaliada no relatório crítico de

aprendizagem, através da reflexão sobre as atividades desenvolvidas, sucessos/insucessos, dificuldades sentidas, métodos estratégicos utilizados e aprendizagens adquiridas.

Este projeto servirá ainda de base para a edificação de uma prática clínica de EESMP baseada em evidência científica, tendo como referência a excelência do cuidar em enfermagem.

Referências Bibliográficas

1. Barbier, J. 1993. *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto Editora. Porto.
2. Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. 2005. *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
3. World Health Organization (WHO). 2001. *Geneva Strengthening mental health promotion*. Geneva.
6. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 1*. 2006. Ordem dos Enfermeiros.
7. CARVALHO, E. 2013. *Guia de Estágio*. Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa. Porto.
8. AMARAL, A. 2010. *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Lusociência. Mem-Martins.
9. TOWNSEND, M. 2011. *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lusociência. Rio de Mouro.

Legislação

4. Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro. N.º 206 SÉRIE I-A. Diário da República. Ministério da Saúde.
5. Regulamento n.º 129/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. N.º 35 SÉRIE II. Diário da República. Ministério da Saúde.

Anexos

Anexo I – Cronograma Geral dos Objetivos

Módulo de Estágio	Modulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto									Modulo III – Desenvolvimento de Competências Específicas na área de Especialização de Saúde Mental (Opcional)								Modulo I – Promoção de Estilos de Vida, Diagnóstico e Prevenção							
	INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA DO CHBA									CONSULTA DE PEDOPSIQUIATRIA DO CHA, E.P.E.								UNIDADE DE DESABITUAÇÃO DO ALGARVE							
	2013									2013								2013				2014			
	Maio			Junho			Julho			Outubro				Novembro				Nov.	Dezembro			Janeiro			
1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	
OBJECTIVO 1 <i>Identificar a estrutura física, organizacional, funcional e a dinâmica dos serviços.</i>																									
OBJECTIVO 2 <i>Respeitar os princípios Éticos e Deontológicos na prestação de cuidados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao utente/família/prestador de cuidados.</i>																									
OBJECTIVO 3 <i>Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao utente/família/prestador de cuidados.</i>																									

Módulo de Estágio	Modulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto									Modulo III – Desenvolvimento de Competências Específicas na área de Especialização de Saúde Mental (Opcional)								Modulo I – Promoção de Estilos de Vida, Diagnóstico e Prevenção							
	INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA DO CHBA									CONSULTA DE PEDOPSIQUIATRIA DO CHA, E.P.E.								UNIDADE DE DESABITUAÇÃO DO ALGARVE							
	2013									2013								2013				2014			
	Maio			Junho			Julho			Outubro				Novembro				Nov.	Dezembro			Janeiro			
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
OBJECTIVO 4 <i>Aperfeiçoar competências no acolhimento ao utente/família/prestador de cuidados.</i>																									
OBJECTIVO 5 <i>Estabelecer relação terapêutica com o utente/família/prestador de cuidados.</i>																									
OBJECTIVO 6 <i>Aprimorar competências comunicacionais com o utente/família/prestador de cuidados.</i>																									
OBJECTIVO 7 <i>Fomentar a integração da família/prestador de cuidados no processo de tratamento, reabilitação, recuperação e reinserção dos utentes na comunidade.</i>																									

Módulo de Estágio	Modulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto									Modulo III – Desenvolvimento de Competências Específicas na área de Especialização de Saúde Mental (Opcional)								Modulo I – Promoção de Estilos de Vida, Diagnóstico e Prevenção							
	INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA DO CHBA									CONSULTA DE PEDOPSIQUIATRIA DO CHA, E.P.E.								UNIDADE DE DESABITUAÇÃO DO ALGARVE							
	2013									2013								2013				2014			
	Maio			Junho			Julho			Outubro				Novembro				Nov.	Dezembro			Janeiro			
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
OBJECTIVO 8 <i>Desenvolver competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas ao utente/família/prestador de cuidados ao longo do seu ciclo de vida de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.</i>																									
OBJECTIVO 9 <i>Promover a adesão ao regime terapêutico.</i>																									
OBJECTIVO 10 <i>Realizar psicoeducação ao utente/família/prestador de cuidados.</i>																									
OBJECTIVO 11 <i>Participar como formador/formanda em ações formativas nos serviços.</i>																									

Anexo II – Caracterização da Unidade de Desabituação do Algarve

A Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA) faculta assistência em saúde aos toxicodependentes residentes nas regiões do Algarve e Alentejo e que previamente tenham sido encaminhados pelas consultas realizadas no Centro de Respostas Integradas (CRI), independentemente do seu género, estatuto social e económico, etnia, religião entre outros aspetos considerados pertinentes.

A nível estrutural a UDA é constituída por duas valências, sendo uma delas corresponde ao internamento, frequentado pelos utentes após a ceia e até ao pequeno-almoço do dia seguinte. Neste espaço físico é promovido o padrão de sono e repouso. O internamento é composto por uma sala de acolhimento onde são efetuados os acolhimentos e as entrevistas iniciais aos utentes e familiares no momento da admissão, uma sala de banho assistido, onde os utentes na admissão efetuam um banho sob vigilância e onde deixam num cacifo identificado com o número da cama onde irão ficar alojados durante o período de internamento todos os seus documentos pessoais e o vestuário correspondente ao momento de entrada.

A valência do internamento é ainda constituída por sete quartos com duas camas respetivamente e uma casa de banho privada, perfazendo num total de catorze camas, correspondente ao número de vagas existentes na UDA. Ostenta ainda de um quarto de isolamento, sala de tratamento, sala de enfermagem, farmácia e dois armazéns de stock farmacêutico e de material clínico e equipamentos.

A outra valência corresponde à área de dia, ou seja, equivale ao espaço físico onde os utentes passam o tempo decorrente entre o pequeno-almoço e a ceia. Este espaço é constituído por um ginásio, onde são desenvolvidas sessões de exercício físico, de relaxamento e as dinâmicas de grupo, um refeitório, a “*sala da cor*” onde são igualmente desenvolvidas dinâmicas de grupo e atividades ocupacionais. Patenteia ainda de uma sala de estar onde são realizadas sessões de educação para a saúde, dinâmicas de grupo e onde os utentes podem ocupar o seu tempo livre a ver televisão, ler, jogar computador, entre outras atividades. Dispõe igualmente de uma sala de enfermagem onde se efetuam os registos de enfermagem e as passagens de turno, uma sala de trabalho de enfermagem onde é administrada a medicação aos utentes e realizadas as entrevistas de enfermagem, um

gabinete de hidromassagens e um amplo espaço ao ar livre, onde são desenvolvidas atividades desportivas ou dinâmicas de grupo, sendo este o único espaço onde é permitido que os utentes fumem.

A instituição é ainda constituída por dois gabinetes para consultas médicas, um gabinete para consultas de psicologia e uma sala de reuniões, onde são apresentadas as formações em serviço e onde todas as manhãs decorre a reunião com a equipa multidisciplinar no sentido de analisar a evolução clínica dos utentes internados, delinear o tratamento e as intervenções específicas para cada utente e avaliar os resultados das intervenções executadas.

Durante o período de internamento os utentes não se encontram autorizados a receber visitas nem telefonemas do exterior, de forma a não comprometer o alcance dos objetivos terapêuticos previamente delineados.

A equipa multidisciplinar da UDA é constituída por dois médicos, onze enfermeiros, onze assistentes operacionais, dois psicólogos, dois fisioterapeutas, uma assistente social e dois monitores, sendo que o rácio dos enfermeiros corresponde a dois enfermeiros por turno.

Anexo III – Caracterização do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve,
E.P.E. – Portimão

O Serviço de Psiquiatria encontra-se situado na ala Sul do piso 0 do CHA – Portimão, organizado por duas áreas diferenciadas, sendo elas:

- Internamento de Agudos: Serviço de Psiquiatria onde são internados utentes adultos de ambos os géneros numa fase aguda da doença mental. O acesso ao internamento poderá ser realizado pelo interior do Hospital ou pela área de ambulatório;
- Unidade de Ambulatório, constituída pelo Hospital de Dia da Psiquiatria e pela Consulta Externa: Esta unidade dispõe de uma entrada direta pelo exterior do Hospital. Todas as semanas são realizadas intervenções de enfermagem nos Centros de Saúde de Monchique e de Silves e às quartas-feiras são igualmente utilizadas as instalações da Consulta Externa da Unidade Hospitalar de Lagos no contexto da equipa comunitária de saúde mental e psiquiátrica que intervêm nesta localidade.

Relativamente ao internamento de psiquiatria, esta unidade apresenta capacidade para quinze camas, distribuídas por seis enfermarias, sendo que quatro das enfermarias são compostas por duas camas e duas das enfermarias são constituídas por três camas. Uma das enfermarias constituída por duas camas incluí uma casa de banho interior e as restantes são constituídas por quatro casas de banho exteriores. Esta unidade é ainda formada por uma enfermaria de intervenção em crise (enfermaria de isolamento).

O internamento de psiquiatria é ainda composto pelo gabinete do diretor de serviço, gabinete da enfermeira chefe, por um gabinete médico, um gabinete polivalente, um gabinete de enfermagem, uma sala de trabalho de enfermagem, uma copa para os funcionários, duas arrecadações (uma composta por roupa para os utentes e a outra por roupa hospitalar), uma sala de sujos, uma casa de banho para os funcionários, um refeitório para os utentes, uma sala de estar, uma sala de fumo que no momento se encontra inativa, uma gabinete de secretariado e os vestiários dos funcionários.

Analogamente à unidade de ambulatório esta é constituída por uma sala de espera, um gabinete de secretariado, seis gabinetes de consulta (três gabinetes para consultas de psicologia e três gabinetes para consultas de psiquiatria), uma sala de terapias de grupo, uma sala de psicovision, um gabinete de enfermagem, uma biblioteca, uma sala de

reuniões, uma sala/ginásio, o hospital de dia da psiquiatria, uma sala de sujos, uma casa de banho para os funcionários e duas casas de banho para os utentes.

Nesta unidade de ambulatório, são realizadas consultas de psiquiatria e psicologia (Psiquiatria Biológica e Intervenções Psicoterapêuticas), atividades em contexto de hospital de dia da psiquiatria, intervenções domiciliárias na comunidade (realização de visitas domiciliárias em toda a área geográfica do barlavento algarvio) e intervenções nas estruturas dos centros de saúde de Monchique e Silves.

A população-alvo que carece de assistência no âmbito multidisciplinar é constituída por utentes com idade igual ou superior a 18 anos de idade e que residem na zona do barlavento algarvio, independentemente do seu género, estatuto social e económico, etnia, religião entre outros aspetos considerados pertinentes.

No que diz respeito aos recursos humanos existentes no serviço, ele é constituído por quatro médicos especialistas em psiquiatria, três psicólogos clínicos, dezassete enfermeiros, uma terapeuta ocupacional, dez assistentes operacionais, quatro assistentes técnicos e uma assistente social. Os recursos humanos em cima apresentados exercem funções na consulta externa e interna, no internamento de agudos, no hospital de dia de psiquiatria e no serviço domiciliário.

Anexo IV – Caracterização da Consulta Externa de Pedopsiquitria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Faro

A Consulta Externa de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. – Faro concede assistência em saúde aos adolescentes residentes nas zonas centro e sotavento algarvio. Embora a Pedopsiquiatria na sua globalidade preste cuidados especializados às crianças e aos adolescentes, nesta consulta a maioria dos utentes atendidos correspondiam a adolescentes com idades compreendidas entre os 13-18 anos de idade, visto que as crianças entre os 3-12 anos de idade são acompanhadas pelas equipas multidisciplinares do Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil (GASMI) e as crianças com menos de 3 anos de idades são acompanhadas em consultas de intervenção precoce.

O GASMI e as consultas de intervenção precoce encontram-se integradas nos centros de saúde, assistindo crianças das suas áreas de residência. Paralelamente ocorrem reuniões com as equipas multidisciplinares do GASMI, dos centros de saúde e com a equipa multidisciplinar da consulta externa de pedopsiquiatria com o intuito de analisar e discutir casos clínicos no sentido de delinear um plano de cuidados adequado as necessidades e individualidade de cada adolescente, bem como proceder a possíveis encaminhamentos, caso seja justificável.

A consulta externa de pedopsiquiatria não carece de um espaço físico próprio, sendo integrada no espaço físico do departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica do CHA, E.P.E. – Faro, partilhando os gabinetes de consulta com as restantes equipas multidisciplinares da consulta externa de psiquiatria de adultos.

A ala das consultas externas do departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica dispõe de uma entrada direta pelo exterior do Hospital e é constituída por sete gabinetes para consultas (psiquiatria, pedopsiquiatria e psicologia), um gabinete de enfermagem, uma sala de trabalho de enfermagem, uma copa para os funcionários, uma casa de banho para os utentes, uma sala de espera e um gabinete administrativo. No entanto, no decorrer do estágio o Conselho de Administração do CHA, E.P.E. – Faro cedeu instalações físicas para a consulta externa de pedopsiquiatria sendo constituída por dois gabinetes médicos, uma sala de trabalho de enfermagem, um gabinete administrativo, duas casas de banho, uma para os funcionários e outra para os utentes e uma sala de reuniões, que será posteriormente destinada para a criação do hospital de dia de pedopsiquiatria. Torna-se

ainda pertinente acrescentar que até ao final deste módulo de estágio, o espaço físico cedido encontra-se em fase de restauração.

Analogamente às consultas realizadas no departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica, são também realizadas intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes em contexto comunitário, mais propriamente nos centros de saúde e GASMI de Faro, Loulé Olhão e Albufeira.

Anexo V – Entrevistas de Enfermagem

Entrevista Diagnóstica

Nome: R. M. S. A.

Data: 11/12/2013

O utente R. M. S. A. deu entrada na Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA) no dia 09/12/2013 para desabilitação de heroína e cocaína. O internamento decorreu por iniciativa do próprio, sendo o seu objetivo terapêutico suspender os consumos de cocaína e heroína, bem como ingressar na comunidade terapêutica de Évora.

Utente do sexo masculino, raça caucasiana com 43 anos de idade. Esteve casado com a primeira esposa cerca de 8 anos encontrando-se divorciado à cerca de 15 anos. Do seu primeiro casamento nasceu um filho do sexo masculino que neste momento apresenta 22 anos de idade e que se encontra a residir nos Estados Unidos da América. Acrescenta que tem boa relação com o filho, falando regularmente com ele via internet. Seguidamente teve um novo relacionamento amoroso com a duração de 6 anos, do qual nasceu um filho do sexo masculino com 9 anos de idade e que reside perto do pai, no entanto não estabelece contacto afetivo com o mesmo visto que a sua ex-companheira não o permite justificando que *“ela não me deixa ver o meu filho porque não lhe dou a pensão de alimentos”* (sic). O seu último relacionamento cessou à aproximadamente 5 anos.

Este internamento, corresponde ao seu segundo internamento na UDA, tendo o primeiro decorrido em Janeiro de 2009 para desabilitação de heroína. Três semanas após a alta do seu primeiro internamento apresentou uma recaída relativamente aos consumos de heroína e em Junho deste ano iniciou os consumos de cocaína via endovenosa e inalatória. O utente decidiu procurar ajuda neste momento devido a processos judiciais, referindo que o mesmo servirá *“para atenuar a pena”* (sic). O utente acrescenta que em 2005 frequentou a comunidade terapêutica *“Nova Fronteira”*, num período de 22 meses. Após 4 dias da sua alta, voltou novamente a recair.

Relativamente à escolaridade, o utente frequentou o curso de Acessória de Administração na Universidade do Algarve, não chegando a completa-lo.

Analogamente ao contexto laboral, iniciou a sua atividade profissional com 18 anos de idade, trabalhando inicialmente num empresa de rent-a-car por um período de 10 anos. Posteriormente tirou um curso profissional de informação turística na Escola Hoteleira do Algarve, o qual permitiu trabalhar no ramo do turismo como motorista de turistas durante cerca de 2 anos. Seguidamente foi trabalhar num Hotel como rececionista com uma duração de 2 anos despedindo-se seguidamente para ir trabalhar como taxista por conta própria durante 2 anos. Ingressou seguidamente na comunidade terapêutica, e quando saiu da comunidade trabalhou ainda como assistente administrativo numa empresa de infraestruturas num período de cerca de 8 meses e finalmente trabalhou como carteiro num período de 4 meses. Encontra-se desempregado desde os seus 38 anos de idade.

O utente tem um irmão do sexo masculino com 42 anos de idade, com o qual não estabelece contacto à sensivelmente 10 anos devido à sua recaída. O utente terá sido o primeiro filho a nascer.

Segundo informação fornecida pelo próprio, desconhece antecedentes familiares e pessoais no que concerne ao contexto da saúde mental e psiquiátrica.

O utente encontra-se na fase de contemplação relativamente à intervenção motivacional, demonstrando consciência acerca do seu próprio problema e comportamentos. Nesta perspetiva e após a análise detalhada dos prós e contras do seu problema considera a possibilidade da mudança comportamental, demonstrando no entanto alguma ambivalência de sentimentos.

No decorrer da entrevista, o seu discurso foi centrado na sua história de vida, nas suas preocupações atuais e nas possíveis estratégias a implementar com vista à mudança comportamental e à prevenção da recaída.

<u>Exame do Estado Mental</u>	
Aparência física, atividade psicomotora e atitude	Utente com idade aparente não coincidente com a idade real. Apresenta uma postura sentada, inclinada para a frente e descontraída. Vestuário cuidado e adequado à estação do ano. Bons cuidados de higiene corporal e integridade cutânea mantida. Demonstra um comportamento adequado e colaborante com a entrevista. Atitude cooperativa e de interesse. No decorrer da entrevista estabeleceu contato ocular e apresentou um fôceis expressivo.
Humor e emoções	Humor eutímico. Exprime as suas emoções e pensamentos no decurso do seu discurso. Congruência entre o humor demonstrado e a comunicação verbal e não verbal estabelecida.
Discurso e linguagem	Apresenta discurso coerente, espontâneo e fluente com mensagens claras e corretamente articuladas. Pensamento lógico e organizado, realizando associações entre as diferentes fases da sua vida. Demonstra verbalização rápida, acompanhada de gesticulação.
Pensamento e percepção	O utente nega atividade alucinatória e delirante. Apresenta comportamento congruente com a ausência de alucinações e delírios. Pensamento rápido, lógico e organizado, centrado na sua vida passada, sintomatologia de abstinência e objetivos futuros.
Cognição	Utente orientado auto e alopisquicamente no tempo e no espaço. Não apresenta alterações na capacidade de atenção, concentração nem a nível de memorização.
Juízo crítico e insight	O utente reconhece que apresenta um problema relacionado com a dependência de cocaína e heroína, e neste sentido surge o seu pedido de ajuda relacionado com o internamento em curso. Apresenta insight acerca do seu estado de saúde, dos sinais e sintomas da abstinência e dos possíveis mecanismos de defesa. Mantém juízo crítico preservado relativamente as decisões a serem tomadas.



Entrevista Diagnóstica

Nome: N. M. V.

Data: 23/12/2013

O utente N. M. V. deu entrada na Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA) no dia 17/12/2013 para desabilitação de metadona 10 mg. O internamento decorreu por iniciativa do próprio, sendo o seu objetivo terapêutico a abstinência da metadona.

Utente do sexo masculino, solteiro, de raça caucasiana e com 39 anos de idade. Este internamento corresponde ao seu primeiro internamento na UDA.

Relativamente ao ensino, o utente deu termo aos seus estudos no quarto ano de escolaridade, iniciando a vida laboral (vender peixe na praça) com 6 anos de idade. Hoje em dia, encontra-se de baixa à cerca de 1 ano, após uma cirurgia ao estômago, não sabendo detalhar mais informações. Acrescenta que trabalha como vendedor num armazém à cerca de 15 anos e que embora as condições laborais não sejam as mais adequadas “*não me posso despedir, caso contrário perdida os meus direitos*” (sic).

O utente tem seis irmãos, dois do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Refere que somente as irmãs se encontram vivas, visto que os quatro irmãos faleceram com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos de idade devido a uma doença genética, não sabendo especificar qual a doença. Acresce salientar que num total de sete irmãos, ele foi o sexto a nascer.

Segundo informação fornecida pelo próprio, o pai apresenta consumos de álcool, “*tratando a minha mãe como uma escrava*” (sic). Desconhece antecedentes pessoais no que concerne ao contexto da saúde mental e psiquiátrica. Salienta que tem conflitos com o pai, porque “*ele sempre nos tratou mal, explorava-nos e cheguei a vê-lo levantar a mão à minha mãe*” (sic).

O utente relativamente à intervenção motivacional, encontra-se na fase de preparação demonstrando plena consciência acerca do seu estado clínico. Nesta perspetiva, salienta as razões que promoveram a vontade de cessar a toma da metadona e salienta também as consequências relativas à “*não mudança*” comportamental, apresentando argumentos e valorizando frequentemente as suas vantagens. Deste modo é evidenciada a motivação intrínseca.

No decorrer da entrevista, o discurso foi centrado na sua história de vida, circunstâncias laborais e familiares, nas suas preocupações atuais (conflitos familiares com o pai) e nos seus objetivos futuros, nomeadamente, em regularizar da sua situação laboral, mudar de casa, de modo a viver sozinho e permanecer em abstinência.

Exame do Estado Mental	
Aparência física, atividade psicomotora e atitude	Utente com idade aparente coincidente com a idade real. Apresenta uma postura sentada, inclinada para a frente e retraída. Vestuário cuidado e adequado à estação do ano. Bons cuidados de higiene corporal e integridade cutânea mantida. Demonstra um comportamento adequado e colaborante com a entrevista. Atitude cooperativa e de interesse. No decorrer da entrevista apresentou dificuldade em estabelecer contato ocular, mantendo permanentemente o olhar fixo no chão. Fáceis triste.
Humor e emoções	Humor lábil. Expressiu as suas emoções, sentimentos e preocupações no decurso da entrevista. Congruência entre o humor demonstrado e a comunicação verbal e não verbal estabelecida.
Discurso e linguagem	Apresenta discurso coerente, espontâneo, gramatical e fluente. Pensamento lógico e organizado, realizando associações entre as diferentes fases da sua vida.
Pensamento e percepção	O utente nega atividade alucinatória e delirante. Apresenta comportamento congruente com a ausência de alucinações e delírios. Pensamento lógico e organizado, centrado na sua vida passada, atual e nas perspetivas futuras.
Cognição	Utente orientado auto e alopisquicamente no tempo e no espaço. Não apresenta alterações na capacidade de atenção, concentração nem a nível de memorização.
Juízo crítico e insight	O utente reconhece que anteriormente ao internamento encontrava-se ansioso e com vontade de retomar os consumos de heroína, daí o seu pedido de ajuda. Neste momento refere que não se sente ansioso. Apresenta insight acerca do seu estado de saúde, dos seus projetos terapêuticos e dos possíveis mecanismos de defesa. Mantem juízo crítico preservado relativamente as decisões a serem tomadas.



Entrevista Diagnóstica

Nome: F. M. S. V.

Data: 06/01/2014

O utente F. M. S. V. deu entrada na Unidade de Desabituação do Algarve (UDA) no dia 26/12/2013 para desabituação de álcool (consumidor de aproximadamente 4 litros de álcool por dia). O internamento decorreu por iniciativa do próprio, sendo o seu objetivo terapêutico suspender na totalidade os consumos de álcool.

Utente do sexo masculino, raça caucasiana com 28 anos de idade. O utente refere que tem um relacionamento amoroso com a duração de 10 anos, no entanto não coabita com a sua namorada.

Este internamento, corresponde ao seu terceiro internamento na UDA, tendo o primeiro decorrido em 2009 para desabituação de benzodiazepinas. Refere que após o primeiro internamento não voltou a consumir benzodiazepinas, iniciando no entanto os consumos de álcool. O utente acrescenta que em 2013 foi internado novamente nesta UDA para desabituação de álcool, recaindo um mês após a alta.

Relativamente à escolaridade, o utente refere que os seus estudos cessaram com a conclusão da terceira classe.

Analogamente ao contexto laboral, iniciou a sua atividade profissional com 14 anos de idade numa empresa de construção civil por um período de 5 meses. Acrescenta que até aos 25 anos de idade trabalhou de forma ilegal na construção civil. Ultimamente encontra-se desempleado, usufruindo de um subsídio da segurança social.

O utente menciona que tem um irmão do sexo masculino com 30 anos de idade e uma irmã com 32 anos de idade. Acrescenta que não se relaciona bem com a irmã não especificando as causas do seu mau relacionamento. O utente terá sido o último filho a nascer.

Segundo informação fornecida pelo próprio, o pai tem antecedentes pessoais de alcoolismo.

No que concerne à intervenção motivacional, o utente encontra-se na fase de contemplação, manifestando capacidade de consciência para o seu problema de saúde e sobre eventuais complicações futuras. Nesta perspetiva e após a análise detalhada acerca dos prós e contras relativamente ao seu problema de saúde pondera a mudança comportamental, demonstrando no entanto alguma ambivalência de sentimentos.

No decorrer da entrevista, o discurso do utente foi centrado na sua história de vida, nos conflitos com a irmã, nas suas preocupações atuais e nas possíveis estratégias a implementar com vista à mudança comportamental e à prevenção da recaída.

Exame do Estado Mental	
Aparência física, atividade psicomotora e atitude	Utente com idade aparente não coincidente com a idade real. Apresenta a postura de sentado, descontraída e com ligeira inclinação para a frente. Vestuário cuidado e adequado à estação do ano. Bons cuidados de higiene corporal e integridade cutânea mantida. Comportamento adequado e colaborante com a entrevista. Atitude cooperativa e de interesse. No decorrer da entrevista estabeleceu fraco contato ocular. Permanentemente mantém o olhar fixo no chão.
Humor e emoções	Humor eufímico, exprimindo as suas emoções e pensamentos. Existência de congruência entre o humor e a comunicação verbal e não verbal instituída.
Discurso e linguagem	Apresenta discurso coerente e fluente, mas com algumas limitações a nível gramatical. Pensamento lógico e organizado, estabelecendo relação entre as diferentes fases da sua vida.
Pensamento e percepção	O utente nega atividade alucinatória e delirante, apresentando um comportamento congruente. Pensamento lógico e organizado, centrado na sua vida passada, sintomatologia de abstinência e objetivos futuros.
Cognição	Utente orientado auto e alopsiquicamente no tempo e no espaço. Sem alterações a nível das capacidades de atenção, concentração e memorização.
Juízo crítico e insight	O utente reconhece que apresenta um problema de saúde relacionado com a dependência do álcool. Manifesta insight acerca do seu problema de saúde e dos possíveis mecanismos de defesa. Mantém juízo crítico preservado relativamente as decisões a serem tomadas.



Entrevista Diagnóstica

Nome: T. I. S. C. J.

Data: 14/01/2014

A utente T. I. S. C. J. deu entrada na Unidade de Desabituação do Algarve (UDA) no dia 07/01/2014 para desabituação de metadona 20 mg. O internamento decorreu por iniciativa da própria, sendo o seu objetivo terapêutico suspender a administração de metadona na sua totalidade.

Utente do sexo feminino, raça caucasiana com 29 anos de idade. A utente refere que possui um relacionamento amoroso com a duração de 1 ano habitando com o namorado na casa dos pais dele desde o início da relação. Acrescenta que anteriormente teve um relacionamento amoroso com a duração de 10 anos, iniciando o namoro com 17 anos de idade. Fruto deste relacionamento, nasceu um filho que presentemente tem 5 anos de idade encontrando-se sob a tutela do Refúgio Aboim Ascensão desde os seus 2 anos de idade. Acrescenta que tem outro filho mas não progride com informação acerca do mesmo, referindo que *“não quero falar sobre os meus filhos nem dos meus relacionamentos amorosos porque me causam sofrimento”* (sic), demonstrando labilidade emocional.

Este internamento, corresponde ao seu segundo internamento na UDA, tendo o primeiro decorrido em 2011 para desabituação de heroína. Seguidamente ingressou na comunidade terapêutica do Azinheiro com a duração de 6 meses. Refere que após o seu primeiro internamento não voltou a consumir heroína, iniciado a administração de metadona sob prescrição médica.

Relativamente ao ensino, a utente refere que os seus estudos cessaram com a conclusão do quinto ano de escolaridade.

Analogamente à atividade profissional, iniciou-a com 17 anos de idade no contexto da agricultura com uma duração de aproximadamente 2 anos. Aos 20 anos de idade trabalhou no contexto da restauração com a duração de 6 meses. Acrescenta ainda que em 2008 trabalhou num lar de idosos com a duração de 2 anos. Ultimamente encontra-se desempregada, não usufruindo de qualquer subsídio.

Quando questionada acerca do contexto familiar manifesta humor lábil mencionando que *“não quero falar de família, porque na verdade não tenho família”* (sic).

Refere que tem antecedentes pessoais de depressão desde 2008, sendo seguida em consultas de psiquiatria no Centro Hospitalar do Algarve (CHA), E.P.E. Menciona igualmente que no ano de 2008 e 2012 foi internada no serviço de psiquiatria do CHA E.P.E., devido a múltiplas tentativas de suicídio.

Relativamente à intervenção motivacional, a utente encontra-se na fase de contemplação, demonstrando auto-consciência acerca do seu problema de saúde e das eventuais complicações futuras. Neste âmbito, e após análise detalhada relativamente aos

prós e contras do seu problema de saúde, a mesma considera plausível a mudança comportamental.

No decorrer da entrevista, o discurso da utente foi centrado na sua história de vida pessoal, social e laborar, nas suas preocupações atuais, nos seus problemas e necessidades quotidianas e nas possíveis estratégias a implementar com vista à mudança comportamental.

Exame do Estado Mental	
Aparência física, atividade psicomotora e atitude	Utente com idade aparente não coincidente com a idade real, aparentando possuir idade superior à real. Apresenta postura inquieta por períodos, alternando períodos de sentada com períodos em que se encontra de pé. Vestuário cuidado e adequado à estação do ano. Adequados cuidados de higiene corporal e integridade cutânea mantida. Comportamento inquieto por períodos, mas colaborante com a realização da entrevista. Atitude cooperativa e de interesse. No decorrer da entrevista estabeleceu fraco contato ocular.
Humor e emoções	Humor lábil. Congruência entre o humor e a comunicação verbal e não verbal instituída. Durante a entrevista expressou sentimentos e emoções.
Discurso e linguagem	Apresenta discurso coerente mas pobre e com algumas limitações a nível gramatical. Pensamento lógico e organizado acerca da sua história clínica e pessoal.
Pensamento e percepção	A utente nega atividade alucinatória e delirante, apresentando comportamento congruente.
Cognição	Utente orientada auto e alopsiquicamente no tempo e no espaço. Apresenta dificuldade face à sua capacidade de atenção e concentração.
Juízo crítico e insight	A utente reconhece que necessita de ajuda para cessar os consumos metadona, daí ter decidido iniciar este procedimento em ambiente controlado. Manifesta insight acerca do seu problema de saúde, dos possíveis mecanismos de defesa, bem como traça objetivos e estratégias futuras. Mantém juízo crítico preservado relativamente as decisões a serem tomadas.

Anexo VI – Sessão de Psicoeducação alusiva ao tema “*Fases Motivacionais*”



Unidade de Desabilitação do Algarve	Módulo I – Promoção de Estilos de Vida, Diagnóstico e Prevenção	Página 1 de 4

<p>Grupo destinatário: Utentes internados na Unidade de Desabilitação do Algarve Local: Sala de Atividades Data: 20/01/2014 Hora: 11:00 Duração: 40 minutos Número de participantes: 4 utentes Recursos materiais: -----</p>	<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permitir a interação social entre os utentes; • Promover a comunicação entre os utentes. <p>Objetivo Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir acerca das fases motivacionais: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação, Manutenção e Recaída. 				
<p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação expressiva diminuída; • Interação/Relação social diminuída; • Défice de conhecimentos acerca das fases motivacionais. 	<p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamento alterado; • Percepção alterada; • Ausência de motivação para participar na psicoeducação; • Auto-controlo impulso agressividade ineficaz; • Défice intelectual; • Dificuldade de concentração; • Estado confusional. 				
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="199 1142 454 1209">Fase</th> <th data-bbox="454 1142 582 1209">Tempo</th> <th data-bbox="582 1142 965 1209">Conteúdo</th> <th data-bbox="965 1142 1157 1209">Método</th> <th data-bbox="1157 1142 1452 1209">Avaliação</th> </tr> </thead> </table>	Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação	
<p>Etapa I Introdução</p>	<p>5´</p>	<p>- Apresentação dos enfermeiros e utentes; - Apresentação da psicoeducação e dos seus objetivos; - Verificação da recetividade/interesse dos utentes.</p>	<p>- Método afirmativo/participativo.</p>	<p>- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação dos utentes.</p>	
<p>Etapa II Desenvolvimento</p>	<p>25´</p>	<p>Início da psicoeducação: - Instrução acerca das fases motivacionais: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação, Manutenção e Recaída.</p>	<p>- Método afirmativo/participativo.</p>	<p>- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, motivação e participação dos utentes.</p>	
<p>Etapa III Conclusão</p>	<p>10´</p>	<p>- Motivação dos utentes para a reflexão; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da psicoeducação.</p>	<p>- Método afirmativo/participativo.</p>	<p>- Avaliação formativa e imediata; - Avaliação da psicoeducação através do diálogo com os utentes.</p>	



Utente	Utente 1	Utente 2	Utente 3	Utente 4
Avaliação				
O utente interagiu/ comunicou com o grupo e com os profissionais?	Sim	Sim	Sim	Sim
O utente sentiu-se motivado?	Sim	Sim	Sim	Sim
O utente reconheceu pelo menos 3 das fases motivacionais?	Sim	Sim	Não	Sim
O utente contribui para a sessão com exemplos da sua vida quotidiana?	Sim	Sim	Sim	Sim
O utente reconheceu a importância da intervenção motivacional?	Sim	Sim	Sim	Sim
Observação	<p>O utente encontrou-se motivado em participar na sessão, contribuindo com exemplos do seu quotidiano relativamente às fases motivacionais. Apresentou um discurso coerente e fluente e boa capacidade de interação e comunicação.</p>	<p>O utente participou na sessão com interesse e empenho. Apresentou um discurso coerente e pensamento organizado. No alcance dos objetivos terapêuticos delineados contribuiu para a sessão apresentando exemplos da sua vida diária, os quais foram analisados e discutidos com o grupo terapêutico.</p>	<p>A utente participou na sessão com empenho e demonstrou interesse. Embora apresentasse boa capacidade de interação e comunicação, demonstrou dificuldades em reconhecer as fases motivacionais, no entanto quando instruída conseguiu apresentar exemplos da sua vida quotidiana no que concerne às fases motivacionais. Apresentou discurso coerente e pensamento organizado.</p>	<p>O utente participou ativamente na sessão, demonstrando interesse e motivação. Apresentou um discurso coerente e fluente com recurso a exemplos do seu dia-a-dia. Pensamento organizado e humor eufórico. Alcançou os objetivos terapêuticos propostos para a sessão.</p>

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da Psicoeducação “Fases Motivacionais” - Gráficos</p>	<p>Data: 20/Janeiro/2014</p>
<p>Unidade de Desabituação do Algarve</p>	<p>Módulo I – Promoção de Estilos de Vida, Diagnóstico e Prevenção</p>	<p>Página 3 de 4</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da sessão de psicoeducação realizada.



Gráfico 1 – Interação/comunicação dos utentes com o grupo e com os profissionais durante a sessão.



Gráfico 2 – Motivação dos utentes que participaram na sessão.



Gráfico 3 – Reconhecimento de pelo menos 3 das fases motivacionais pelos utentes durante a realização da sessão.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da Psicoeducação “Fases Motivacionais” - Gráficos</p>	<p>Data: 20/Janeiro/2014</p>
<p>Unidade de Desabituação do Algarve</p>	<p>Módulo I – Promoção de Estilos de Vida, Diagnóstico e Prevenção</p>	<p>Página 4 de 4</p>

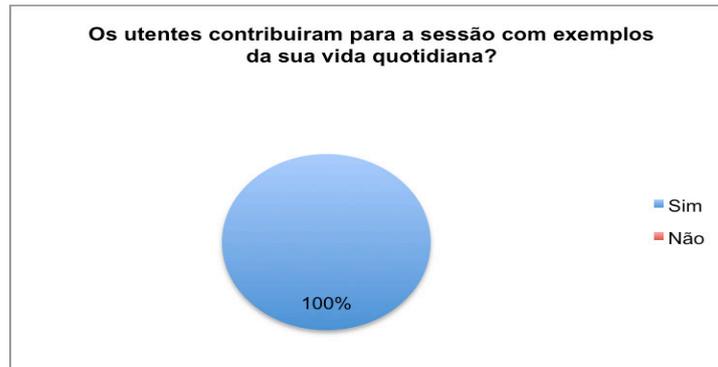


Gráfico 4 – Partilha de exemplos da vida quotidiana acerca das diferentes fases motivacionais pelos utentes durante a realização da sessão.



Gráfico 5 – Reconhecimento da importância da intervenção motivacional pelos utentes que participaram na sessão.

Anexo VII – Sessão de Psicoeducação alusiva ao tema “*Ansiedade*”



<p>Grupo destinatário: Utentes internados no Serviço de Psiquiatria do CHBA Local: Sala de Atividades Data: 30/05/2013 Hora: 11:00 Duração: 40 minutos Número de participantes: Entre 3 - 8 utentes Recursos materiais: Folhetos informativos existentes no serviço alusivos ao tema.</p>		<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permitir a interação social entre os utentes; • Promover a comunicação entre os utentes. <p>Objetivo Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir acerca da ansiedade, dos sinais de alerta, das estratégias de controlo, das alterações dos hábitos de vida e das técnicas de relaxamento. 		
<p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade; • Auto-estima diminuída; • Humor deprimido; • Vontade de viver diminuída; • Comunicação expressiva diminuída; • Interação/Relação social diminuída; • Défice de conhecimentos acerca da ansiedade. 		<p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamento alterado; • Percepção alterada; • Ausência de motivação para participar na psicoeducação; • Auto-controlo impulso agressividade ineficaz; • Défice intelectual; • Dificuldade de concentração; • Estado confusional. 		
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5´	- Apresentação dos enfermeiros e utentes; - Apresentação da psicoeducação e dos seus objetivos; - Verificação da recetividade/interesse dos utentes.	- Método afirmativo/ participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação dos utentes.
Etapa II Desenvolvimento	25´	Início da psicoeducação: - Instrução acerca da ansiedade, dos sinais de alerta, das estratégias de controlo, das alterações dos hábitos de vida e das técnicas de relaxamento.	- Método afirmativo/ participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, motivação e participação dos utentes.
Etapa III Conclusão	10´	- Motivação dos utentes para a reflexão; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da psicoeducação.	- Método afirmativo/ participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Avaliação da psicoeducação através do diálogo com os utentes.



Utente Avaliação	Utente 1	Utente 2	Utente 3	Utente 4
O utente interagiu/ comunicou com o grupo e com os profissionais?	Sim	Sim	Não	Sim
O utente sentiu-se motivado?	Sim	Sim	Sim	Sim
O utente reconheceu pelo menos 3 sinais de alerta da ansiedade?	Sim	Não	Não	Sim
O utente identificou pelo menos 2 estratégias de controlo da ansiedade?	Não	Não	Não	Sim
O utente reconheceu a importância da alteração dos hábitos de vida?	Sim	Sim	Sim	Sim
O utente identificou 1 técnica de relaxamento?	Não	Não	Não	Sim
Observação	<p>A utente encontrou-se motivada para participar na sessão, contribuindo com exemplos do seu quotidiano relativamente aos sinais de alerta. Apresentou um discurso coerente e fluente. Embora reconheça a importância em alterar o seu estilo de vida devido à ansiedade refere que “<i>não sei como faze-lo</i>” (sic).</p>	<p>O utente participou na sessão com interesse e empenho. Apresentou um discurso coerente, mas pobre. - reconheceu um sinal de alerta da ansiedade, referindo que “<i>é quando temos medo de algo e não sabemos explicar o porque desse medo</i>” (sic). Apresentou ainda desconhecimento acerca das estratégias para combater a ansiedade e a existência de técnicas de relaxamento.</p>	<p>O utente solicitou a sua participação na sessão, demonstrando motivação. Durante a sessão apresentou uma postura reservada e pouco comunicativa. Reconheceu a importância da alteração dos hábitos de vida, no entanto não soube especificar os sinais de alerta, as estratégias a utilizar nem enunciar nenhuma técnica de relaxamento.</p>	<p>A utente participou ativamente na sessão, demonstrando interesse e motivação. Apresentou um discurso coerente e fluente com recurso a exemplos do seu dia-a-dia. Alcançou os objetivos da sessão, assim como explicou aos outros utentes em que consiste e o procedimento da técnica da respiração abdominal. Apresentou humor eufímico.</p>

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da psicoeducação “Ansiedade”</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 30/Maio/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 3 de 4</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da sessão de psicoeducação realizada.



Gráfico 1 – Interação/comunicação dos utentes com o grupo e com os profissionais durante a sessão.



Gráfico 2 – Motivação dos utentes que participaram na sessão.



Gráfico 3 – Reconhecimento de pelo menos 3 sinais de alerta da ansiedade pelos utentes durante a realização da sessão.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da psicoeducação “Ansiedade”</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 30/Maio/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 4 de 4</p>

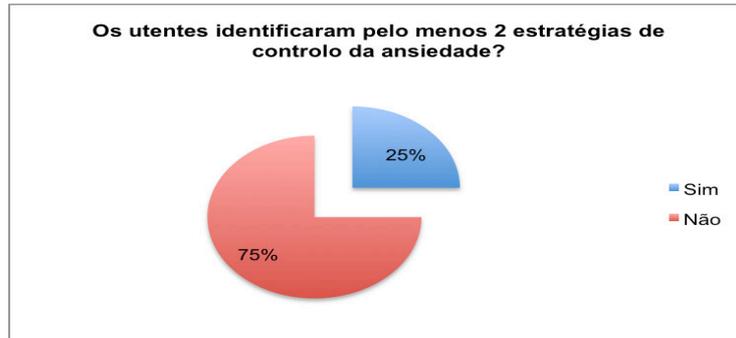


Gráfico 4 – Identificação de pelo menos 2 estratégias de controlo da ansiedade pelos utentes durante a realização da sessão.



Gráfico 5 – Reconhecimento da importância da alteração dos hábitos de vida pelos utentes que participaram na sessão.

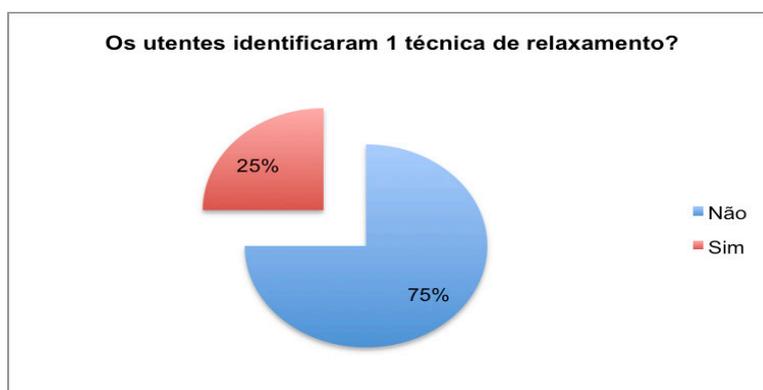


Gráfico 6 – Identificação de 1 técnica do relaxamento pelos utentes que participaram na sessão.

Anexo VIII – Sessão de Psicoeducação alusiva ao tema “*Depressão*”



<p>Grupo destinatário: Utentes internados no Serviço de Psiquiatria do CHBA Local: Sala de Atividades Data: 08/06/2013 Hora: 11:00 Duração: 40 minutos Número de participantes: Entre 3 - 8 utentes Recursos materiais: Folhetos informativos existentes no serviço alusivos ao tema.</p>		<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permitir a interação social entre os utentes; • Promover a comunicação entre os utentes. <p>Objetivo Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir acerca da depressão, das causas da depressão, dos sinais e sintomas da depressão e do seu tratamento. 		
<p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade; • Auto-estima diminuída; • Humor deprimido; • Vontade de viver diminuída; • Comunicação expressiva diminuída; • Interação/Relação social diminuída; • Défice de conhecimentos acerca da depressão. 		<p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamento alterado; • Percepção alterada; • Ausência de motivação para participar na psicoeducação; • Auto-controlo impulso agressividade ineficaz; • Défice intelectual; • Dificuldade de concentração; • Estado confusional. 		
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5´	- Apresentação dos enfermeiros e utentes; - Apresentação da psicoeducação e dos seus objetivos; - Verificação da recetividade/interesse dos utentes.	- Método afirmativo/ participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação dos utentes.
Etapa II Desenvolvimento	25´	Início da psicoeducação: - Instrução acerca da depressão, das causas da depressão, dos sinais e sintomas da depressão e do seu tratamento.	- Método afirmativo/ participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, motivação e participação dos utentes.
Etapa III Conclusão	10´	- Motivação dos utentes para a reflexão; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da psicoeducação.	- Método afirmativo/ participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Avaliação da psicoeducação através do diálogo com os utentes.



Utente	Utente 1	Utente 2	Utente 3
Avaliação			
O utente interagiu/ comunicou com o grupo e com os profissionais?	Sim	Sim	Sim
O utente sentiu-se motivado?	Sim	Sim	Sim
O utente reconheceu pelo menos 2 causas da depressão?	Sim	Sim	Sim
O utente identificou pelo menos 3 sinais e sintomas da depressão?	Sim	Sim	Sim
O utente reconheceu a importância do tratamento da depressão?	Sim	Sim	Sim
Observação	A utente participou ativamente na sessão, reforçando os conhecimentos transmitidos com exemplos do seu quotidiano. Apresentou um discurso coerente e fluente. No final referiu que a sessão “ <i>fez-me bem para consolidar os conhecimentos teóricos com as minhas vivências do dia-a-dia</i> ” (sic).	A utente apresentou uma atitude de interesse e motivação no decorrer da sessão. Apresentou um discurso coerente e fluente e foi muito interventiva com os ensinamentos transmitidos, expondo as suas dúvidas. Apresentou humor deprimido. Verificou-se que assimilou os conhecimentos teóricos transmitidos.	A utente participou ativamente na sessão, expondo dúvidas e apresentando exemplos da sua vida quotidiana. Apresentou um discurso coerente e fluente e humor deprimido. Foi possível verificar que os conhecimentos transmitidos na sessão foram assimilados por ela sem dificuldades.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da psicoeducação “Depressão”</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 08/Junho/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 3 de 4</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da sessão de psicoeducação realizada.



Gráfico 1 – Interação/comunicação dos utentes com o grupo e com os profissionais durante a sessão.



Gráfico 2 – Motivação dos utentes que participaram na sessão.

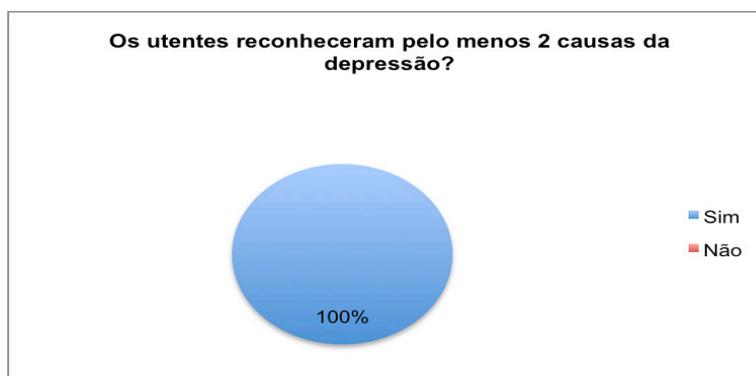


Gráfico 3 – Reconhecimento de pelo menos 2 causas da depressão pelos utentes durante a realização da sessão.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da psicoeducação “Depressão”</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 08/Junho/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 4 de 4</p>



Gráfico 4 – Identificação de pelo menos e sinais e sintomas da depressão pelos utentes durante a realização da sessão.



Gráfico 5 – Reconhecimento da importância do tratamento da depressão pelos utentes que participaram na sessão.

Anexo IX – Sessão de Psicoeducação alusiva ao tema “*Adesão ao Regime Terapêutico*”



<p>Grupo destinatário: Utentes internados no Serviço de Psiquiatria do CHBA Local: Gabinete médico Data: 15/06/2013 Hora: 11:00 Duração: 40 minutos Número de participantes: 1 utente. Recursos materiais: Folhetos informativos existentes no serviço alusivos ao tema.</p>		<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a comunicação; • Permitir a expressão de sentimentos e emoções. <p>Objetivo Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir acerca da importância da adesão ao regime terapêutico, dos fatores que influenciam o abandono da medicação e como tomar corretamente a medicação. 		
<p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade; • Auto-estima diminuída; • Humor deprimido; • Vontade de viver diminuída; • Comunicação expressiva diminuída; • Interação/Relação social diminuída; • Défice de conhecimentos acerca do regime terapêutico. 		<p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamento alterado; • Percepção alterada; • Ausência de motivação para participar na psicoeducação; • Auto-controlo impulso agressividade ineficaz; • Défice intelectual; • Dificuldade de concentração; • Estado confusional. 		
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5´	- Apresentação do enfermeiros e utente; - Apresentação da psicoeducação e dos seus objetivos; - Verificação da recetividade/interesse do utente.	- Método afirmativo/ participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação do utente.
Etapa II Desenvolvimento	25´	Início da psicoeducação: - Instrução acerca da importância da adesão ao regime terapêutico, dos fatores que influenciam o abandono da medicação e como tomar corretamente a medicação.	- Método afirmativo/ participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, motivação e participação do utente.
Etapa III Conclusão	10´	- Motivação do utente para a reflexão; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da psicoeducação.	- Método afirmativo/ participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Avaliação da psicoeducação através do diálogo com o utente.

 CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	Avaliação da psicoeducação “Adesão ao regime terapêutico”	Data: 15/Junho/2013
Serviço de Psiquiatria do CHBA	Módulo II – Intervenção na crise do adulto	Página 2 de 4

Utente Avaliação	Utente 1
O utente comunicou com os profissionais?	Sim
O utente sentiu-se motivado?	Não
O utente reconheceu a importância do regime terapêutico?	Não
O utente identificou pelo menos 3 fatores que influenciam o abandono da medicação?	Não
O utente compreendeu como tomar corretamente a medicação?	Não
Observação	<p>O utente não se encontrava motivado para participar na sessão, no entanto devido ao défice de conhecimentos que apresentava relativamente ao tema e no âmbito de promover o seu processo de alta, ele próprio aceitou em participar. Durante a sessão não esteve interessado em obter conhecimentos acerca da adesão ao regime terapêutico, alegando em todo o seu discurso que “<i>não estou doente, não tenho que tomar medicação</i>” (sic). No decorrer da sessão solicitou para “<i>preciso antes de falar sobre o que me esta a preocupar neste momento</i>” (sic). Uma vez que o utente não estava motivado para adquirir conhecimentos acerca da adesão ao regime terapêutico, foi-lhe prestado apoio emocional e estabelecida relação terapêutica relativamente às suas preocupações e necessidades.</p>

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da psicoeducação “Adesão ao regime terapêutico” – Gráficos</p>	<p>Data: 15/Junho/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 3 de 4</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da sessão de psicoeducação realizada.



Gráfico 1 – Comunicação do utente com os profissionais durante a sessão.



Gráfico 2 – Motivação do utente na sessão.



Gráfico 3 – Reconhecimento da importância do regime terapêutico pelo utente durante a realização da sessão.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da psicoeducação “Adesão ao regime terapêutico” – Gráficos</p>	<p>Data: 15/Junho/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 4 de 4</p>



Gráfico 4 – Identificação de pelo menos 3 fatores que influenciam o abandono da medicação pelo utente durante a realização da sessão.



Gráfico 5 – Compreensão do utente em como tomar corretamente a medicação.

Anexo X – Sessão de Psicoeducação alusiva ao tema “*Alcoolismo*”



<p>Grupo destinatário: Adolescentes que frequentam a consulta de Pedopsiquiatria do CHA, E.P.E. Local: Sala de consulta da terapia ocupacional da Consulta de Pediatria do CHA, E.P.E. Data: 07/11/2013 Hora: 17:00 Duração: 40 minutos Número de participantes: 3 utentes Recursos materiais: -----</p>		<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permitir a interação social entre os utentes; • Promover a comunicação entre os utentes. <p>Objetivo Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir acerca do Alcoolismo: O que é o álcool?, Sintomas do alcoolismo, Efeitos do álcool no organismo e Tratamentos. 		
<p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação expressiva diminuída; • Interação/Relação social diminuída; • Défice de conhecimentos acerca do Alcoolismo. 		<p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamento alterado; • Percepção alterada; • Ausência de motivação para participar na psicoeducação; • Auto-controlo impulso agressividade ineficaz; • Défice intelectual; • Dificuldade de concentração; • Estado confusional. 		
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5´	- Apresentação dos enfermeiros e utentes; - Apresentação da psicoeducação e dos seus objetivos; - Verificação da recetividade/interesse dos utentes.	- Método afirmativo/ participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação dos utentes.
Etapa II Desenvolvimento	25´	Início da psicoeducação: - Instrução acerca do Alcoolismo: O que é o álcool?, Sintomas do alcoolismo, efeitos do álcool no organismo e tratamentos.	- Método afirmativo/ participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, motivação e participação dos utentes.
Etapa III Conclusão	10´	- Motivação dos utentes para a reflexão; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da psicoeducação.	- Método afirmativo/ participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Avaliação da psicoeducação através do diálogo com os utentes.



Utente			
Avaliação	Utente 1	Utente 2	Utente 3
O utente interagiu/ comunicou com o grupo e com os profissionais?	Sim	Sim	Sim
O utente sentiu-se motivado?	Sim	Sim	Sim
O utente reconheceu pelo menos 3 sintomas do alcoolismo?	Sim	Sim	Sim
O utente reconheceu pelo menos 3 efeitos do álcool no organismo?	Sim	Sim	Sim
O utente reconheceu pelo menos 2 métodos de tratamento para o alcoolismo?	Sim	Sim	Sim
Observação	<p>O utente encontrou-se motivado em participar na sessão, interagindo com os restantes adolescentes e com os enfermeiros. Apresentou um discurso coerente e fluente, assim como assimilou os conhecimentos transmitidos. No decorrer da sessão recorreu a exemplos quotidianos enriquecendo-a e promovendo a reflexão nos restantes adolescentes.</p>	<p>O utente participou na sessão com interesse e empenho. Apresentou um discurso coerente e pensamento organizado. Humor eufónico. No alcance dos objetivos terapêuticos delineados adotou uma participação ativa, intervindo adequadamente no seu decorrer. Boa capacidade de interação e comunicação.</p>	<p>A utente participou na sessão com empenho e demonstrou interesse. Embora se encontrasse verborreica, participou ativamente, recorrendo a exemplos da vida quotidiana, os quais promoverem a partilha de opiniões e a reflexão no grupo. Apresenta ainda boa capacidade de interação e comunicação.</p>

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da Psicoeducação “Alcoolismo”</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 07/Novembro/2013</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. - Faro</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 3 de 4</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da sessão de psicoeducação realizada.



Gráfico 1 – Interação/comunicação dos utentes com o grupo e com os profissionais durante a sessão.



Gráfico 2 – Motivação dos utentes que participaram na sessão.

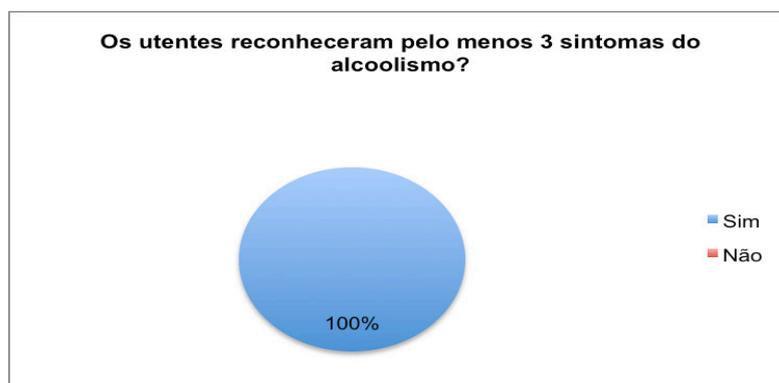


Gráfico 3 – Reconhecimento de pelo menos 3 sintomas do alcoolismo pelos utentes durante a realização da sessão.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da Psicoeducação “Alcoolismo”</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 07/Novembro/2013</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. - Faro</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 4 de 4</p>

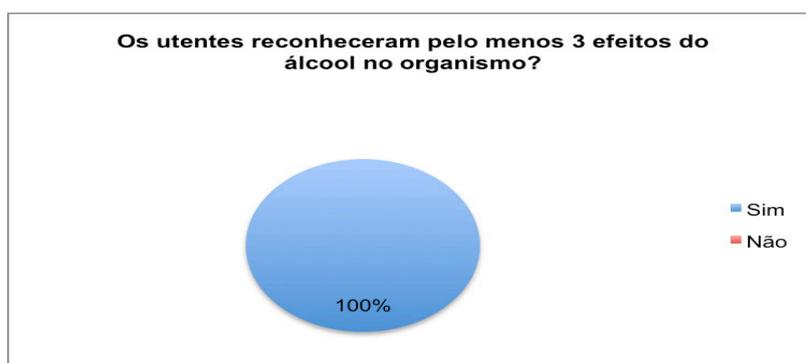


Gráfico 4 – Reconhecimento de pelo menos 3 efeitos do álcool no organismo pelos utentes durante a realização da sessão.

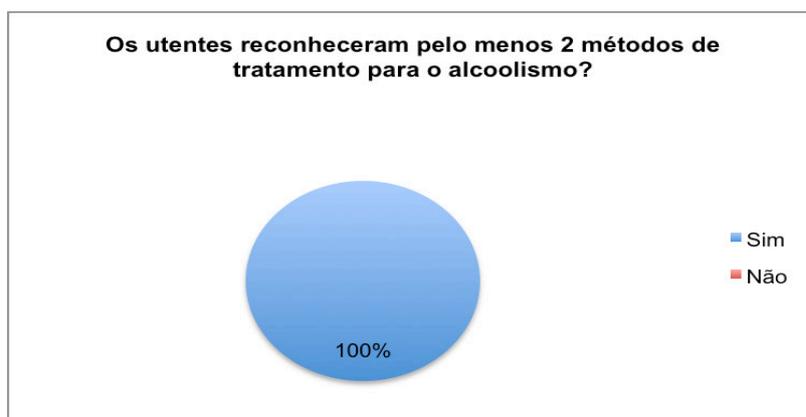


Gráfico 5 – Reconhecimento de pelo menos 2 métodos de tratamento para o alcoolismo pelos utentes que participaram na sessão.

Anexo XI – Sessão de Psicoeducação alusiva ao tema “*Adesão ao Regime Terapêutico*”



<p>Grupo destinatário: Adolescentes que frequentam a consulta de Pedopsiquiatria do CHA, E.P.E. Local: Sala de consulta da terapia ocupacional da Consulta de Pediatria do CHA, E.P.E. Data: 07/11/2013 Hora: 18:00 Duração: 40 minutos Número de participantes: 3 utentes Recursos materiais: -----</p>		<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover a comunicação; Permitir a expressão de sentimentos e emoções. <p>Objetivo Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Instruir acerca da importância da adesão ao regime terapêutico, dos fatores que influenciam o abandono da medicação e como tomar corretamente a medicação. 		
<p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> Comunicação expressiva diminuída; Interação/Relação social diminuída; Défice de conhecimentos acerca do regime terapêutico. 		<p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pensamento alterado; Percepção alterada; Ausência de motivação para participar na psicoeducação; Auto-controlo impulso agressividade ineficaz; Défice intelectual; Dificuldade de concentração; Estado confusional. 		
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5´	- Apresentação do enfermeiros e utente; - Apresentação da psicoeducação e dos seus objetivos; - Verificação da recetividade/interesse do utente.	- Método afirmativo/participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação do utente.
Etapa II Desenvolvimento	25´	Início da psicoeducação: - Instrução acerca da importância da adesão ao regime terapêutico, dos fatores que influenciam o abandono da medicação e como tomar corretamente a medicação.	- Método afirmativo/participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, motivação e participação do utente.
Etapa III Conclusão	10´	- Motivação do utente para a reflexão; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da psicoeducação.	- Método afirmativo/participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Avaliação da psicoeducação através do diálogo com o utente.

 CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	Avaliação da Psicoeducação “Adesão ao regime terapêutico”	Data: 07/Novembro/2013
Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. - Faro	Módulo III – Pedopsiquiatria	Página 2 de 4

Utente Avaliação	Utente 1	Utente 2	Utente 3
O utente interagiu/ comunicou com o grupo e com os profissionais?	Sim	Sim	Sim
O utente sentiu-se motivado?	Sim	Sim	Sim
O utente reconheceu a importância do regime terapêutico?	Sim	Sim	Sim
O utente identificou pelo menos 3 fatores que influenciam o abandono da medicação?	Sim	Sim	Sim
O utente compreendeu como tomar corretamente a medicação?	Sim	Sim	Sim
Observação	<p>O utente encontrava-se motivado para participar na sessão de psicoeducação, contribuindo com os exemplos da sua vida quotidiana para a enriquecer. Apresentou um discurso coerente e fluente, pensamento organizado e humor eutímico. Demonstrou ainda boa capacidade de interação e comunicação, alcançando os objetivos terapêuticos.</p>	<p>O utente participou na sessão com interesse e empenho. Apresentou um discurso coerente, pensamento organizado e humor eutímico. Na globalidade alcançou os objetivos terapêuticos previamente traçados, assim como interagiu e comunicou com os restantes adolescentes no sentido de partilhar experiências.</p>	<p>A utente participou de forma ativa na sessão, demonstrando interesse e motivação. Durante a sessão partilhou com os restantes elementos experiências de vida relativamente à gestão do regime terapêutico, enriquecendo o decorrer da mesma. Apresentou discurso coerente, pensamento organizado e humor eutímico. Revela ainda boa capacidade de comunicação e interação.</p>

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da Psicoeducação “Adesão ao regime terapêutico” - Gráficos</p>	<p>Data: 07/Novembro/2013</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. - Faro</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 3 de 4</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da sessão de psicoeducação realizada.



Gráfico 1 – Interação/comunicação dos utentes com o grupo e com os profissionais durante a sessão.



Gráfico 2 – Motivação dos utentes na sessão.

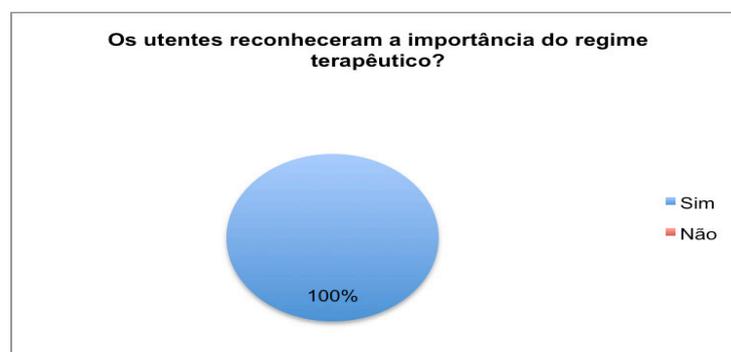


Gráfico 3 – Reconhecimento da importância do regime terapêutico pelos utentes durante a realização da sessão.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da Psicoeducação “Adesão ao regime terapêutico” - Gráficos</p>	<p>Data: 07/Novembro/2013</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E. - Faro</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 4 de 4</p>



Gráfico 4 – Identificação de pelo menos 3 fatores que influenciam o abandono da medicação pelos utentes durante a realização da sessão.



Gráfico 5 – Reconhecimento de como devem tomar corretamente a medicação pelos utentes que participaram na sessão.

Anexo XII – Estudo de Caso



Estudo de Caso



Porto, 2014



Estudo de Caso

Dependência de Benzodiazepinas



**Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Aluno: Andreia Faleiro, n.º 360506091

Professor Orientador: Emília Preciosa

Enfermeiro tutor: António Rebelo

Janeiro, 2014

“A dor mental do toxicodependente é uma dor constante, indefinida e incontrolável porque não compreendida, a dor dum necessidade nunca satisfeita, a dor dum imensa e insaciável necessidade e daí uma dor intolerável... É de admitir que a substitua por um sofrimento controlado, através de um agir, a procura incessante da substância, a sua incorporação e a disforia induzida pelos efeitos da droga, que ele acredita poder controlar.”

(Fleming, 2005, p. 7)

Siglas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRAS – Centro de Reabilitação dos Alcoólicos do Sul

CRI – Centro de Respostas Integradas

ESMP – Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

NOC – Indicadores da Classificação de Resultados de Enfermagem

OMS – Organização Mundial de Saúde

POC – Programa Ocupacional

UDA – Unidade de Desabilitação do Algarve

Índice

Introdução	11
1. Enquadramento Teórico	15
1.1. Dependência de Benzodiazepinas	16
1.2. Relação de Ajuda.....	18
1.3. A entrevista.....	25
2. Estudo de Caso	29
2.1. Caracterização geral da utente.....	31
2.2. História atual da doença	33
2.3. Tratamento Farmacológico.....	34
2.4. Plano de Cuidados	35
2.5. Relação de Ajuda e Entrevistas	37
Conclusão	43
Referências Bibliográficas.....	45
Anexos.....	47
Anexo I – Planeamento da entrevista de enfermagem do dia 05/12/2013	49
Anexo II – Entrevista de enfermagem do dia 05/12/2013.....	51
Anexo III – Planeamento da entrevista de enfermagem do dia 09/12/2013.....	53
Anexo IV – Entrevista de enfermagem do dia 09/12/2013	55
Anexo V – Planeamento da entrevista de enfermagem do dia 15/12/2013.....	57
Anexo VI – Entrevista de enfermagem do dia 15/12/2013	59
Anexo VII – Indicador NOC: “ <i>Controle de Riscos: Uso de Drogas</i> ” aplicado no dia 09/12/2013	61
Anexo VIII – Indicador NOC: “ <i>Conhecimento: Controle do Uso de Substâncias</i> ” aplicado no dia 09/12/2013	63
Anexo IX – Indicador NOC: “ <i>Proteção Contra Abuso</i> ” aplicado no dia 09/12/2013	65
Anexo X – Indicador NOC: “ <i>Controle de Riscos: Uso de Drogas</i> ” aplicado no dia 15/12/2013	67
Anexo XI – Indicador NOC: “ <i>Conhecimento: Controle do Uso de Substâncias</i> ” aplicado no dia 15/12/2013	69
Anexo XII – Indicador NOC: “ <i>Proteção Contra Abuso</i> ” aplicado no dia 15/12/2013	71

Introdução

A Enfermagem considerada como a arte de cuidar é concomitantemente uma ciência cuja essência é o cuidar do ser humano na globalidade da sua dimensão holística, sendo o utente considerado como *“um ser em auto-desenvolvimento desde o nascimento até à morte e na qual o enfermeiro pode intervir, através do cuidar, visando sempre a autonomia do sujeito alvo dos cuidados, estimulando as suas capacidades de modo a colocá-las ao serviço do seu desenvolvimento e da sua qualidade de vida”* (Sequeira, 2006, p.15).

A saúde mental e psiquiátrica encontra-se redigida na literatura científica como *“a capacidade que cada pessoa possui para lidar consigo própria, gerindo os conflitos interiores, estabelecer relações adequadas com os outros e promover realizações sociais, participando na construção de uma relação equilibrada com o meio em que está envolvida”* (Amaral, 2010, p.8), de modo a promover o crescimento, desenvolvimento, auto-realização, autonomia, atitudes positivas relativamente a si próprio e aos outros, autodeterminação, domínio do meio circundante, integração, resposta emocional e competências sociais.

O papel relevante desenvolvido no processo de motivação individual e interno dos utentes integrados no âmbito da saúde mental e psiquiátrica e incluídos no contexto familiar e comunitário avalia as necessidades básicas com vista à reabilitação psicossocial, perceção consciente acerca da realidade, estabelecimento de relações interpessoais, participação construtiva na adaptação sistemática ao ambiente envolvente e gestão dos seus próprios conflitos internos.

No que concerne à enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, o enfermeiro cuida do utente *“trabalha-o a nível do consciente, de acordo com a realidade de todos os dias, (...), para lhe dar a resposta adequada de forma a restabelecer o nível de harmonia, antes existente”* (Amaral, 2010, p.1).

O processo de enfermagem apresentado como um instrumento metodológico torna-se de primordial importância no tratamento quotidiano dos utentes, visto que auxilia os enfermeiros nas tomadas de decisões clínicas conscientes e responsáveis, tendo como recurso a observação direta, análise, síntese, previsão e a avaliação das intervenções de enfermagem

implementadas. Juntamente, o processo de enfermagem coadjuva no tratamento, recuperação e reabilitação dos utentes de acordo com a sua unicidade e individualidade.

Segundo o autor Amaral (2010, p.19) citando Atkinson e Murray (1989), o processo de enfermagem “*também contribui para o crescimento profissional de cada enfermeira. Quando uma enfermeira conclui o plano e consegue avaliar a sua eficácia em atingir as necessidades individuais de um paciente, ela aumenta a sua perícia*”, ou seja, aprofunda conhecimentos teóricos e difunde a sua experiência prática, desenvolvendo competências relativamente à colheita de dados, diagnóstico da situação e planeamento, implementação, avaliação e validação das intervenções de enfermagem.

Nesta perspectiva e no âmbito da realização do módulo I de estágio, “*Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção*”, a decorrer na Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA), sob a orientação pedagógica da professora Emília Preciosa e do enfermeiro António Rebelo num período compreendido entre 25 de Novembro de 2013 e 1 de Fevereiro de 2014, foi executado um estudo de caso relacionado com a dependência de benzodiazepinas. A eleição do presente caso clínico para execução do estudo de caso, prendeu-se com as características da situação clínica, nomeadamente, com a perda de noção da realidade, alteração da personalidade, do comportamento, das atitudes e conjuntamente pela dificuldade em preservar as relações sociais, familiares e laborais.

A concretização do estudo de caso torna-se indispensável na prestação de cuidados, pois promove cuidados de enfermagem adequados, individualizados, específicos, personalizados e únicos aos diferentes utentes encontrando-se estes enquadrados num plano singular que valoriza a sua multidimensão biopsicosocial cultural e espiritual. Acresce ainda salientar que o estudo de caso permite a descrição, compreensão e exploração dos fenómenos, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

O presente estudo de caso foi eleito com o propósito de aprofundar competências teóricas, científicas e práticas no contexto da toxicodependência, pelo interesse suscitado e igualmente pela relação terapêutica instaurada com a utente.

Os principais objetivos da concretização do atual estudo de caso encontram-se fundamentados em acompanhar a utente durante o período de internamento, analisar a história clínica, pessoal, familiar e laboral, avaliar a utente numa perspetiva bio-psico-sócio-cultural, adquirir conhecimentos aprofundados analogamente à psicopatologia, aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, realizar entrevistas de enfermagem, assim como instituir uma relação terapêutica sólida, consistente e construtiva.

Neste contexto tornou-se imperativo a mobilização de conhecimentos teóricos e práticos previamente adquiridos na especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Os conhecimentos aplicados encontram-se unificados à unicidade do utente, promoção de estilos de vida saudáveis, mudança comportamental, adequação das respostas humanas, alcance dos projetos terapêuticos e reconhecimento de sinais e sintomas referentes à crise no desencadeamento de uma possível recaída.

Murcho (2001) define toxicod dependência como uma doença crónica e recidivante que instiga mudanças a nível bio-psico-social e que se assinala pela procura de prazer ou evasão resultante da propensão compulsiva para o consumo de drogas.

A dependência de benzodiazepinas proporciona tanto a nível pessoal como a nível comunitário repercussões na vida dos utentes e da sociedade que os rodeia.

A elaboração deste documento foi sustentada no método descritivo, através da consulta de bibliografia científica e do processo clínico, realização de colheita de dados, observação direta, estabelecimento de uma relação terapêutica, realização de entrevistas previamente estruturadas e com objetivos específicos delineados, aplicação de indicadores da classificação de resultados em enfermagem (NOC) e reflexão individual e das experiências pessoais e profissionais adquiridas no decorrer da prática clínica no contexto da prestação de cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica (ESMP) transversalmente à toxicod dependência.

O presente estudo de caso, encontra-se dividido em três partes, sendo a primeira constituída pela fundamentação teórica, a segunda referente ao desenvolvimento do estudo de caso e a terceira alusiva à conclusão.

A concretização do estudo de caso, permite o aprimoramento de idoneidades pessoais e profissionais, a solidificação de conhecimentos teóricos e científicos transpostos na prática clínica e profissional, assim como o desenvolvimento de intervenções específicas da ESMP no contexto na toxicod dependência. Os aspetos citados previamente contribuem paralelamente para o desenvolvimento do processo de ensino/aprendizagem no âmbito da especialização em ESMP, com o intuito da aquisição de competências instrumentais, interpessoais, profissionais, relacionais, comunicacionais e sistémicas, alicerçadas ao saber-ser, saber-fazer, saber-estar e saber-saber patenteadas pela enfermagem enquanto profissão e ciência.

1. Enquadramento Teórico

A Organização Mundial de Saúde (OMS), menciona que a saúde mental inclui o bem-estar físico e psicológico, a autoeficácia, a autonomia, o reconhecimento das capacidades intelectuais e emocionais e a competência. Acrescenta ainda que os utentes que legitimam as suas capacidades, encontram-se capacitados para gerir o stress quotidiano, exercer funções produtivas e consequentemente contribuir para o bem geral da comunidade envolvente.

No contexto da saúde mental, nuclearizada ao âmbito específico do uso e abuso de substâncias psicoativas enraizadas na cultura, nos rituais religiosos, nas crenças e nas relações interpessoais, verifica-se que a *“história das drogas é a história da humanidade”* (IDT, 2013).

A palavra *“droga”* faz alusão a um grandioso número de substâncias lícitas ou ilícitas, com distintos efeitos sobre o humor, percepção, pensamento, comportamento, emoções, estado de ânimo e de consciência, com significados distintos que provocam dependência nos utentes consumidores, enquanto que o termo *“substância”* pretende ser mais universal designando todos os produtos passíveis de causar danos na saúde e debilidade no funcionamento social e económico do utente.

A toxicodependência é uma doença onde a procura e o consumo compulsivo e descontrolado de substâncias originárias de estilos de vida causam consequências negativas e onde regularmente o utente atribui prioridade comparativamente com outras atividades e obrigações, acarretando repercussões a nível da saúde, política e sociedade (Dianova, 2012).

Segundo o autor Nunes (2011, p.7), *“a toxicodependência é um problema cada vez mais atual, constitui um dos problemas mais graves da sociedade. A literatura apresenta uma incidência do consumo em Portugal de, entre 2,3 e 8,6 por cada 1000 habitantes, com idades entre os 15 e os 64 anos. Existindo apenas 15% a 20% em processo de recuperação e que existindo nesta a possibilidade de recaída”*.

A dependência fisiológica e psicológica induzida pela toma repetida de substâncias é caracterizada pelo forte desejo em consumir regularmente, pelo desenvolvimento de tolerância, pela reação física de abstinência, pela negligência progressiva de outras formas de satisfação, pela ausência da capacidade de auto-controlo e pelo abandono das atividades sociais, recreativas e ocupacionais.

De um modo abrangente, a toxicodependência caracteriza-se por um estado psíquico e físico que advém da interação entre o ser humano e a substância tóxica com determinados efeitos específicos num processo designado por contínuo ou periódico.

1.1. Dependência de Benzodiazepinas

Remonta-se a 1960 o início da comercialização de benzodiazepinas, inicialmente com a venda do clordiazepóxido seguindo-se o diazepam (Townsend, 2011; IDT, 2013). Na atualidade este grupo farmacológico encontra-se amplamente prescrito à comunidade, visto que os utentes procuram aliviar a ansiedade em primeira instância acabando por fazer *“uso abusivo e desenvolvendo dependência física desses medicamentos. Acreditamos que esse prática mascara os sintomas, proporcionando uma sensação de bem-estar passageira, dificultando a busca de soluções mais efetivas”* (Marcolan e Urasaki, 1998, p.209).

A administração deste grupo farmacológico deve apenas ser empregue em situações específicas, como sendo no tratamento das crises de ansiedade, do delirium tremens e para potencializar o efeito terapêutico dos fármacos anticonvulsivantes (Marcolan e Urasaki, 1998).

A sua administração de acordo com as doses recomendadas permite a atuação a nível do sistema nervoso produzindo um efeito ansiolítico, no entanto a administração de forma contínua e prolongada mesmo que em doses baixas demonstra ser seletiva nas ações depressoras. Analogamente à administração de benzodiazepinas em doses moderadas, estas podem originar dependência física e psicológica resultando após a sua descontinuidade num processo de abstinência grave, daí a importância da redução da dosagem ocorrer de forma gradual. Relativamente à ingestão de doses elevadas estas podem produzir efeitos nos vários órgãos do corpo humano, concretamente a nível do padrão do sono e do sonho, depressão respiratória, efeitos cardíacos, renais e hepáticos, bem como alterações na temperatura corporal e no funcionamento sexual (Marcolan e Urasaki, 1998; Deglin e Vallerand, 2001; Osswald e Guimarães, 2001; Townsend 2011).

Na sequência dos consumos excessivos de benzodiazepinas, alguns dos sinais e sintomas mais comuns encontram-se abrangidos pela fala arrastada, comportamento agressivo ou sexual inadequado, perturbações da atenção ou da memória, labilidade emocional, descoordenação na marcha, perturbações no funcionamento social ou ocupacional, nistagmo e coma. Os consumos excessivos de benzodiazepinas podem ainda induzir variáveis graus de depressão do sistema nervoso central, favorecer o alívio da ansiedade, induzir o coma e provocar a morte (Marcolan e Urasaki, 1998; Deglin e Vallerand, 2001; Osswald e Guimarães, 2001; Townsend 2011).

Pela análise bibliográfica realizada facilmente se constata que o consumo de benzodiazepinas similarmente pode causar tolerância e dependência, verificando-se que *“a tolerância cruzada dá-se quando uma substância resulta numa resposta diminuída a outra substância. A dependência cruzada é uma condição na qual uma substância pode impedir os sintomas de abstinência associados à dependência física de uma substância diferente”* (Townsend, 2011, p.467 citando Julien, 2005). Ocorre um maior risco das benzodiazepinas produzirem dependência fisiológica e psicológica em utentes onde a dosagem administrada é superior a 4 mg por dia (Deglin e Vallerand, 2001).

Relativamente à dependência física, verifica-se que caso sejam *“administradas repetidamente doses altas de depressores do CNS durante um período de tempo prolongado, ocorre um período de hiper-excitação do CNS aquando da abstinência da substância. A resposta pode ser grave, levando mesmo a convulsões e à morte”* (Townsend, 2011, p.467). Relativamente à dependência psicológica, os depressores do sistema nervoso central geram um nível máximo de funcionamento e de bem-estar (Townsend, 2011).

Os efeitos químicos produzidos no corpo humano pela administração destas substâncias medicamentosas dependem do fármaco e da dosagem administrada. Alguns dos efeitos no sistema nervoso central encontram-se paralelamente interligados com o comportamento do consumidor, ou seja, dependem da dosagem do fármaco ingerido e dos comportamentos associados, podendo o seu abuso ser imprevisível e fatal.

As benzodiazepinas instigam reações adversas no corpo humano induzidas pelo efeito depressor no sistema nervoso central, onde especificamente ocorre depressão da atividade cerebral, dos nervos, dos músculos e dos tecidos cardíacos. O presente grupo farmacológico, para além do descrito previamente, reduz conjuntamente a taxa metabólica nos diversos tecidos do corpo humano e altera o padrão do sono e dos sonhos, ou seja, encurta a quantidade de tempo de sono passado a sonhar, no entanto durante o período de

abstinência os sonhos tornam-se vividos e excessivos (Marcolan e Urasaki, 1998; Deglin e Vallerand, 2001; Osswald e Guimarães, 2001; Townsend 2011).

Comparativamente ao consumo de benzodiazepinas e à depressão respiratória podem advir *“efeitos adicionais com o uso concomitante de outros depressores do CNS, produzindo uma situação de risco de vida para o indivíduo”* (Townsend, 2011, p.468). Analogamente aos efeitos cardiovasculares, verifica-se a ocorrência de hipotensão, diminuição do débito cardíaco, do fluxo sanguíneo cerebral e a delimitação direta da contractilidade do miocárdio. Ocorre também a possibilidade de a nível hepático ser produzida icterícia, ocorrer intoxicação aguda e o decréscimo dos níveis de plasma no organismo humano (Marcolan e Urasaki, 1998; Deglin e Vallerand, 2001; Osswald e Guimarães, 2001; Townsend 2011).

No que concerne à temperatura corporal pode ocorrer diminuição da mesma e relativamente ao funcionamento sexual pode suceder o aumento da libido, presença de um comportamento de desinibição e a possibilidade de comprometimento da capacidade de ereção (Marcolan e Urasaki, 1998; Deglin e Vallerand, 2001; Osswald e Guimarães, 2001; Townsend 2011).

O síndrome de abstinência provocado pela cessação de benzodiazepinas manifesta-se pela redução acentuada ou mesmo pela cessão da ingestão medicamentosa no decorrer de algumas semanas. Alguns dos sintomas de abstinência incluem, a hiperatividade, sudorese, taquicardia, tremor acentuado nas mãos, náuseas e/ou vômitos, insónias, ilusões, alucinações, agitação psicomotora, ansiedade e crises convulsivas (Marcolan e Urasaki, 1998; Deglin e Vallerand, 2001; Osswald e Guimarães, 2001; Townsend 2011).

1.2. Relação de Ajuda

A terapia centrada no utente de Carl Rogers (1980) destacou a importância da relação de ajuda ser fundamentada numa filosofia humanista, não-diretiva, colaborativa e sustentada em crenças, potencialidades, autonomia e valorização dos diferentes utentes face aos seus problemas quotidianos. Na relação instituída, o enfermeiro procura diligenciar a apreciação, permite a expressão de sentimentos e emoções e explora os recursos internos latentes aos utentes (Simões, Fonseca e Belo, 2006).

Sustentada na teoria de Carl Rogers, a teórica Hildegard Peplau desenvolveu a teoria das relações interpessoais (1990) unificada na relação terapêutica existente entre o enfermeiro

e o utente descrevendo que *“a enfermagem psicodinâmica está a ser capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar outros a identificar as dificuldades sentidas, e a aplicar princípios de relações humanas aos problemas que surgem”* (Tomey e Alligood, 2004, p.426).

A relação de ajuda corresponde a um processo contínuo e gradual onde as problemáticas quotidianas dos utentes são identificadas, sendo seguidamente indagado um processo de resolução dos problemas inserido num plano de cuidados individual com o intuito de obter estratégias perante as necessidades dos diferentes utentes. Aplicada tal evidência, constata-se que nos encontramos *“perante uma situação na qual ambos os intervenientes desempenham papéis igualmente fulcrais: um, o que ajuda, pela função facilitadora e potenciadora de desenvolvimento que assume, o outro, o que é ajudado, por ser portador do que é absolutamente essencial para o sucesso da relação de ajuda”* (Simões, Fonseca e Belo, 2006, p.47).

Nesta relação terapêutica, o enfermeiro encontra-se centrado no sofrimento do utente, abarcando assim a compreensão profunda, a consciencialização, o respeito, a escuta ativa, o crescimento, o desenvolvimento e a maturidade permitindo ao utente *“compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor, (...) abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma. Esta relação ajuda a pessoa a demonstrar coragem diante da adversidade”* (Phaneuf, 2005, p.324). Independentemente do estado de saúde dos utentes, estes devem ser sempre considerados como parceiros no processo terapêutico.

As duas vertentes que caracterizam a relação de ajuda correspondem à vertente formal e à vertente informal, sendo que a vertente que é maioritariamente estabelecida com o utente equivale à relação informal pelo fato de ser *“implementada de forma imprevista, espontânea e sujeita à imprevisibilidade dos contextos situacionais (...) de forma voluntária, não planeada, com cariz de imediatismo”* (Simões, Fonseca e Belo, 2006, p.47), ou seja, caracteriza-se por ser uma intervenção instantânea e espontânea, maioritariamente improvisada, onde o utente encontra-se predisposto a ser ajudado. No tipo de relação informal, os objetivos terapêuticos são traçados a curto-prazo e são definidos pelas circunstâncias.

A relação de ajuda de cariz formal é instituída com o utente *“no decurso de encontros previamente agendados (...) um tipo de ajuda previsto, previamente estruturado, pontual e com uma vertente marcadamente mais explícita”* (Simões, Fonseca e Belo, 2006, p.47). Este tipo de relação carece de planeamento sendo determinada tanto pelo utente como pelo

enfermeiro. O utente consente o processo de conhecimento pessoal e os objetivos terapêuticos são traçados a longo-prazo.

Objetivamente, a relação de ajuda surgiu com o intuito de orientar e facilitar a descoberta dos recursos internos do utente, assim como assistir na evolução do processo de resolução de problemas quotidianos. Neste sentido, pretende-se favorecer o crescimento, desenvolvimento e maturidade, assim como promover a capacidade para enfrentar o quotidiano futuro, sendo a relação de ajuda somente possível de estabelecer *“quando cada indivíduo que faz parte da interação vê o outro como um ser humano único”* (Townsend, 2011, p.122).

A autora Phaneuf (2005, p.322) descreve que *“é graças a esta relação que a pessoa se sente escutada e compreendida, que se torna importante aos olhos de alguém e que encontra nesta atenção do outro a força para viver a sua dificuldade, para aceitá-la e mesmo para mudar”*.

A relação de ajuda estabelecida com o utente consente a expressão de emoções, sentimentos e preocupações com recurso à comunicação verbal e não verbal, liberta a tensão e a ansiedade, promove a compreensão de forma clara e realista acerca dos seus próprios problemas e das suas particularidades, favorece a aceitação e consciencialização das adversidades existentes na vida, indaga acerca de estratégias adaptativas no alcance dos objetivos terapêuticos, proporciona crescimento e auto-conhecimento, desenvolve uma auto-imagem positiva e reflete acerca dos seus próprios recursos internos e pessoais e do processo adaptativo no âmbito da modificação comportamental (Phaneuf, 2005; Chalifour, 2008; Townsend, 2011).

No início da relação de ajuda, o enfermeiro obtém informações acerca do quadro conceptual, história familiar, pessoal, laboral e social, sentimentos, crenças, valores e objetivos terapêuticos previamente traçados através da consulta do processo clínico, pelas entrevistas realizadas às pessoas significativas e através de outros profissionais de saúde (Townsend, 2011).

A relação enfermeiro-doente segundo a teórica Hildegard Peplau (1990) apresenta quatro fases correspondentes ao processo terapêutico, sendo elas, a fase de orientação, a fase de identificação, a fase de exploração e a fase de resolução (Tomey e Alligood, 2004).

Perante a fase de orientação encontra-se descrito na literatura científica que *“o indivíduo tem uma necessidade sentida e procura ajuda profissional. A enfermeira ajuda o doente a reconhecer e compreender o seu problema e a determinar a sua necessidade de ajuda”* (Tomey e Alligood, 2004, p.426).

Na fase de identificação, o utente identifica-se com o enfermeiro que se encontra a desenvolver a relação enfermeiro-doente. Nesta fase é permitida a exploração de sentimentos e emoções auxiliando o utente a refletir sobre o seu próprio processo de doença, revigorando as forças positivas alusivas à personalidade e à reorientação de sentimentos (Tomey e Alligood, 2004).

O utente toma consciência e interioriza os acontecimentos vividos no seu dia-a-dia, na fase de exploração, enquanto que a enfermeira projeta objetivos terapêuticos a alcançar com recurso ao esforço pessoal. Deste modo, criam-se as condições adequadas ao processo de aprendizagem instaurando-se a aceitação incondicional, a adaptação, a mudança comportamental e a promoção da autonomia (Tomey e Alligood, 2004).

Perante a fase de resolução, o utente “*coloca, gradualmente, de parte objetivos antigos e adopta novos*” (Tomey e Alligood, 2004, p.427), libertando-se progressivamente da identificação com a enfermeira.

Na ótica do autor Egan (1992), a relação de ajuda é desenvolvida perante três fases, correspondentes à fase de exploração e clarificação do problema, desenvolvimento de novas perspetivas e definição de metas a alcançar assim como a ação que conduz ao alcance dessas mesmas metas (Simões, Fonseca e Belo, 2006).

Perante a fase de exploração e clarificação do problema, primeiramente é identificado o diagnóstico e seguidamente são clarificadas as suas perceções relativamente ao problema e exploradas diferentes variáveis perante a veracidade dos problemas (Simões, Fonseca e Belo, 2006).

Na segunda fase da relação de ajuda, descrita por Egan (1992), o utente “*desenvolve novas visões, novos posicionamentos e constrói cenários múltiplos que lhe permitam começar a traçar o trajeto de resolução dos seus problemas*” (Simões, Fonseca e Belo, 2006, p. 49).

Na última fase da relação de ajuda redigida por Egan (1992), verifica-se que o utente possui uma visão clarificada e real acerca dos seus problemas (Simões, Fonseca e Belo, 2006).

Segundo o autor Chalifour (2008), a relação de ajuda apresenta três fases, particularmente a fase de orientação, a fase de trabalho e a fase de conclusão.

O início da relação ocorre com a fase de orientação, onde tanto o enfermeiro como o utente são “*estranhos*” um para o outro, familiarizando-se num clima de confiança. A presente fase da relação de ajuda pode restringir-se a um único encontro ou subsistir ao longo das várias entrevistas executadas. Deste modo, todas as atitudes, comportamentos e comunicação estabelecida fundamentam-se por atitudes de respeito, autenticidade,

compreensão e empatia. Colocadas em prática estas atitudes, o utente progressivamente aceita partilhar e explorar junto do enfermeiro determinados aspetos de si próprio que sempre ignorou. No decorrer das entrevistas realizadas foram ainda partilhas as suas percepções, ponderando as capacidades pessoais do utente para se auto-cuidar (Chalifour, 2008).

Na presente fase, o enfermeiro ainda coopera com o utente na definição do seu problema e em explorar as suas fontes com o intuito de esclarecer dúvidas, proceder à apresentação das rotinas, políticas e regulamentos da instituição, sendo também um dos principais objetivos *“acolher o cliente e transmitir-lhe que é bem-vindo, que é importante e que merece consideração do interveniente”* (Chalifour, 2008, p.126). Procede-se também à recolha de informação acerca do utente, reconhecimento dos pontos fortes e das limitações, exploração dos sentimentos, formulação de diagnósticos de enfermagem e estabelecimento de objetivos terapêuticos e do plano de cuidados (Chalifour, 2008).

A fase de trabalho caracteriza-se por um momento intermédio, onde as necessidades de ajuda e as expectativas já foram identificadas, elegendo adequadamente os meios necessários para responder às respetivas necessidades. Nesta fase as estratégias psicoterapêuticas específicas susceptíveis de contestar as necessidades do utente são definidas e uma vez que o utente já é conhecido ao pormenor pelo enfermeiro favorece-se a aprendizagem e a expressão de novos comportamentos e soluções. Face as aprendizagens expostas e ao desenvolvimento afetivo, o utente pode enfrentar as suas dificuldades e assim validar o desejo em iniciar o processo de mudança e em reconhecer as suas próprias resistências (Chalifour, 2008).

No que concerne à fase de conclusão, o término da relação visa a resolução de um problema, centrando-se a avaliação no alcance dos objetivos terapêuticos previamente delineados. Nesta fase o utente deve encontrar-se preparado para novas situações quotidianas, para o término da relação e para o alcance dos objetivos terapêuticos (Chalifour, 2008).

Na ótica da teórica Hildegard Peplau (1990) foram nomeados seis sub-papéis na identificação do enfermeiro perante a relação de ajuda instituída com o utente, sendo eles, o papel de estranha, o papel de pessoa de recurso, o papel de professora, o papel de líder, o papel de substituta e o papel de conselheira (Tomey e Alligood, 2004).

Relativamente ao papel de estranha, a enfermeira no início do processo terapêutico, deve tratar o utente com cortesia, pelo fato de ambos serem estranhos. Assim sendo, *“a*

enfermeira não deve pré-julgar o doente, mas aceitá-lo como pessoa” (Tomey e Alligood, 2004, p.427) e trata-lo como um ser humano emocionalmente capacitado.

No papel de pessoa de recurso, o enfermeiro cede ao utente informações relacionadas com os cuidados de saúde, tratamento e plano de cuidados, respondendo especificamente às questões colocadas e favorecendo a aprendizagem construtiva (Tomey e Alligood, 2004).

Analogamente ao papel de professora, as carências do utente no que concerne ao processo de aprendizagem são reconhecidas pela enfermeira, transmitindo deste modo, informações adequadas às suas necessidades. Analisa-se a capacidade do utente relativamente à aplicação de conhecimentos teóricos na prática quotidiana (Tomey e Alligood, 2004).

Perante o papel de líder, a teórica Hildegard Peplau descreve que *“a enfermeira ajuda o doente a cumprir as tarefas através de uma relação de cooperação e de participação ativa”* (Tomey e Alligood, 2004, p.427) desenvolvendo um processo democrático.

No papel de substituta, o utente é auxiliado pela enfermeira a reconhecer as semelhanças entre ela e a pessoa significativa de quem o utente se recorda, pelo fato de ele reviver sentimentos previamente vividos com outras pessoas e noutras circunstâncias, definindo deste modo áreas de dependência, independência e interdependência (Tomey e Alligood, 2004).

No que concerne ao papel de conselheira, a enfermeira possibilita aos utentes que estes se recordem e compreendam as situações presentes e se adaptem às dificuldades quotidianas, de modo a que a aprendizagem seja integrada (Tomey e Alligood, 2004).

No suceder da relação de ajuda, tornou-se primordial disponibilizar atenção ao utente, considerar o ambiente humano e físico, identificar as suas próprias emoções, necessidades, sensações e pensamentos e empregar cooperação física, social e psíquica. Neste contexto, foram implementadas diferentes características, designadamente, o rapport, a presença, a confiança, a escuta ativa, o respeito, a aceitação incondicional, a autenticidade, a empatia e a congruência.

O rapport representa a tarefa inicial do desenvolvimento da relação de ajuda, implicando *“sentimentos especiais, da parte do cliente e do enfermeiro, baseados na aceitação, calor, empatia, interesses comuns, sentimento de confiança e uma atitude não crítica”* (Townsend, 2011, p.125).

A presença caracteriza-se pela proximidade física em permanecer junto do utente e pela capacidade psicológica e afetiva de *“estar com”* o utente, originando confiança e tranquilidade envoltas numa abordagem humana (Phaneuf, 2005).

A confiança assenta na fiabilidade, integridade, veracidade e adequação da prestação de cuidados, sendo esta adquirida com o desenrolar do tempo e consequentemente correspondendo à base da relação terapêutica (Townsend, 2011).

A escuta ativa *“é muitas vezes sinónimo de disponibilidade no tempo, e também de disponibilidade interior para estar pronto a acolher o que diz o outro”* (Phaneuf, 2005, p.332). Perante a escuta ativa é também possível partilhar um olhar, permanecer atento as expressões verbais e não-verbais e permitir a expressão dos sentimentos, emoções e preocupações.

O respeito demonstra a dignidade, os valores e os princípios do enfermeiro perante os diversos utentes, valorizando o utente como um ser único *“e que por causa da sua unicidade, só ela possui o potencial específico para aprender a viver da forma mais satisfatória para ela”* (Phaneuf, 2005, p.340).

Quando o enfermeiro reflete acerca da sua dignidade e na dignidade do utente, quando acredita que o utente tem possibilidades de evoluir favoravelmente, quando consciencializa-se acerca das dificuldades vividas pelo utente e quando reconhece os seus sentimentos encontra-se a praticar a aceitação incondicional, tratando-se assim *“de um sentimento de abertura à experiência do outro, ao seu sofrimento e à sua maneira de ser sem exigência de mudança”* (Phaneuf, 2005, p.337).

A autenticidade destina-se à capacidade do enfermeiro para adoptar uma postura aberta, honesta, genuína e verdadeira na interação com os utentes, no entanto tal aspeto *“não significa que o enfermeiro deve revelar ao cliente tudo o que sente ou todas as experiências pessoais”* (Townsend, 2011, p.126).

A empatia é nutrida por um sentimento alicerçado à compreensão profunda do utente, ao clima de confiança estabelecido e à convivência terapêutica manifestada pelo interesse do enfermeiro em ajudar o utente (Phaneuf, 2005; Townsend, 2011).

A harmonia entre o que o enfermeiro pensa, diz e faz denomina-se de congruência, e deste modo, *“a enfermeira congruente está à vontade com ela própria, os seus comportamentos harmonizam-se com as suas emoções, as suas ideias e os seus conhecimentos da dificuldade da pessoa ajudada”* (Phaneuf, 2005, p.365).

Perante a relação de ajuda instituída em cooperação com os enfermeiros e utentes pretende-se que as suas próprias dificuldades e necessidades sejam enfrentadas de acordo com apropriadas estratégias de coping, permitindo a auto-consciência e o alcance dos recursos pessoais (Phaneuf, 2005; Chalifour, 2008; Townsend, 2011).

Face ao exposto, constata-se que a relação de ajuda “*não é só um instrumento de cura, mas é também uma ajuda para a auto-realização (...) é, portanto, no calor da relação que a pessoa pode desabrochar e, no caso de problemas que ela não pode enfrentar sozinha, é na relação de ajuda com a enfermeira que ela pode encontrar alívio, reconforto e crescimento*” (Phaneuf, 2005, p.323), favorecendo deste modo a autonomia e a autorregulação.

1.3. A entrevista

No contexto da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, a entrevista é um encontro entre duas pessoas, nomeadamente, entre o enfermeiro e o utente ou entre o enfermeiro e os familiares do utente. Este encontro é previsto e planeado no que concerne aos objetivos visados, à sua duração, ao contexto em que irá ser realizada e aos meios a utilizar. Neste sentido são adquiridos conhecimentos, colhida informação, procede-se à elaboração do plano de cuidados e à execução da avaliação das intervenções realizadas e os utentes são auxiliados a enfrentar os seus problemas quotidianos (Allen, Douglas e Kenneth, 1999; Trzepacz e Baker, 2001; Phaneuf, 2005; Chalifour, 2009).

Segundo o autor Chalifour (2009, p.59), “*a entrevista em cuidados de enfermagem é primeiramente uma comunicação verbal ao longo de uma interação de uma enfermeira com um paciente, uma família ou um grupo, relativa à manutenção, a promoção ou a restauração da saúde*”, com o intuito de compreender o que se passa com o utente, como este enfrenta as situações quotidianas problemáticas e quais as estratégias implementadas perante a resolução de problemas fundamentada no processo de mudança.

A preparação prévia das entrevistas, permite ao enfermeiro conduzi-la com maior segurança, antever comportamentos inapropriados e delinear estratégias a implementar. Neste contexto, verifica-se a importância de anteriormente à concretização das entrevistas, o enfermeiro obter informações acerca dos utentes com recurso à consulta dos processos clínicos e conjuntamente realizar entrevistas a outros profissionais de saúde ou aos familiares dos utentes. Pela literatura científica se constata que “*esta preparação permite evitar certas questões inúteis, criar um melhor clima propício e, também, em relação à permuta, prever possíveis dificuldades*” (Phaneuf, 2005, p.251).

O início das entrevistas ocorre quando o enfermeiro e o utente entram em contacto direto e estabelecem uma relação terapêutica que permite a expressão e partilha de informações

personais sendo continuamente assegurado que as informações transmitidas são confidenciais. O término das entrevistas ocorre quando ambos clarificam as suas expectativas (Trzepacz e Baker, 2001; Chalifour, 2009).

No desenrolar das mesmas os objetivos terapêuticos delineados encontram-se patenteados com o estabelecimento de uma relação terapêutica, conhecimento detalhado do utente transversalmente à colheita de dados realizada, auxílio na tomada de decisões, clarificação dos problemas, determinação de diagnósticos de enfermagem, elaboração de eventuais estratégias de resolução do problema, avaliação dos resultados obtidos, aquisição do saber-fazer, transmissão e recepção de informações e permissão para o auto-conhecimento e para a auto-consciencialização (Allen, Douglas e Kenneth, 1999; Trzepacz e Baker, 2001; Phaneuf, 2005; Chalifour, 2009).

O enfermeiro, no decorrer das entrevistas detém o papel de perito no alcance dos objetivos terapêuticos previamente delineados, enquanto que a função do utente centra-se na resposta às questões colocadas promovendo deste modo o alcance dos objetivos específicos (Allen, Douglas e Kenneth, 1999; Trzepacz e Baker, 2001; Phaneuf, 2005; Chalifour, 2009).

Os temas a abordar no desenrolar das entrevista devem progredir no seguimento dos objetivos terapêuticos decretados, sendo que maioritariamente os objetivos delineados transpõem os diagnósticos, a aquisição e assimilação de conhecimentos, a adaptação ao quotidiano, a gestão de crises, o desenvolvimento pessoal e sequencialmente a adequada transformação (Allen, Douglas e Kenneth, 1999; Trzepacz e Baker, 2001; Phaneuf, 2005; Chalifour, 2009). Neste seguimento torna-se possível analisar determinados temas, a evolução clínica e também a *“forma como o cliente se sente interpolado por este tema sobre os planos sensório-motor, cognitivo e afectivo”* (Chalifour, 2009, p.78).

Na consecução dos objetivos terapêuticos delimitados, são necessárias várias estratégias, sendo elas, a revelação, a restauração e as estratégias estruturantes e de suporte (Chalifour, 2009). Deste modo, *“o objetivo da entrevista é obter as informações necessárias para estabelecer uma hipótese acerca da natureza dos problemas do paciente”* (Allen, Douglas e Kenneth, 1999, p.24).

O enfermeiro durante a realização das entrevistas *“deve possuir o saber, o saber-fazer e o saber-ser profissionais que conduzirão a sua prática em geral e dominar certas estratégias terapêuticas que lhe permitirão fazer face ao problema que o cliente apresenta”* (Chalifour, 2009, p.85), para além do mais, deve dispor de motivação e apresentar disponibilidade física e psicológica, possuir competências para o

estabelecimento da relação de ajuda e estar consciente acerca dos seus limites pessoais e profissionais e das possibilidades de intervenções a realizar.

No decorrer da entrevista é simultaneamente realizado o exame do estado mental do utente, onde o enfermeiro escuta detalhadamente as informações transmitidas, assim como observa e analisa de forma crítica todos os comportamentos, atitudes, processo do pensamento e da perceção, humor e emoções, discurso e linguagem, cognição, insight e o juízo crítico (Allen, Douglas e Kenneth, 1999; Trzepacz e Baker, 2001; Phaneuf, 2005; Chalifour, 2009).

Relativamente ao aspeto, atitude e atividade constata-se que *“o aspeto refere-se às características físicas do doente, nomeadamente o tipo corporal, anomalias ou deficiências físicas, modo de vestir e higiene. O aspeto pode dar-nos pistas sobre o humor, grau de envelhecimento, estado cognitivo, autoconhecimento, presença de perturbação do pensamento, perturbação motora e estado geral. A atitude refere-se à forma como o doente enfrenta a entrevista e interage com o examinador”* (Trzepacz e Baker, 2001, p.25).

Por vezes torna-se difícil distinguir o estado do humor e as emoções, sendo que ambas resultam da avaliação da motivação individual, do estado afetivo de cada utente e das circunstâncias presentes, no entanto, *“é mais fácil para o examinador inexperiente distingui-los definindo humor como a descrição subjetiva do doente do seu estado emocional e as emoções como as manifestações objetivas e observáveis desse estado interno”* (Trzepacz e Baker, 2001, p.55).

Analogamente ao discurso e à linguagem analisada, estas apresentam componentes semânticas, motoras, gramaticais, prosódicas e fonológicas (Trzepacz e Baker, 2001).

Na literatura científica, encontra-se redigido que *“o pensamento é difícil de estudar, dado que as pessoas em observação têm, de ter alguma capacidade linguística ou de comunicação simbólica para poderem relatar a terceiros o que estão a pensar”* (Trzepacz e Baker, 2001, p.104).

O estado cognitivo foi descrito na bibliografia como sendo *“a capacidade de pensar, usar a inteligência, o conhecimento, a lógica, o raciocínio, a memória e todas as funções corticais superiores”* (Trzepacz e Baker, 2001, p.147).

Igualmente o insight e o juízo crítico permitem a avaliação dos utentes relativamente ao seu processo de doença e à necessidade de tratamento e de recuperação sendo descrito pelo autor que o insight *“implica pensar sobre as consequências de decisões e ações passada e*

futura (...) o juízo crítico é um processo que precede a tomada de uma decisão ou a produção de uma ação” (Trzepacz e Baker, 2001, p.196).

A entrevista permite a elaboração do plano de cuidados de forma única e individual, “*com efeito, ela é muitas vezes o veículo das intervenções da enfermeira que quer ajudar a pessoa a tomar consciência de certas coisas e a sensibilizá-la para a necessidade de modificar alguns dos seus comportamentos” (Phaneuf, 2005, p.255, explorando também estratégias de suporte para o utente no seu processo de mudança.*

O autor Chalifour (2009, p.59), citando Pauzé (1984, p.24), menciona que “*a entrevista é um tipo particular de interação verbal, realizada com um objetivo específico e concentrada num conteúdo igualmente específico”*, deste modo, cabe ao enfermeiro assegurar um clima de confiança, estabelecer diagnósticos de enfermagem e propor intervenções adaptadas as necessidades do utente. As intervenções de enfermagem consentem o reconhecimento das causas internas e externas que perturbam o utente , a auto-consciencialização e conseqüentemente a progressão no sentido da apropriada adaptação social.

2. Estudo de Caso

Desde o nascimento até à morte, que o utente é caracterizado como um ser humano em desenvolvimento alvo dos cuidados de enfermagem com o intuito de autenticar a autonomia, estimular capacidades pessoais e favorecer o desenvolvimento e a qualidade de vida. O enfermeiro é responsável por efetuar a avaliação do caso clínico e consequentemente tomar decisões de forma consciente e responsável acerca dos diagnósticos e intervenções de enfermagem a incorporar no plano de cuidados de cada utente (Sequeira, 2006).

O plano de cuidados delineado e específico para cada utente respeita a sua unicidade e individualidade sendo fundamentado pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), pelo fato de uniformizar a linguagem aplicada aos cuidados de enfermagem e pelo fato de retratar *“uma taxonomia com algumas orientações precisas, passíveis de ser operacionalizadas em diferentes contextos, compatível com os diferentes modelos teóricos em uso nas diferentes instituições, sensível à diversidade cultural de determinadas populações ou grupos específicos e de fácil implementação na prática”* (Sequeira, 2006, p.16).

De acordo com o redigido pelos autores Sequeira (2006) e Amaral (2010), os diagnósticos de enfermagem correspondem aos evidentes desequilíbrios e às necessidades na vida do ser humano, os quais advêm das observações diretas e das avaliações executadas pelos enfermeiros no que concerne aos focos de atenção.

O enfermeiro quando delimita um diagnóstico de enfermagem paralelamente elucida a hierarquia das intervenções de enfermagem a implementar, respeitando as necessidades e problemáticas do utente. Deste modo, os enfermeiros no desempenho do seu domínio profissional executam intervenções interdependentes e intervenções autónomas (Sequeira, 2006; Amaral, 2010).

Relativamente às intervenções interdependentes, o enfermeiro somente se responsabiliza pela implementação das ações *“de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das*

prescrições ou orientações previamente formalizadas” (Artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro).

Analogamente às intervenções autónomas de enfermagem, elas correspondem “*as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais*” (Artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro), em resposta aos diagnósticos de enfermagem previamente traçados com base numa abordagem holística.

As intervenções de enfermagem possibilitam a identificação precoce de problemas reais e/ou potenciais, resolvem e/ou minorizam os problemas detetados e previnem os riscos suplementares (Sequeira, 2006).

O processo de enfermagem sistemático e individualizado honra a tomada de decisões do utente, avalia as suas necessidades, indaga a autonomia e visa a qualidade da prestação de cuidados (Amaral, 2010).

A fase inicial do processo de enfermagem é integrada pela colheita de dados, sendo realizada no decorrer do primeiro contato estabelecido com o utente e tendo término no momento da alta clínica. Este procedimento torna-se de primordial importância visto que “*determina a precisão do plano de cuidados como um todo (...) determina as áreas em que existem desequilíbrios na harmonia dos utentes, consigo próprios e com o meio em que vivem ou estão inseridos, e identifica os diagnósticos que com eles estão relacionados no âmbito da enfermagem*” (Amaral, 2010, p. 21), permitindo deste modo a elaboração, implementação e execução de um plano de cuidados que respeite a unicidade e individualidade do utente.

A consulta e análise do processo clínico, a observação direta, a realização de entrevistas e a execução do exame físico e do estado mental, permitiram a concretização da colheita de dados da utente internada na UDA.

No que concerne à observação direta realizada, esta técnica teve em consideração a análise da congruência existente entre a comunicação verbal e a comunicação não-verbal e as respostas físicas da utente em estudo. O exame físico e do estado mental realizou-se em ambiente protegido com o desígnio de aperfeiçoar o relacionamento interpessoal entre os intervenientes. As entrevistas formais e informais realizadas pretenderam destacar a perceção da utente perante o desequilíbrio, suas necessidades e eventuais respostas (Amaral, 2010).

Nesta fase, com recurso à realização de entrevistas formais e informais, observação do comportamento e das atitudes da utente e conjuntamente através da análise dos dados integrantes no processo clínico foram selecionadas todas as informações que se julgaram pertinentes e relevantes corroborando com a adequada planificação do plano de cuidados.

Deste modo, tornou-se notória a avaliação dos fatores de risco e dos fatores protetores, assim como a avaliação das suas necessidades psíquicas, biológicas, pessoais, familiares, laborais e sociais (Sequeira, 2006; Amaral, 2010).

A avaliação dos resultados obtidos corresponde à fase final do processo de enfermagem, sendo o seu objetivo *“determinar se houve evolução no estado do utente e ainda se esta é positiva ou negativa, mas também reformular as prescrições visando o redirecionamento do mesmo desequilíbrio harmónico, em relação ao primeiro dia de internamento”* (Amaral, 2010, p.28).

2.1. Caracterização geral da utente

A utente M.L.P. do género feminino com 44 anos de idade, nasceu a 14 de Junho de 1969 residindo neste momento em Évora com o seu esposo e com a sua única filha de 19 anos de idade. A utente de nacionalidade portuguesa, raça caucasiana e religião católica frequentou o ensino até ao 9.º ano da escolaridade básica, mencionando que nos tempos livres gostava de ler, ver televisão, cantar e praticar palavras cruzadas.

Relativamente à sua vida profissional refere que sempre teve uma vida laboral ativa, no entanto não se recorda especificamente com que idade começou a trabalhar. Acrescenta igualmente que desde à quatro anos que se encontra desempregada, no entanto, atualmente frequenta um programa ocupacional (POC) exercendo funções de assistente operacional numa escola básica sob a tutela do centro de emprego com duração até Agosto de 2014, no qual auferia de um subsídio. Após o início do referido POC, instauraram-se conflitos laborais com as colegas, motivo pelo qual os consumos de benzodiazepinas aumentaram exponencialmente. Neste contexto, faz ainda alusão a conflitos conjugais, alguns deles com proporções de agressividade física, sendo mais frequente entre ambos a agressividade verbal.

No decorrer da colheita de dados, a utente mencionou que desconhece ser portadora de alergias e que relativamente ao padrão gastrointestinal e urinário nenhuns deles se encontra comprometido, apresentando um funcionamento regular. Acresce ainda salientar que não apresenta limitações no que concerne à acuidade auditiva, no entanto patenteia de diminuição da acuidade visual corrigindo-a ocasionalmente com o uso de óculos graduados.

O alcoolismo é apontado pela utente como antecedente pessoal, ocorrendo neste âmbito múltiplos internamentos voluntários com o objetivo terapêutico da desabilitação de álcool. O primeiro internamento ocorreu no ano de 2000 no centro de reabilitação dos alcoólicos do sul

(CRAS) em Lisboa com a duração de 3 semanas. No decorrer deste internamento, a utente não concluiu o período de tempo de internamento previamente designado, tendo sido expulsa devido ao consumo oculto de benzodiazepinas sem prescrição médica.

O seu segundo internamento ocorreu no ano de 2005 nos Canaviais em Évora após uma recaída face aos consumos abusivos de álcool na sequência do óbito do seu pai, com uma duração de aproximadamente vinte e dois dias. Neste contexto, a utente cumpriu os objetivos terapêuticos previamente delineados, abandonando o internamento aquando da alta clínica prescrita pelo médico responsável.

Em Fevereiro de 2007, a utente voltou a recair novamente, sendo internada no departamento de saúde mental e psiquiátrica do Hospital de Faro com a duração de uma semana. Seis meses após este internamento, ingressou novamente no Canaviais em Évora para um novo internamento com a duração de duas semanas, apresentando conseqüentemente uma nova recaída no “*mundo*” do álcool. No decorrer deste último internamento, a utente encontrava-se autorizada pelo médico a ausentar-se do serviço até ao exterior da instituição, onde paralelamente ia consumir benzodiazepinas que comprava nas farmácias sem prescrição médica.

Segundo informação cedida pela utente, o último consumo de álcool ocorreu três meses antes de ingressar na UDA, tendo os consumos de benzodiazepinas perdurado até à sua admissão. Durante o período de espera para a admissão na UDA a utente foi acompanhada em Évora nas consultas realizadas pelo centro de respostas integradas (CRI).

Relativamente ao contexto social, consigna possuir um número limitado de amigos (aproximadamente três amigos, os quais conheceu aquando da sua frequência nos alcoólicos anónimos).

No que concerne a hábitos tabágicos refere ser fumadora ativa desde os seus 16 anos de idade, acrescentando que fuma 20 cigarros por dia. Analogamente às atividades de vida diárias, a utente é independente em todas elas, não sendo necessário auxílio para a sua realização e implementação.

Segundo informação fornecida pela utente, a mesma integra uma família composta por dez irmãos, quatro deles do sexo feminino e seis do sexo masculino, tendo ela sido a nona filha a nascer. Acrescente ainda salientar que a mesma não estabelece qualquer relacionamento afetivo com a família, desconhecendo antecedentes familiares psiquiátricos.

2.2. História atual da doença

A utente M.L.P. deu entrada na UDA no dia 04/12/2013 por iniciativa da própria com o objetivo terapêutico de desabilitação de benzodiazepinas. Este internamento corresponde ao seu primeiro internamento para desabilitação de benzodiazepinas e igualmente ao seu primeiro internamento na UDA com uma duração prevista de doze dias, os quais foram previamente determinados pela utente e pelo terapeuta.

Segundo informação da utente, o consumo de benzodiazepinas agravou-se após iniciar o programa de POC, devido a conflitos laborais com as suas colegas, mencionando que *“eu trabalho a um ritmo acelerado e enquanto eu limpo quatro salas, as minhas colegas somente limpam uma, daí existirem múltiplas discussões”* (sic). O consumo abusivo de benzodiazepinas foi evidenciado pelos sinais e sintomas de inquietação, ansiedade e insónias.

No momento da admissão na UDA, a utente encontrava-se inquieta por períodos, mas colaborante com a prestação de cuidados. Apresentava-se orientada auto e alopsiquicamente no tempo e no espaço e com humor eufímico. Relativamente ao pensamento o mesmo encontrava-se organizado e lógico acompanhado de um discurso coerente, gramatical e fluente assistido de gesticulação e frases corretamente articuladas. Demonstrou ainda uma atitude cooperativa, de atenção e de interesse, estabelecendo contato ocular e exprimindo um fáceis alegre. Relativamente à integridade cutânea a mesma encontrava-se íntegra e com bons cuidados de higiene. Possuía vestuário cuidado e adequado à estação do ano.

Durante o período de internamento a utente apresentou-se calma, consciente, colaborante com a prestação de cuidados e orientada auto e alopsiquicamente no tempo e no espaço. Adotou uma postura descontraída e cordial e um comportamento calmo, adequado e confiante. No que concerne ao discurso demonstrou-se comunicativa, apresentando um discurso coerente, fluente e gramaticalmente bem estruturado acompanhado de uma atitude cooperativa, de atenção e de interesse. O pensamento manteve-se organizado e lógico, humor eufímico e sem alterações da percepção. Estabeleceu contacto ocular e apresentou ainda integridade cutânea, bons hábitos de higiene e vestuário cuidado, arranjado e adequado à estação do ano.

No decorrer do internamento a utente reconheceu que apresentava um problema relacionado com a dependência de benzodiazepinas e com consumo de álcool, daí o seu pedido de ajuda para a implementação de um tratamento específico e especializado permitindo a modificação comportamental, o alcance de estilos de vida saudáveis, a tomada de decisões futuras conscientes e ponderadas e a melhoria do seu estado de saúde, relativamente ao contexto físico, psicológico, familiar, social e profissional.

No momento da alta clínica a utente não apresentava síndrome de privação relativamente à cessação dos consumos de benzodiazepinas, tendo esta ocorrido a 16/12/2013. Neste momento a utente ostentava de objetivos relativamente à sua vida quotidiana futura e de estratégias para implementação dos mesmos, sendo igualmente orientada para consultas de seguimento no CRI de Évora.

Dados antropométricos:

Dados antropométricos	Momento da admissão	Momento da alta
Peso	57,1 Kg	58,3 Kg
Altura	162 cm	162 cm
Índice de massa corporal	21,8	

Parâmetros vitais:

Parâmetros vitais	Momento da admissão	Momento da alta
Temperatura	36,4°C	36,6°C
Tensão Arterial	113/62 mmHg	126/66 mmHg
Frequência Cardíaca	78 p/m	82 p/m
Respiração	15 c/m	16 c/m

2.3. Tratamento farmacológico

Seguidamente será apresentado o esquema de tratamento farmacológico aplicado à utente durante o período de internamento.

Data de início	Data de fim	Fármaco / dosagem / via de administração	Horário
04/12/2013	-----	Multivitaminas 100 mg Via oral	Pequeno - almoço Almoço Jantar
04/12/2013	-----	Tiamina 100 mg Via oral	Pequeno - almoço
04/12/2013	-----	Ácido Fólico 5 mg Via oral	Pequeno - almoço

Data de início	Data de fim	Fármaco / dosagem / via de administração	Horário
04/12/2013	-----	Rivotril 2 mg Via oral	Pequeno – almoço Lanche Ceia
04/12/2013	09/12/2013	Morfex 30 mg Via oral	Ceia
10/12/2013	-----	Morfex 15 mg Via oral	Ceia
04/12/2013	-----	Tercian 30 gotas Via oral	SOS – Se insónia
04/12/2013	-----	Risperidona 1 mg Via oral	SOS – Se ansiedade

2.4. Plano de cuidados

Seguidamente será apresentado o plano de cuidados aplicado à utente M.L.P. no decorrer do internamento na UDA, respeitando a sua unicidade e individualidade. Deste modo, torna-se possível analisar os diagnósticos e intervenções de enfermagem delimitados, bem como os resultados obtidos após a sua implementação.

Data de início	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Obtidos
04/12/13	Conhecimento diminuído sobre uso de drogas.	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as funções cognitivas; - Motivar a utente para o processo de aprendizagem; - Promover um ambiente propício à aprendizagem; - Utilizar linguagem adequada às capacidades da utente; - Assistir a utente perante os fatores que comprometem a aprendizagem; - Transmitir informação acerca do uso/consumo de drogas, mais especificamente das benzodiazepinas das suas consequências para a saúde; 	Conhecimento melhorado sobre o uso de drogas, nomeadamente sobre benzodiazepinas.

Data de início	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Obtidos
04/12/13	Conhecimento diminuído sobre uso de drogas (continuação).	- Esclarecer dúvidas.	
04/12/13	Autocontrolo comprometido.	- Identificar o problema de saúde que carece de autocontrolo; - Enumerar fatores que desencadeiam o problema; - Reconhecer as consequências do problema; - Determinar a motivação da utente perante a modificação comportamental; - Encorajar a utente a controlar os seus comportamentos; - Instruir sobre medidas de autocontrolo; - Selecionar estratégias de resolução de problemas e consequentemente da mudança comportamental; - Incentivar a adopção de estilos de vida saudáveis; - Assistir a utente na formulação de um plano flexível e sistemático de mudança comportamental; - Promover a modificação comportamental.	Autocontrolo eficaz.
04/12/13	Uso de drogas dependente.	- Avaliar a história pessoal da utente sobre o consumo de benzodiazepinas; - Motivar a utente para cessar os consumos de drogas; - Informar sobre as desvantagens/complicações dos consumos de benzodiazepinas; - Orientar a utente para a mudança comportamental e para a realidade; - Auxiliar na realização de atividades alternativas ao consumo de benzodiazepinas;	Uso de drogas independente.

Data de início	Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Obtidos
04/12/13	Uso de drogas dependente (continuação).	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir sobre estratégias de prevenção face às recaídas; - Analisar formas de substituir os comportamentos aditivos por comportamentos promotores de saúde; - Assistir a utente durante o período de abstinência face ao uso de benzodiazepinas; - Assegurar o controlo dos sinais e sintomas durante o período de desintoxicação; - Promover o exercício físico para estimular a libertação de endorfinas; - Encorajar envolvimento em grupos de apoio. 	Uso de drogas independente.

2.5. Relação de ajuda e entrevistas

Data: 05/12/2013

Anteriormente ao estabelecimento e desenvolvimento de uma relação de ajuda, tornou-se pertinente preparar e organizar as entrevistas a realizar posteriormente. Neste sentido, foram obtidas informações acerca da história clínica e pessoal da utente e dos seus familiares através da consulta do processo clínico e de reuniões executadas com a equipa multidisciplinar no sentido de contrair conhecimentos diferenciados acerca da utente e do seu processo de vida, saúde e doença.

A primeira entrevista (anexo I e anexo II), surgiu com o intuito de estabelecer uma relação de confiança e empatia com a utente, assim como explorar a sua história clínica, pessoal e familiar. Consequentemente foi determinado um contrato de intervenção adequado às necessidades e especificidades da utente enquanto pessoa e portadora de uma dependência de substâncias.

O desenrolar da entrevista coadjuvou no estabelecimento da relação terapêutica e instintivamente na recolha de informações pessoais permitindo a identificação dos limites e dos pontos fortes da utente, a delimitação dos objetivos terapêuticos, a formulação dos

diagnósticos e intervenções de enfermagem e a incrementação do plano de cuidados respeitando a unicidade e individualidade da utente.

No início da primeira entrevista, foi solicitada autorização à utente para realização do presente estudo de caso, assim como foi elucidada que as informações cedidas neste contexto mantinham-se confidenciais e unicamente seriam utilizadas no seu processo terapêutico com o intuito da evolução do estado clínico e da recuperação. Este aspeto vai ao encontro do redigido no artigo 85.º do Código Deontológico dos enfermeiros (2005, pág.79), ao mencionar que *“o enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão”*.

Inicialmente, no estabelecimento da relação terapêutica, tanto eu enquanto enfermeira como a utente éramos consideradas como *“estranhas”*, daí ter procedido à minha apresentação profissional como forma de *“quebrar o gelo”* tornando o início do relacionamento mais afetuoso e instintivamente familiarizando-me com a utente e a utente comigo. Como estratégias intervencionais perante a instituição da relação de ajuda, coloquei em prática intervenções como a presença, a escuta ativa e a aceitação incondicional.

No que concerne à presença demonstrei que *“o ouvido ouve as palavras do doente, o olho percebe a sua expressão facial; todo o corpo da pessoa que ajuda está na expectativa do que o doente revela para captar as emoções”* (Phaneuf, 2005, p.333). Face à presença instituída denota-se que existiu da minha parte proximidade física e disponibilidade afetiva transmitindo à utente confiança e tranquilidade.

Analogamente à escuta ativa estabelecida, constatei que *“escutar não é acusar nem escusar. É simplesmente deixar-se penetrar pelo que exprime o outro, abrir-se às suas palavras, aos seus gestos e às suas experiências e acolher o seu sofrimento sem fazer juízos de valor”* (Phaneuf, 2005, p.330). A escuta ativa edifica uma das capacidades básicas da relação de ajuda e por consequente permite a expressão de sentimentos, emoções, necessidades e preocupações, assim como identifica diagnósticos de enfermagem e adequa a planificação dos cuidados, tendo em consideração a utente como um ser humano único e individual. Neste sentido, tornou-se pertinente conceber um ambiente apropriado, isento de distrações e ruídos, realizar questões abertas, permitir a comunicação sem interrupções e não emitir juízos de valor nem manifestar preconceitos.

Perante a aceitação incondicional, *“a pessoa que ajuda reconhece a ajudada em toda a sua dignidade apesar do seu aspeto físico, do seu carácter, dos seus valores e da sua conduta e consente em se ocupar dela de maneira ativa e calorosa”* (Phaneuf, 2005, p.337). Deste modo, foi possível observar a utente e refletir acerca da sua dignidade enquanto ser humano

digno de respeito, considerar a evolução favorável de acordo com o processo terapêutico delineado, permitir a consciencialização relativamente às experiências quotidianas, dificuldades e obstáculos vivenciados e delinear intervenções e estratégias adequadas e adaptadas às necessidades. Na presença da relação de ajuda instituída, torna-se inaceitável “*olhar*” para o utente como sendo exclusivamente portador de uma doença e trata-lo com sentimentos de superioridade, manifestando preconceitos e proferindo juízos de valor e crenças erradas.

No desenrolar da entrevista a utente centrou o seu discurso nas preocupações atuais, nomeadamente, nos conflitos laborais e no consumo excessivo de benzodiazepinas. Deste modo, foi exequível verificar que relativamente ao estágio de mudança a utente encontrava-se na fase de contemplação, demonstrando consciência acerca do seu problema atual de saúde, assim como considerando a possibilidade de mudança face a estilos de vida viáveis e saudáveis. No seguimento da entrevista foram analisados os prós e os contras relativamente à dependência de benzodiazepinas e ao processo de tratamento, referindo que “*sinto que neste momento somente a mudança faz sentido, não quero ser uma pessoa dependente ora do álcool, ora das benzodiazepinas... quero ser feliz sem farsas, sem drogas, sem aditivos, quero ser simplesmente eu*” (sic).

Data: 09/12/2013

A segunda entrevista (anexo III e anexo IV), decorrente da transmissão de conhecimentos teóricos e científicos permitiu a auto-consciencialização da utente analogamente aos malefícios e problemas de saúde resultantes do consumo excessivo de benzodiazepinas, assim como a identificação de motivação interna no sentido de cessar os consumos.

No desenrolar da segunda entrevista, diligenciei no sentido de preservar a confiança previamente estabelecida com a utente, promovi a compreensão, a percepção e a auto-consciência relativamente ao problema de saúde identificado e à realidade envolvente, assim como avaliei continuamente o progresso do processo terapêutico no sentido de alcançar os objetivos previamente delineados. Nesta fase foram aplicadas a autenticidade, o respeito, a congruência e a empatia.

As normas de civismo empregues, a compreensão, a disponibilidade, o apoio emocional e o encorajamento revelam que respeito significa acreditar na dignidade e no valor do utente não obstante o seu comportamento inaceitável, tornando-se imperativo a ausência de comportamentos punitivos ou manipuladores, as atitudes infantilizadas ou paternalistas, a

emissão de juízos de valor e de preconceitos, bem como a demonstração de atitudes de indiferença (Phaneuf, 2005).

A autenticidade é entendida na literatura científica como sendo a capacidade que o enfermeiro possui para demonstrar abertura, sinceridade, honestidade e veracidade perante o processo de interação com o utente de modo a promover o auto-conhecimento. Neste sentido, foi possível constatar alguns obstáculos perante o alcance da autenticidade, sendo eles, a incapacidade da utente em reconhecer e aceitar as suas próprias limitações, a inexistência de uma atitude simplista, realista, espontânea e sincera face a atitudes negativas e de superioridade e a ausência de congruência entre as atitudes e os comportamentos (Phaneuf, 2005).

No que concerne à congruência, constatei que *“a enfermeira congruente está à vontade com ela própria, os seus comportamentos harmonizam-se com as suas emoções, as suas ideias e os seus conhecimentos da dificuldade da pessoa ajudada. Manifesta por esta congruência, o seu respeito por ela própria e pelo doente que cuida”* (Phaneuf, 2005, p.365)

Negar o sofrimento da utente não faz com que ele desapareça, daí que *“a empatia permite um olhar penetrante sobre a situação, visa a compreensão e o reconforto da pessoa que sofre, mas permite, ao mesmo tempo, um certo distanciamento emotivo da pessoa que ajuda”* (Phaneuf, 2005, p.347). As barreiras comunicacionais, as ideias preconcebidas, as preocupações pessoais, a inexistência de uma relação de confiança, a atitude autoritária e a minimização dos sentimentos da utente predominam como obstáculos face à relação empática. Perante a entrevista realizada, utilizou-se a técnica da confrontação, possibilitando à utente a consciencialização de forma crítica acerca dos seus comportamentos, ações e habilidades. A confrontação foi sustentada na reflexão crítica e construtiva, possibilitou a descoberta das potencialidades da utente e auxiliando-a a delinear estratégias de modificação comportamental.

No desenrolar da segunda entrevista, a utente refletiu e analisou os acontecimentos da sua vida passada e como estes influenciaram a sua vida quotidiana presente, sendo possível verificar que relativamente ao estágio de mudança a utente encontrava-se na fase de preparação. Neste contexto, a utente patenteou de argumentos ambivalentes face as consequências da mudança, da *“não mudança”* e das consequências que sucediam ao processo de mudança, sendo facultado à utente tempo para a reflexão. Acresce ainda salientar que face aos sentimentos de ambivalência a utente referiu que *“gosto muito de consumir álcool, porque me afasta dos problemas, (...) com as benzodiazepinas apenas fico tranquila e relaxada, mas dadas as consequências penso que a melhor atitude é manter-me abstinente”* (sic).

No final da entrevista, procedeu-se à avaliação dos resultados de enfermagem obtidos e à análise dos conhecimentos adquiridos pela utente, com o intuito de verificar se a mesma tinha assimilado a informação transmitida (anexo VII, anexo VIII e anexo IX). Constatou-se que a utente assimilou com sucesso os conhecimentos teóricos e científicos transmitidos, colocando questões pertinentes no sentido de esclarecer eventuais dúvidas.

Data: 15/12/2013

A última entrevista realizada (anexo V e anexo VI) ocorreu no momento da alta clínica, sendo possível traçar estratégias futuras para a resolução de problemas, nomeadamente, no que concerne à dependência de benzodiazepinas, assim como verificar o alcance dos objetivos terapêuticos estabelecidos, decorrendo da análise detalhada do plano de cuidados.

Face à resolução de problemas e à tomada de decisões quotidianas conscientes tornou-se primordial auxiliar a utente a consciencializar-se sobre os seus comportamentos e problemas, assim como os recursos que detém e os que permitem agir perante as dificuldades evidenciadas. Neste contexto, igualmente se procedeu à instrução do método sistemático de resolução dos problemas, promovendo a autonomia e a auto-confiança da utente no que concerne ao controlo dos seus problemas quotidianos no alcance de soluções ajustadas e apropriadas.

Face ao exposto, adoptei uma atitude diretiva, incentivando a participação ativa da utente no seu processo terapêutico, elucidei o problema, explorei a motivação e disponibilidade, analisei as diferenças existentes entre a situação ideal e a situação desejada, analisei possíveis soluções elegendo as mais adequadas, procedi ao planeamento e implementação do plano de cuidados e posteriormente realizei a avaliação dos resultados de enfermagem correspondentes.

Como estratégias de resolução de problemas a utente evidenciou que *“vou evitar entrar em conflito com as minhas colegas de trabalho, deitar para o lixo todas as caixas com benzodiazepinas que tenho em casa e vou também trabalhar no alcance de uma relação harmoniosa com o meu esposo, pois somente assim alcançarei o meu estado de equilíbrio, a recuperação e evitarei a recaída”* (sic).

No final da relação de ajuda estabelecida, constatei que a utente possuía os conhecimentos necessários para fazer face às suas necessidades e dificuldades, aumentando conseqüentemente a sua autonomia e responsabilidade (anexo X, anexo XI e anexo XII).

Conclusão

A execução do presente estudo de caso, possibilitou o meu crescimento pessoal e profissional no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, transversalmente as competências práticas desenvolvidas e aos conhecimentos teóricos e científicos adquiridos. Neste contexto foram ainda aprofundados conhecimentos relativamente à dependência de benzodiazepinas, à relação de ajuda e às entrevistas de enfermagem.

A toxicodependência desencadeia problemas a nível individual, familiar e social. No que concerne ao contexto individual, a ocorrência de dependência de substâncias ocorre pela má integração das experiências, pelas perturbações orgânicas e psicológicas, pela fragilidade física e psicológica, pelos problemas de auto-imagem e pelas dificuldades no estabelecimento do relacionamento social.

Relativamente ao contexto familiar, esta dependência desencadeia-se devido ao mau relacionamento familiar, insuficiência do diálogo e da comunicação, ruptura na estrutura parental, existência de relações familiares deficientes e devido à agressividade física e verbal no seio familiar.

Analogamente ao contexto social, a dependência de substâncias advém da facilidade de acesso as drogas, das deficientes condições de habitabilidade, do desenraizamento social, da influência das condições e características dos grandes centros urbanos, do baixo nível de formação académica, das profissões pouco valorizadas socialmente e devido à fraca inserção social.

O primeiro contacto estabelecido com a utente decorreu no âmbito da realização da colheita de dados a qual fundamentou a instituição da relação de ajuda alicerçada à confiança, à empatia, ao respeito, à aceitação incondicional, à escuta ativa, à congruência, à presença e à autenticidade.

As entrevistas de enfermagem foram realizadas com o intuito de obter informações acerca do problema de saúde actual da utente, envolver a utente no processo de tratamento, promover a compreensão e perceção perante a realidade circundante, ultrapassar comportamentos de resistência, validar a motivação interna para o processo de recuperação

e modificação comportamental, favorecer a reflexão crítica, analisar estratégias de resolução de problemas para implementação futura e avaliar continuamente o progresso em direcção à concretização dos objectivos terapêuticos.

A delimitação do plano de cuidados teve em consideração a utente de forma holística respeitando a sua unicidade e individualidade face aos diagnósticos de enfermagem delineados e face à implementação de intervenções de enfermagem específicas e adequadas as suas necessidades inseridas num contexto familiar, social, cultural e laboral.

O internamento na UDA ocorre para desabilitação física de drogas e álcool, apresentando como objetivos fundamentais o tratamento dos sintomas físicos de privação, evitar a recaída, diminuir o número e gravidade dos problemas de saúde secundários aos consumos, diminuir situações criminais e ilegais, diminuir perturbações sociais e pessoais, permitir a abstinência, minimizar a gravidade dos consumos e favorecer a substituição de forma controlada da droga por outra substância com menos consequências negativas pessoais e sociais.

A realização deste estudo de caso, permitiu trabalhar com a utente a modificação comportamental relativamente ao consumo de benzodiazepinas através da transmissão de conhecimentos teóricos e pela reflexão instituída no que concerne à confrontação e à orientação para a realidade. Os comportamentos adquiridos na vida quotidiana podem ser modificados através da aprendizagem social, mais propriamente com recurso ao condicionamento clássico, condicionamento operante, aprendizagem através da observação e pelos processos cognitivos pretendendo-se a substituição de comportamentos desajustados por comportamentos adequados e saudáveis.

Referências Bibliográficas

- Allen, J., Douglas, L., Kenneth, B. 1999. Entrevista clínica e cuidados ao paciente. Lisboa. Climepsi Editores.
- Amaral, A. 2010. Prescrições de enfermagem em saúde mental mediante a CIPE. Loures. Lusociência.
- Chalifour, J. 2008. A intervenção terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures. Lusodidata.
- Chalifour, J. 2009. A intervenção terapêutica – Estratégias de intervenção. Loures. Lusodidata.
- Deglin, J., Vallerand, A. 2001. Guia farmacológico para enfermeiros. Loures. Lusociência.
- Fleming, M. 2005. Dor mental e toxicodependência. Revista toxicodependências. Edição IDT. Volume 11. Número 1.
- Marcolan, J., Urasaki, M. 1998. Orientações básicas para os enfermeiros na ministração de psicofármacos. Rev. Esc. Enf. USP, v.32, n.3, p. 208-17.
- Murcho, N. 2001. Os jovens, o futuro e as drogas. CAT do Sotavento/Olhão: Direção Regional do Algarve (Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência).
- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. 2005. Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, H. 2011. Toxicodependência. Tese de mestrado em psicologia clínica e aconselhamento. Lisboa. Universidade autónoma de Lisboa.
- Osswald, W., Guimarães, S. 2001. Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas. Porto. Porto Editora.
- Phaneuf, M. 2005. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures. Lusociência.
- Sequeira, C. 2006. Introdução à prática clínica. Coimbra. Quarteto.
- Simões, J., Fonseca, M., Belo, A. 2006. Relação de ajuda: horizontes de existência. Revista referencia II.ª série – nº.3
- Tomey, A., Alligood, M. 2004. Teóricas de enfermagem e a sua obra. Loures. Lusociência.
- Townsend, M. 2011. Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Loures. Lusociência.

Trzepacz, P., Baker, R. 2001. Exame psiquiátrico do estado mental. Lisboa. Climpesi Editores.

Webliografia

Dianova. 2012. “O que é a toxicodependência?”. Disponível em: <http://www.dianova.pt/imprensa/faq/151-o-que-e-a-toxicodependencia->, consultado a 20 de Dezembro de 2013.

Site do Instituto da droga e da toxicodependência. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/Documents/index.html>, consultado a 20 de Dezembro de 2013.

Legislação

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. 1996. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Anexos

Anexo I – Planejamento da entrevista de enfermagem do dia 05/12/2013



 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Entrevista de Enfermagem</p>	
<p>Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA)</p>	<p>Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção</p>	<p>Página 1 de 1</p>

<p>Grupo destinatário: Utente M. L. P. Local: Sala de entrevistas. Data: 05/12/2013. Hora: 14:00. Duração: 40 minutos. Número de participantes: Uma utente. Recursos materiais: Nenhum.</p>	<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer relação de ajuda; • Promover a comunicação. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar colheita de dados; • Promover a expressão de sentimentos e emoções.
<p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo abusivo de drogas (benzodiazepinas); • Conhecimento acerca das drogas diminuído; • Motivação para a modificação comportamental. 	<p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de motivação para iniciar o processo de mudança comportamental; • Auto-controlo impulso agressividade ineficaz; • Défice intelectual; • Dificuldade de concentração; • Estado confusional.

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
<p>Etapa I Introdução</p>	<p>5´</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do enfermeiro e utente; - Apresentação dos objetivos e funcionamento da entrevista; - Verificação da receptividade/interesse da utente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método afirmativo / participativo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, receptividade e motivação da utente.
<p>Etapa II Desenvolvimento</p>	<p>25´</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da colheita de dados no que concerne ao contexto pessoal, familiar, escolar, laboral e social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método afirmativo / participativo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação formativa e imediata.
<p>Etapa III Conclusão</p>	<p>10´</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Motivação da utente para a reflexão; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método afirmativo / participativo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação formativa e imediata.

Anexo II – Entrevista de enfermagem do dia 05/12/2013

Entrevista Diagnóstica

Nome: M. L. P.

Data: 05/12/2013

A utente M. L. P. deu entrada na Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA) no dia 04/12/2013 devido à dependência de benzodiazepinas. Este internamento ocorre por iniciativa da própria, onde o seu objetivo terapêutico é a abstinência de benzodiazepinas.

Este internamento, corresponde ao seu primeiro internamento nesta unidade, no entanto a utente refere ter tido mais quatro internamentos em diferentes serviços, nomeadamente dois deles em Évora nos Canaviais, um em Lisboa no Centro Reabilitação dos Alcoólicos do Sul (CRAS) e um em Faro no Departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A utente do sexo feminino e de raça caucasiana apresenta 44 anos de idade, é casada e com uma filha de 19 anos de idade. No que concerne à escolaridade, a utente possui o 9º ano de escolaridade e neste momento encontra-se desempregada, mas a exercer funções como assistente operacional numa escola básica num programa ocupacional (POC) sob a tutela do Centro de Emprego e com termo em Agosto de 2014. Acresce ainda salientar que a utente tem dez irmãos, quatro deles do sexo feminino e seis do sexo masculino, tendo sido a nona filha a nascer.

Segundo informação fornecida pela própria, desconhece antecedentes familiares psiquiátricos, informando ainda que os seus antecedentes pessoais encontram-se relacionados com o alcoolismo, motivo pelo qual decorreram os internamentos prévios.

A utente encontra-se em fase de contemplação no que concerne aos estádios de mudança, ou seja, ela demonstra consciência acerca do seu problema, considerando possível a mudança após a análise detalhada dos prós e contras do respetivo problema e da fase de mudança. Nesta momento a utente encontra-se invadida de razões que a motivam para o processo de mudança.

No decorrer da entrevista, o seu discurso foi centrado nas suas preocupações presentes, mais propriamente nos conflitos laborais, referindo que os consumos de benzodiazepinas aumentaram após a cessação dos consumos de álcool (aproximadamente três meses) e que encontram-se relacionados com conflitos laborais, mais propriamente, devido ao clima

existente no seu local de trabalho num determinado horário, mais especificamente no horário da realização das limpezas.

<u>Exame do Estado Mental</u>	
Aparência física, atividade psicomotora e atitude	Utente com idade aparente coincidente com a idade real. Apresenta uma postura descontraída e vestuário cuidado e adequado à estação do ano. Bons cuidados de higiene corporal e integridade cutânea mantida. Demonstra comportamento inquieto, por períodos, acompanhando a comunicação verbal com gesticulação. Atitude cooperativa, de atenção e de interesse. Colaborante com a realização da entrevista, estabelecendo contato ocular e apresentando um fáceis alegre.
Humor e emoções	Humor eutímico, exprimindo as suas emoções durante o discurso. Congruência entre o humor e a comunicação verbal e não verbal estabelecida.
Discurso e linguagem	Apresenta discurso coerente, gramatical e fluente com mensagens claras e corretamente articuladas, acompanhadas de um pensamento lógico e organizado. Demonstra verbalização rápida, no entanto hesitante aquando da colocação de determinadas questões abertas.
Pensamento e percepção	A utente nega atividade alucinatória e delirante. Apresenta um comportamento congruente com a ausência de alucinações e delírios. Pensamento rápido, lógico e organizado, no entanto hesitante aquando da colocação de determinadas questões, nomeadamente acerca do contexto de trabalho.
Cognição	Utente orientada auto e alopisquicamente no tempo e no espaço. Não apresenta alterações na sua capacidade de atenção, concentração nem a nível da memória.
Juízo crítico e insight	A utente reconhece que apresenta um problema relacionado com a dependência de benzodiazepinas e com o álcool, e neste sentido surge o seu pedido de ajuda relacionado com o internamento em curso.

Anexo III – Planeamento da entrevista de enfermagem do dia 09/12/2013



Entrevista de Enfermagem

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 1 de 2

<p>Grupo destinatário: Utente M. L. P. Local: Sala de entrevistas. Data: 09/12/2013. Hora: 14:00. Duração: 40 minutos. Número de participantes: Uma utente. Recursos materiais: Nenhum.</p>		<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer relação de ajuda; • Promover a comunicação. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimentos acerca do consumo abusivo de drogas; • Promover a expressão de sentimentos e emoções; • Identificar o comportamento que necessita de mudança. 		
<p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo abusivo de drogas (benzodiazepinas); • Conhecimento acerca das drogas diminuído; • Motivação para a modificação comportamental. 		<p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de motivação para iniciar o processo de mudança comportamental; • Auto-controlo impulso agressividade ineficaz; • Défice intelectual; • Dificuldade de concentração; • Estado confusional. 		
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5´	- Apresentação do enfermeiro e utente; - Apresentação dos objetivos e funcionamento da entrevista; - Verificação da recetividade/interesse da utente.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação da utente.
Etapa II Desenvolvimento	25´	- Identificação do comportamento que necessita de mudança; - Identificação da motivação da utente para iniciar a mudança; - Transmissão de conhecimentos teóricos acerca das consequências do consumo inapropriado de benzodiazepinas;	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<h2>Entrevista de Enfermagem</h2>	
<p>Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA)</p>	<p>Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção</p>	<p>Página 2 de 2</p>

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
<p>Etapa II Desenvolvimento (continuação)</p>	<p>25´</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consciencializar a utente para a necessidade de mudança; - Identificação dos prós e contras relativamente aos consumos excessivos de drogas (benzodiazepinas); - Encorajamento para a reflexão acerca dos estímulos associados ao comportamento. 	<p>- Método afirmativo / participativo.</p>	<p>- Avaliação formativa e imediata.</p>
<p>Etapa III Conclusão</p>	<p>10´</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Motivação da utente para a reflexão; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas. 	<p>- Método afirmativo / participativo.</p>	<p>- Avaliação formativa e imediata.</p>

Anexo IV – Entrevista de enfermagem do dia 09/12/2013

Entrevista de Seguimento

Nome: M. L. P.

Data: 09/12/2013

Após cinco dias de internamento, foi realizada uma entrevista de seguimento à utente com o intuito de obter informações relativamente à sua vida passada e assim compreender as suas atitudes e comportamentos presentes.

No decorrer da entrevista a utente fez alusão à sua vida passada, mencionando que iniciou os consumos de álcool e de benzodiazepinas após o termino do seu primeiro relacionamento amoroso quando apresentava dezassete anos de idade. Acrescentou ainda que após o início dos consumos, sempre os alternou, ou seja, existiram períodos em que a utente consumia as duas substâncias em simultâneo, no entanto existiam também momentos em que os consumos ocorriam separadamente de acordo com as circunstâncias quotidianas, justificando que *“quando quero esquecer os problemas e não me lembrar de nada, consumo álcool. As benzodiazepinas consumo quando quero alcançar um estado de tranquilidade profunda. Ainda assim, quando quero permanecer em profunda serenidade e abstrair-me quer a nível físico quer a nível mental, faço uma associação das duas substâncias”* (sic).

No decurso da entrevista fez ainda referência aos seus múltiplos internamentos referindo que previamente a este internamento, teve quatro internamentos todos eles originários pelos consumos de álcool.

O primeiro internamento ocorreu no ano de 2000 no Centro de Reabilitação dos Alcoólicos do Sul (CRAS) com uma duração de três semanas. Este internamento terminou com a sua expulsão do centro devido ao consumo paralelo de benzodiazepinas sem prescrição médica em contexto de internamento.

O segundo internamento aconteceu nos Canaviais em Évora no ano de 2005, após o falecimento do seu pai com uma duração de aproximadamente vinte e dois dias. Neste internamento, o tempo de internamento foi cumprido e a utente somente saiu do serviço aquando da alta clínica prescrita pelo médico responsável.

Em Fevereiro de 2007 a utente encontrava-se a residir no Algarve e também no seguimento dos consumos de álcool, teve internada no Departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica de Faro com a duração de uma semana, devido a alteração comportamental induzida pelo consumo de álcool.

A utente voltou novamente a ser internada nos Canaviais em Évora em Agosto de 2007, tendo o internamento apresentado uma duração de duas semanas. No decorrer deste internamento a utente apresentava autorização médica para se ausentar até ao exterior da instituição. Neste sentido, durante as suas saídas ao exterior, a utente ia consumir benzodiazepinas que comprava nas farmácias sem prescrição médica.

Neste espaço temporal, o seu último internamento encontra-se neste momento em curso na UDA, que corresponde ao seu primeiro internamento para desabilitação de

benzodiazepinas, com uma duração prevista de doze dias de internamento, determinados previamente com o seu terapeuta.

No decorrer desta entrevista a utente encontrava-se em fase de preparação nos estádios de mudança, sendo promovido o desequilíbrio relativamente aos argumentos ambivalentes, favorecendo assim as razões para a mudança e evidenciado as consequências da “*não mudança*” comportamental. Neste sentido, foi oferecido à utente tempo para refletir acerca das vantagens e desvantagens do processo de mudança provenientes da motivação interna, assim como foram analisados os custos e benefícios da manutenção e da mudança comportamental.

A presente entrevista permitiu que a utente refletisse e analisasse os acontecimentos da sua vida passada e como estes influenciaram na sua vida quotidiana presente

<u>Exame do Estado Mental</u>	
Aparência física, atividade psicomotora e atitude	A utente manteve-se na posição de sentada e com uma postura descontraída. Relativamente ao vestuário e aos cuidados de higiene estes encontravam-se adequados, arranjados e cuidados. Integridade cutânea mantida. Durante a entrevista manteve e estabeleceu contato ocular. Demonstrou um fáceis alegre e um comportamento calmo, adequado e colaborante. Atitude cooperativa, de atenção e de interesse.
Humor e emoções	Humor eutímico. Expressou os seus sentimentos relativamente ao passado e presente. Apresentou estado emocional congruente.
Discurso e linguagem	A utente apresentou discurso coerente, fluente e gramatical, assim como linguagem e vocabulário claro e bem articulados entre si. O conteúdo do seu discurso foi centrado na sua vida passada, mais especificamente nos seus internamentos prévios.
Pensamento e percepção	A utente nega atividade alucinatória e delirante. Existência de congruência entre os relatos evidenciados pela utente e os comportamentos observados. O processo do pensamento encontra-se alterado, devido à alteração da conexão evidenciada por fugas de ideias.
Cognição	Utente orientada auto e alopsiquicamente. Apresenta capacidade de atenção e memória preservada.
Juízo crítico e insight	Insight mantido, pelo fato da utente reconhecer que possui uma doença e a qual carece de tratamento específico e especializado no alcance da melhoria no seu estado de saúde, a nível físico, psicológico, familiar, social e profissional. O juízo crítico mantém-se conservado.

Anexo V – Planeamento da entrevista de enfermagem do dia 15/12/2013



Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA)	Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção	Página 1 de 2
-------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	---------------

<p>Grupo destinatário: Utente M. L. P.</p> <p>Local: Sala de entrevistas.</p> <p>Data: 15/12/2013.</p> <p>Hora: 14:00.</p> <p>Duração: 40 minutos.</p> <p>Número de participantes: Uma utente.</p> <p>Recursos materiais: Nenhum.</p>	<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estabelecer relação de ajuda;• Promover a comunicação. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Delinear estratégias de modificação comportamental;• Promover a expressão de sentimentos e emoções.
<p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consumo abusivo de drogas (benzodiazepinas);• Conhecimento acerca das drogas diminuído;• Motivação para a modificação comportamental.	<p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ausência de motivação para iniciar o processo de mudança comportamental;• Auto-controlo impulso agressividade ineficaz;• Défice intelectual;• Dificuldade de concentração;• Estado confusional.

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5'	- Apresentação do enfermeiro e utente; - Apresentação dos objetivos e funcionamento da entrevista; - Verificação da receptividade/interesse da utente.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, receptividade e motivação da utente.
Etapa II Desenvolvimento	25'	- Consciencialização acerca dos comportamentos a modificar; - Planeamento de estratégias para modificação comportamental; - Reflexão acerca da eficácia das estratégias a implementar;	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata.



Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa II Desenvolvimento (continuação)	25´	<ul style="list-style-type: none">- Discussão crítica acerca das estratégias e formas de operacionalização;- Identificação dos pontos positivos do utente e realização de reforço positivo;- Reflexão acerca da importância do planeamento individual na cessação do comportamento.	<ul style="list-style-type: none">- Método afirmativo / participativo.	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação formativa e imediata.
Etapa III Conclusão	10´	<ul style="list-style-type: none">- Motivação da utente para a reflexão;- Conclusão das principais ideias;- Esclarecimento de dúvidas.	<ul style="list-style-type: none">- Método afirmativo / participativo.	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação formativa e imediata.

Anexo VI – Entrevista de enfermagem do dia 15/12/2013

Entrevista de Seguimento

Nome: M. L. P.

Data: 15/12/2013

No décimo primeiro dia de internamento foi novamente realizada uma entrevista de seguimento à utente no sentido de analisar conjuntamente com a mesma os seus projetos e objetivos futuros.

A data da alta da utente prevista para o dia 16/12/2013 permitiu a realização desta entrevista, e neste sentido foi possível constatar que a utente apresenta objetivos delineados relativamente ao futuro.

Relativamente ao contexto familiar, a utente refere que irá trabalhar no sentido de cessar os seus conflitos conjugais de modo a harmonizar a sua relação matrimonial. Acrescenta ainda que embora o esposo consuma álcool e benzodiazepinas (prescritas pelo médico) irá entrar em acordo com ele para que em casa ele não tenha consumos alcoólicos, assim como irá pedir ao mesmo para esconder as benzodiazepinas demonstrando receio na recaída.

O seu agregado familiar é ainda constituída por uma filha de 19 anos de idade (filha única) com a qual não apresenta problemas de relacionamento, acrescentando que *“eu e a minha filha temos uma relação ótima, ela apoia-me muito, é muito minha amiga. Foi também pela boa relação que tenho para com ela e com medo de esta relação um dia terminar devido aos meus consumos que decidi pedir ajuda”* (sic).

Quando questionada acerca do relacionamento que estabelece com os irmãos refere que *“todos se afastaram de mim devido à vida que levava, só um irmão e uma cunhada me ajudam e me apoiam. Gostava de no futuro ter a família toda reunida como quando éramos pequenos, mas sei que isso levará o seu tempo”* (sic).

A nível laboral, a utente refere que no futuro irá tentar controlar as suas desavenças com as colegas de trabalho. No alcance de um melhor relacionamento interpessoal com as colegas de trabalho, a utente acrescenta que *“irei desenvolver trabalho de equipa, vou esforçar-me nesse sentido”* (sic).

No que concerne à vida social, a mesma acrescenta que somente tem três amigos, os quais conheceu nos alcoólicos anónimos. Neste sentido refere que *“quando sentir vontade de consumir vou ligar-lhes e pedir apoio, sei que sempre me apoiaram e que fui eu quem ultimamente se afastou deles”* (sic).

Na sua globalidade a utente apresenta juízo crítico acerca do seu estado atual de saúde, bem como demonstra capacidade de discernimento no que concerne à análise realizada acerca do passado, presente e futuro.

Relativamente à intervenção motivacional, a utente mantém-se na fase de preparação, onde é evidenciada a ambição para o início do processo de mudança, salientando e argumentando no seu discurso as vantagens e desvantagens alusivas a esse processo, bem

como reflete acerca da sua motivação intrínseca. Neste estágio, ainda foi possível constatar a intenção de mudança comportamental analisando as possíveis estratégias de prevenção da recaída.

Exame do Estado Mental	
Aparência física, atividade psicomotora e atitude	A utente encontrava-se na posição de sentada adoptando uma postura descontraída. Relativamente ao vestuário, este encontrava-se cuidado e adequado à estação do ano, bem como os cuidados de higiene se encontram preservados. Adequados hábitos de higiene corporal e integridade cutânea mantida. Estabeleceu contato ocular. Fácies expressivo, comportamento calmo, colaborante e confiante. Atitude cooperativa, de atenção e de interesse.
Humor e emoções	Durante a entrevista apresentou humor eutímico, revelando os seus pensamentos e ambições relativamente ao futuro. Estado emocional congruente com as atitudes, comportamentos e comunicação estabelecida.
Discurso e linguagem	Discurso coerente, fluente e espontâneo, assim como linguagem gramatical e vocabulário claro e corretamente articulado. O conteúdo do discurso foi centralizado nas suas ambições futuras, mais especificamente nas pretensões acerca da vida familiar, laboral e social.
Pensamento e percepção	A utente nega atividade alucinatória e delirante. Comportamento congruente com as observações realizadas. Alteração do processo do pensamento, devido à alteração da conexão evidenciada pela fugas de ideias.
Cognição	Utente orientada auto e alopsiquicamente. Apresenta capacidade de atenção e memória preservada.
Juízo crítico e insight	A utente apresenta insight acerca do seu estado clínico, bem como mantém preservado o seu juízo crítico no que concerne a temas importantes da sua vida quotidiana e acerca de decisões e/ou ações a serem tomadas relativamente ao futuro.

**Anexo VII – Indicador NOC: “*Controle de Riscos: Uso de Drogas*” aplicado no dia
09/12/2013**



Indicador NOC
“Controle de Riscos: Uso de Drogas”

Data: 09/12/2013

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 1 de 2

Controle de Riscos: Uso de Drogas	Nunca demonstrado(a)	Raramente demonstrado(a)	Às vezes demonstrado(a)	Muitas vezes demonstrado(a)	Consistentemente demonstrado(a)
Indicadores					
Admite o risco de uso inadequado de drogas	1	2	3	4	5
Admite consequências pessoais associadas ao uso inadequado de drogas	1	2	3	4	5
Monitora o ambiente devido a fatores que encorajam o uso inadequado de drogas	1	2	3	4	5
Monitora padrões pessoais de uso de drogas	1	2	3	4	5
Desenvolve estratégias eficazes para controle do uso de drogas	1	2	3	4	5
Adapta estratégias de controle do uso de drogas conforme a necessidade	1	2	3	4	5
Compromete-se com as estratégias para controle do uso de drogas	1	2	3	4	5
Segue estratégias selecionadas para controle do uso de drogas	1	2	3	4	5
Participa de exames de problemas de saúde associados	1	2	3	4	5
Usa serviços de cuidados de saúde coerentes com a necessidade	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Controle de Riscos: Uso de Drogas”
(Continuação)

Data: 09/12/2013

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 2 de 2

Controle de Riscos: Uso de Drogas	Nunca demonstrado(a)	Raramente demonstrado(a)	Às vezes demonstrado(a)	Muitas vezes demonstrado(a)	Consistentemente demonstrado(a)
Indicadores					
Usa sistemas de apoio pessoal para controle do uso inadequado de drogas	1	2	3	4	5
Usa grupos de apoio para controle do uso errado de drogas	1	2	3	4	5
Usa recursos da comunidade para controle do uso inadequado de drogas	1	2	3	4	5
Reconhece mudanças no estado de saúde	1	2	3	4	5
Monitora mudanças no estado de saúde	1	2	3	4	5
Controla a ingestão de drogas	1	2	3	4	5

**Anexo VIII – Indicador NOC: “*Conhecimento: Controle do Uso de Substâncias*”
aplicado no dia 09/12/2013**



Indicador NOC
“Conhecimento: Controle do Uso de Substâncias”

Data:
09/12/2013

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção

Página 1 de 1

Conhecimento: Controle do Uso de Substâncias	Nenhum(a)	Limitado(a)	Moderado(a)	Substancial	Extensivo(a)
Indicadores					
Descrição do próprio risco por abuso de substância	1	2	3	4	5
Descrição de consequências à saúde por uso de substância	1	2	3	4	5
Descrição dos benefícios da eliminação de substâncias	1	2	3	4	5
Identificação dos perigos do uso de substância	1	2	3	4	5
Descrição de consequências sociais por uso de substância	1	2	3	4	5
Descrição da responsabilidade pessoal pelo manejo da substância	1	2	3	4	5
Descrição das ameaças ao controle de substância	1	2	3	4	5
Descrição do apoio para o controle do uso de substância	1	2	3	4	5
Descrição das ações para prevenir o uso de substância	1	2	3	4	5
Descrição de ações para lidar com o uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição dos benefícios do monitoramento constante	1	2	3	4	5
Descrição do potencial para recaída nas tentativas de controlar o uso de substância	1	2	3	4	5
Descrição das ações para prevenir e lidar com recaídas no abuso de substância	1	2	3	4	5
Descrição dos sinais de dependência durante a retirada de substância	1	2	3	4	5

Anexo IX – Indicador NOC: “*Proteção Contra Abuso*” aplicado no dia 09/12/2013



Indicador NOC
“Proteção Contra Abuso”

Data: 09/12/2013

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 1 de 1

Proteção Contra Abuso	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Planos para deixar a situação	1	2	3	4	5
Segurança da residência	1	2	3	4	5
Planos para evitar o abuso	1	2	3	4	5
Implementação de um plano para evitar o abuso	1	2	3	4	5
Segurança a si próprio	1	2	3	4	5
Segurança dos filhos	1	2	3	4	5
Obtenção de ordem de contenção na medida das necessidades	1	2	3	4	5
Autodefesa	1	2	3	4	5
Facilitação do abusador em obter aconselhamento	1	2	3	4	5
Afastamento quando a relação está insegura	1	2	3	4	5
Separação da relação conforme a necessidade	1	2	3	4	5

**Anexo X – Indicador NOC: “*Controle de Riscos: Uso de Drogas*” aplicado no dia
15/12/2013**



Indicador NOC
“Controle de Riscos: Uso de Drogas”

Data: 15/12/2013

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 1 de 2

Controle de Riscos: Uso de Drogas	Nunca demonstrado(a)	Raramente demonstrado(a)	Às vezes demonstrado(a)	Muitas vezes demonstrado(a)	Consistentemente demonstrado(a)
Indicadores					
Admite o risco de uso inadequado de drogas	1	2	3	4	5
Admite conseqüências pessoais associadas ao uso inadequado de drogas	1	2	3	4	5
Monitora o ambiente devido a fatores que encorajam o uso inadequado de drogas	1	2	3	4	5
Monitora padrões pessoais de uso de drogas	1	2	3	4	5
Desenvolve estratégias eficazes para controle do uso de drogas	1	2	3	4	5
Adapta estratégias de controle do uso de drogas conforme a necessidade	1	2	3	4	5
Compromete-se com as estratégias para controle do uso de drogas	1	2	3	4	5
Segue estratégias selecionadas para controle do uso de drogas	1	2	3	4	5
Participa de exames de problemas de saúde associados	1	2	3	4	5
Usa serviços de cuidados de saúde coerentes com a necessidade	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Controle de Riscos: Uso de Drogas”
(Continuação)

Data: 15/12/2013

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 2 de 2

Controle de Riscos: Uso de Drogas	Nunca demonstrado(a)	Raramente demonstrado(a)	Às vezes demonstrado(a)	Muitas vezes demonstrado(a)	Consistentemente demonstrado(a)
Indicadores					
Usa sistemas de apoio pessoal para controle do uso inadequado de drogas	1	2	3	4	5
Usa grupos de apoio para controle do uso errado de drogas	1	2	3	4	5
Usa recursos da comunidade para controle do uso inadequado de drogas	1	2	3	4	5
Reconhece mudanças no estado de saúde	1	2	3	4	5
Monitora mudanças no estado de saúde	1	2	3	4	5
Controla a ingestão de drogas	1	2	3	4	5

**Anexo XI – Indicador NOC: “*Conhecimento: Controle do Uso de Substâncias*”
aplicado no dia 15/12/2013**



Conhecimento: Controle do Uso de Substâncias	Nenhum(a)	Limitado(a)	Moderado(a)	Substancial	Extensivo(a)
Indicadores					
Descrição do próprio risco por abuso de substância	1	2	3	4	5
Descrição de consequências à saúde por uso de substância	1	2	3	4	5
Descrição dos benefícios da eliminação de substâncias	1	2	3	4	5
Identificação dos perigos do uso de substância	1	2	3	4	5
Descrição de consequências sociais por uso de substância	1	2	3	4	5
Descrição da responsabilidade pessoal pelo manejo da substância	1	2	3	4	5
Descrição das ameaças ao controle de substância	1	2	3	4	5
Descrição do apoio para o controle do uso de substância	1	2	3	4	5
Descrição das ações para prevenir o uso de substância	1	2	3	4	5
Descrição de ações para lidar com o uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição dos benefícios do monitoramento constante	1	2	3	4	5
Descrição do potencial para recaída nas tentativas de controlar o uso de substância	1	2	3	4	5
Descrição das ações para prevenir e lidar com recaídas no abuso de substância	1	2	3	4	5
Descrição dos sinais de dependência durante a retirada de substância	1	2	3	4	5

Anexo XII – Indicador NOC: “*Proteção Contra Abuso*” aplicado no dia 15/12/2013



Indicador NOC
“Proteção Contra Abuso”

Data: 15/12/2013

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 1 de 1

Proteção Contra Abuso	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Planos para deixar a situação	1	2	3	4	5
Segurança da residência	1	2	3	4	5
Planos para evitar o abuso	1	2	3	4	5
Implementação de um plano para evitar o abuso	1	2	3	4	5
Segurança a si próprio	1	2	3	4	5
Segurança dos filhos	1	2	3	4	5
Obtenção de ordem de contenção na medida das necessidades	1	2	3	4	5
Autodefesa	1	2	3	4	5
Facilitação do abusador em obter aconselhamento	1	2	3	4	5
Afastamento quando a relação está insegura	1	2	3	4	5
Separação da relação conforme a necessidade	1	2	3	4	5

Anexo XIII – Poster alusivo ao tema “*Relaxar é Viver*”

“Relaxar é Viver”



Introução

As técnicas de relaxamento assumem distinta importância no quotidiano dos utentes, visto que possibilitam a promoção do bem-estar físico e psicológico e a adoção de estados profundos de relaxamento com finalidades terapêuticas no âmbito da saúde mental e psiquiátrica.

Segundo Payne (2003, p. 3) citando Ryman (1995), o relaxamento é “como um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”. Assim sendo, durante o relaxamento, o organismo alivia a tensão muscular, bem como promove sentimentos de paz e tranquilidade, inibindo os pensamentos causadores de stress ou perturbadores da tranquilidade e contribuindo para a “diminuição da tensão ou intensidade, resultando no descanso do corpo e mente” (Townsend, 2011, p. 228).

Para a realização deste projeto, optou-se por selecionar e aprofundar conhecimentos teóricos e práticos relativamente às técnicas do relaxamento físico, mais propriamente ao relaxamento progressivo de Jacobson e à técnica da respiração abdominal.

Objetivos das sessões de relaxamento

Objetivos gerais:

Promover o bem-estar físico e psicológico;
Promover o relaxamento muscular.

Objetivos específicos:

Reduzir sinais e sintomas da ansiedade;
Evitar a insónia;
Estimular a capacidade de concentração;
Diminuir a tensão muscular;
Abstrair de pensamentos nefastos.

Relaxamento Progressivo de Jacobson

A técnica do Relaxamento Progressivo de Jacobson consiste no processo de contração/descontração de 16 grupos musculares, permitindo consecutivamente um processo de relaxamento sereno e a consciencialização entre os contrastes existentes nos processos de contração/descontração (Payne, 2003).

Segundo Davis, Eshelman & McKay (2008) citado por Townsend (2011, p. 231) alguns dos resultados obtidos com o relaxamento progressivo de Jacobson foram observados “no tratamento da tensão muscular, ansiedade, insónia, depressão, fadiga, intestino irritável, espasmos musculares, dores no pescoço e nas costas, pressão arterial elevada, fobias ligeiras e gaguez”. Da mesma opinião partilha o autor Payne (2003, p. 42) ao citar Jacobson (1938) referindo que “o relaxamento progressivo tem um efeito indireto nos níveis de ansiedade e que, através da mediação do cérebro, proporciona um domínio do parassimpático”.

Respiração Abdominal

O relaxamento através da respiração abdominal “visa diretamente o sistema nervoso autónomo, um fato a acrescentar às potencialidades da respiração como método de indução de relaxamento” (Lichstein, 1988 citado por Payne, 2003, p. 139). Esta técnica refere-se “à expansão para baixo da cavidade torácica” (Payne, 2003, p. 142), onde “o diafragma contraído pressiona os órgãos, provoca uma ligeira dilatação do abdómen. De igual modo, quando o diafragma relaxado liberta a pressão sobre os órgãos, o abdómen volta a diminuir” (Payne, 2003, p. 143). Segundo Lichstein (1988) citado por Payne (2003, p. 217) enuncia que “a inspiração desvia a atenção de pensamentos causadores de stress; a retenção da respiração aumenta o nível de P_{CO_2} , induzindo uma letargia suave, e a expiração lenta ajuda a diminuir a tensão muscular”, daí a eficácia da sua aplicabilidade.

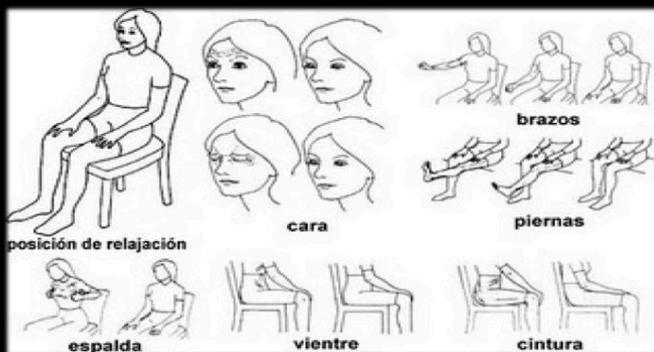


Imagem 1: Relaxamento progressivo de Jacobson

Fonte bibliográfica: <http://terapiasnaoativas.blogspot.pt/2010/03/cura-pranica.html>



Imagem 2: Respiração abdominal

Fonte bibliográfica: <http://www.drpereira.com.br/shv.htm>

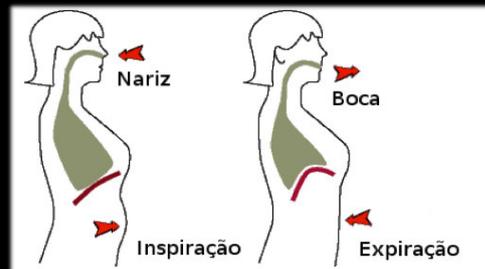


Imagem 3: Respiração abdominal

Fonte bibliográfica: <http://www.emagrecer.tv/blog/tag/respiracao-abdominal/>

Conclusão

A evidência científica refere que algumas das manifestações dos estados de relaxamento profundo potenciam nos utentes manifestações psicológicas, cognitivas e comportamentais, nomeadamente, no que concerne à menor atenção para estímulos do ambiente externo que causam a distração, adoção de uma postura física mais serena, calma e tranquila, maneirismos comuns (olhos fechados, boca aberta, mãos abertas, dedos curvados e cabeça levemente inclinada para um dos lados), aumenta a criatividade, memória e a capacidade de concentração, diminui a frequência respiratória e cardíaca e da tensão arterial, diminui a tensão muscular e promove a vasodilatação (Townsend, 2011).

Referências Bibliográficas

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE) Versão 1 (2005).
Payne, R. (2003). Técnica de Relaxamento. Loures, Lusitânia.
Relaxamento: um guia prático de técnicas de relaxamento para a saúde mental. (2010). Loures, Ordem dos Enfermeiros.
Townsend, M. (2011). Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Loures, Lusitânia.
<http://www.drpereira.com.br/shv.htm>, consultado a 10/06/2013.
<http://www.emagrecer.tv/blog/tag/respiracao-abdominal/>, consultado a 10/06/2013.

Anexo XIV – Folheto informativo alusivo ao tema “*Relaxamento Progressivo de Jacobson*”

Músculos descontraídos, contribuem para
uma mente calma e tranquila.



Contactos:

Sítio do Poço Seco 8500 – 338 Portimão
282 450 310 (ext. 1552)

Realizado por: Andreia Faleiro

Aluna da Universidade Católica
Portuguesa



Serviço de Psiquiatria

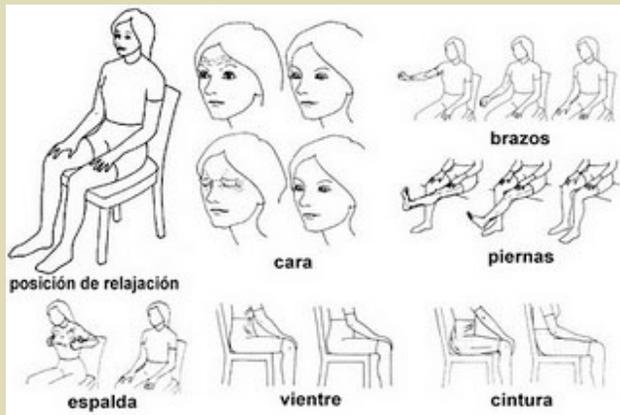
Relaxamento Progressivo de Jacobson



Relaxamento Progressivo de Jacobson

Benefícios:

- Relaxa o corpo e a mente;
- Promove a contracção/descontracção muscular;
- Reduz os níveis da ansiedade;
- Abstrai de pensamentos nefastos;
- Diminui a tensão muscular.



Esta técnica consiste na contracção/descontracção de 16 grupos musculares, sendo eles:

- Mão direita;
- Braço direito;
- Mão esquerda;
- Braço esquerdo;
- Sobrancelhas;
- Olhos;
- Boca;
- Pescoço;
- Ombros;
- Abdómen;
- Coxa direita;
- Perna direita;
- Pé direito;
- Coxa esquerda;
- Perna esquerda;
- Pé esquerdo.

Instruções

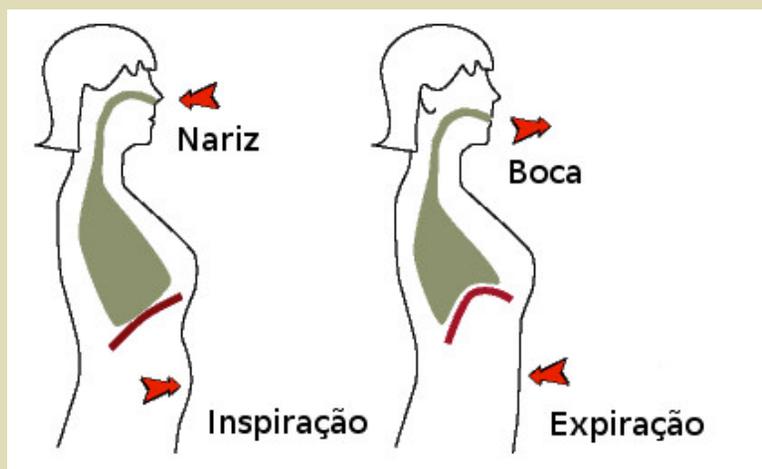
1. Adote uma postura confortável, seja ela sentada ou deitada;
2. Feche os olhos e a partir de agora concentre-se na contracção/descontracção muscular de cada grupo muscular solicitado;
3. Feche a sua **mão direita** e sinta a tensão. Posteriormente descontraia. Repita o exercício para a **mão esquerda**;
4. Empurre o seu **cotovelo direito** contra o colchão ou cadeira e sinta a tensão. Posteriormente descontraia. Repita o exercício com o **cotovelo esquerdo**;
5. Levante as **sobrancelhas**, fazendo rugas na testa. Sinta a tensão. Posteriormente descontraia;
6. Feche os **olhos** com força, ao mesmo tempo que levante a ponta do nariz. Sinta a tensão. Posteriormente descontraia;
7. Cerre os dentes com muita força e esboce um sorriso. Sinta a tensão em redor da sua **boca**. Posteriormente descontraia;
8. Puxe o seu queixo contra o peito. Sinta a tensão muscular no **pescoço**. Posteriormente descontraia;
9. Puxe os seus **ombros** para trás. Sinta a tensão. Posteriormente descontraia;
10. Coloque o seu **abdómen** duro. Sinta a tensão. Posteriormente descontraia;
11. Contraia os músculos da sua **coxa e perna direita**. Sinta a tensão. Posteriormente descontraia. Repita o exercício com a **coxa e perna esquerda**;
12. Coloque o seu **pé direito** para dentro e encolha os dedos do pé. Sinta a tensão. Posteriormente descontraia. Repita o exercício para o seu **pé esquerdo**;
13. Lentamente, você vai abrir os seus olhos e repare como se sente em paz, tranquilo e relaxado.

Anexo XV – Folheto informativo alusivo ao tema “*Respiração Abdominal*”

Os exercícios de respiração abdominal são fáceis de realizar, podendo ser realizados em qualquer sítio.

Inspiração - desvia a atenção de pensamentos causadores de stress

Expiração - ajuda a diminuir a tensão muscular



Contactos:

Sítio do Poço Seco 8500 – 338 Portimão
282 450 310 (ext. 1552)

Realizado por: Andreia Faleiro

Aluna da Universidade Católica Portuguesa



Serviço de Psiquiatria

Respiração Abdominal



Respiração Abdominal

Benefícios:

- Relaxa o corpo e a mente;
- Fortalece os pulmões;
- Melhora a respiração;
- Diminui a tensão muscular.



Na respiração abdominal a tensão é libertada quando os pulmões inspiram tanto oxigénio quanto o possível.

Esta técnica é considerada como produtiva e eficiente na diminuição da ansiedade, tensão muscular, depressão, fadiga e irritabilidade.

Instruções

1. Adote uma postura confortável, seja ela sentada ou deitada;
2. Coloque uma mão sobre o abdómen e a outra mão sobre o tórax;
3. Feche os olhos e a partir de agora concentre-se na sua respiração;
4. Inspire lentamente pelo nariz deixando o ar entrar e sinta-o a encher os pulmões. O seu abdómen deverá expandir-se e empurrar a sua mão. O seu tórax movimentar-se-á menos que o abdómen;
5. Guarde o ar nos seus pulmões contando até sete e sinta a energia que circula no seu interior;
6. Muito lentamente expire e deixe o ar sair pela boca. Irá sentir o seu abdómen a diminuir de tamanho enquanto os pulmões se esvaziam;
7. (Repita os ciclos respiratórios 10 vezes);
8. Lentamente, você vai abrir os seus olhos e repare como se sente em paz, tranquilo e relaxado.



Anexo XVI – Artigo científico: “*Dinâmicas musicais na adolescência: Que resultados de enfermagem?*”

Dinâmicas musicais na adolescência: Que resultados de enfermagem?

Andreia Faleiro¹

RESUMO: O presente artigo científico investiga o potencial terapêutico das dinâmicas de grupo com recurso à música no âmbito da saúde mental e psiquiátrica infanto-juvenil, mais propriamente da criação e composição musical, do canto e da conceção de instrumentos musicais, no âmbito da validação de diagnósticos de enfermagem e da análise dos resultados obtidos.

Os adolescente foram selecionados como amostra para este estudo, uma vez que na sua globalidade representam a população alvo que frequenta as consultas de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve (CHA), E.P.E.

O enfermeiro pode desempenhar um papel fundamental e primordial no quotidiano destes adolescentes, tanto a nível da promoção da saúde mental como a nível da prevenção da doença mental. Deste modo, torna-se apropriado dotar os enfermeiros de competências que lhes permitam implementar intervenções de enfermagem adequadas as necessidades dos adolescentes, bem como realizar dinâmicas de grupo com eficácia, contribuindo para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Os objetivos desta revisão sistemática da literatura passam por desenvolver um estudo teórico que evidencie os resultados das dinâmicas musicais em adolescentes portadores de psicopatologia; nomear os efeitos terapêuticos das dinâmicas musicais nos adolescentes e contribuir para a reflexão da prestação de cuidados em enfermagem no contexto da saúde mental e psiquiátrica na infância e adolescência.

Entre outubro e novembro de 2013, pela B-ON procedeu-se à pesquisa de evidências científicas publicadas nas bases de dados eletrónicas EBSCO, SciELO Portugal, SciELO Scientific Electronic Library Online e MEDLINE. Foram eleitos quatro artigos científicos de diferentes tipos metodológicos e posteriormente procedeu-se á análise e apreciação dos seus resultados.

Após análise crítica dos resultados concluiu-se que, o uso adequado da música proporciona alterações a nível comportamental, melhora habilidades pessoais e de aprendizagem, estimula o processo do pensamento, estilos cognitivos, perceção, emoção e a racionalidade, facilita a interação interpessoal e desenvolve a capacidade de atenção, memória, pensamento lógico, criatividade e improviso, permitindo a participação e a interação dos adolescentes, assim como a reelaboração dos seus processos de socialização e de comunicação.

PALAVRAS-CHAVE: Musicoterapia; Adolescente; Enfermagem

¹ Mestranda em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermeira do Serviço de Psiquiatria I do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E., [andreiadfaleiro@gmail.com]

ABSTRACT: This research paper investigates the therapeutic potential of group dynamics with use of music in mental health and psychiatric juvenile, more properly creating and composing music, singing and designing musical instruments, as part of validation of diagnostic nursing and analysis of results.

The teenagers were selected as sample for this study, since as a whole represent the target population that attends queries Pedopsychiatry Hospital Center Algarve (CHA), E.P.E.

Nurses can play a key and vital role in the daily life of these adolescents, both in the promotion of mental health and in the prevention of mental illness. Thus, it is appropriate to equip nurses with skills to implement appropriate nursing interventions to the needs of adolescents, as well as dynamic group perform effectively, contributing to the quality of nursing care rendered.

The objectives of this systematic literature review are to develop a theoretical study that demonstrates the results of musical dynamics in adolescents with psychopathology; appoint the therapeutic effects of musical dynamics in adolescents and contribute to consideration of the provision of nursing care in the health context mental and psychiatric in childhood and adolescence.

Between October and November 2013, the B-ON proceeded to search scientific evidence published in electronic databases EBSCO, SciELO Portugal, SciELO Scientific Electronic Library Online, and MEDLINE. Four scientific articles from different methodological types were elected and then proceeded to the analysis and assessing their results.

After critical analysis of the results it was concluded that the appropriate use of music provides the behavioral level changes, improves personal skills and learning, stimulates the thought process, cognitive styles, perception, emotion and rationality, facilitates interpersonal interaction and develops attention span, memory, logical thinking, creativity and improvisation, allowing the participation and interaction of adolescents, as well as redesigning their processes of socialization and communication.

KEY WORDS: Music Therapy; Adolescent; Nursing

INTRODUÇÃO

A música encontra-se acessível a toda a população em geral independentemente da sua idade, nível socioeconómico, cultura e capacidade de resposta mental e motora, constituindo um método de tratamento não-farmacológico acessível, neste caso concreto, a um grande número de adolescentes. Este método de tratamento cria interfaces entre a prática musical e a saúde, atuando ao nível da manutenção e do restabelecimento da saúde, com o intuito da promoção da saúde mental.

No campo da saúde, recorre-se à música como um método de tratamento holístico e com uma visão integral do adolescente, devido ao seu potencial para a linguagem expressiva e para a compreensão da mensagem transmitida pela música. Acresce ainda salientar que a música proporciona também conforto e prazer, transmite segurança aos adolescentes, intervindo ao nível físico, emocional e social (Bergold e Alvim, 2009).

Remontando à vida uterina verifica-se que é neste momento que a apreciação musical ocorre e que passa a acompanhar a vida do indivíduo ao longo das diferentes fases do ciclo vital. Na vida uterina ocorre apreciação musical, visto que neste momento torna-se possível ouvir os sons corporais da mãe, ter consciência dos batimentos cardíacos e a partir da décima quarta semana de gestação ouvir ativamente os sons produzidos pela mãe e pelo mundo externo (Albinati, 2008).

Após o nascimento, verifica-se que a mãe canta para o seu bebé mesmo sem este entender e interpretar a letra da música, no sentido de conferir alteração no seu padrão comportamental, acalmá-lo e distrair-lhe de procedimentos dolorosos e desagradáveis. Neste momento, o bebé demonstra e comunica as preferências musicais com quem se identifica, através do choro, sorriso, movimentação corporal e pela emissão de sons vocais (Albinati, 2008).

No período infantil, a criança aprende no seio escolar músicas socialmente significativas, as quais proporcionam a inserção das crianças no seu grupo social, tornando-se simbólicas nas suas relações interpessoais. Por norma, os géneros musicais preferidos refletem-se na cultura de cada indivíduo (Albinati, 2008).

Na adolescência, a música acompanha o seu quotidiano com recurso aos Cds, aos aparelhos de reprodução musical e aos concertos a que os adolescentes assistem conjuntamente com os seus grupos sociais, denotando o estado emocional e cognitivo de cada indivíduo (Albinati, 2008).

No decorrer do ciclo vital, as crianças e os adolescentes guardam nas suas lembranças as suas músicas preferidas de forma autónoma, sendo esta uma forma agradável de apreciação musical inerente à própria constituição humana.

Na antiguidade a música já era empregue no âmbito da saúde e em enfermagem foi inicialmente utilizada por Florence Nightingale como recurso terapêutico ao nível físico, cognitivo, emocional e social (Bergold e Alvim, 2009).

As dinâmicas músicas são constituídas por vários métodos terapêuticos, sendo neste documento científico somente abordado o canto, a criação e composição musical e a construção de instrumentos com recurso ao uso de material reciclado (Albinati, 2008). Neste sentido, pretendesse analisar os estímulos que cada método terapêutico proporcionam nos adolescentes, bem como analisar como eles se adaptam aos espaços terapêuticos. Assim sendo, será possível relacionar os recursos musicais com os processos de aquisição, manutenção, recuperação e aprimoramento em saúde, edificando pontes entres eles e o seu próprio estado de saúde. A música poderá trazer mudanças significativas na vida de cada adolescente no alcance do seu processo de reflexão.

O canto devido ao seu poder descritivo e mnemônico auxilia os adolescentes a memorizar uma sequência de informações complexas, a expressar sentimentos e emoções, favorecendo o aprimoramento da fala e da linguagem expressiva. A técnica do canto difere do processo de fala, visto que ela utiliza emissões vocais e variações alcançadas pelo som em parâmetros de altura, duração, intensidade e timbre (Cunha, 2003; Albinati, 2008).

Relativamente à criação de instrumentos musicais com recuso ao material reciclado, constata-se que o resultado tônico dos instrumentos musicais estimulam a criatividade. Verifica-se que são produzindo diferentes instrumentos musicais e que conseqüentemente produzem distintos sons o que favorece a organização dos movimentos no seio das suas dificuldades psicomotoras (Cunha, 2003; Albinati, 2008).

Analogamente à criação e composição musical, esta técnica terapêutica concede aos adolescentes a construção de uma identidade positiva, o afloramento da capacidade de criatividade, raciocínio e improviso, assim como a valorização da expressão dos sentimentos, emoções, pensamentos, interesses, crenças e valores éticos e morais (Cunha, 2003; Albinati, 2008).

No alcance dos objetivos terapêuticos relativamente ao canto, construção de instrumentos musicais e à criação e composição musical, torna-se imperativo recorrer à técnica da improvisação, ou seja, à *“forma espontânea de criação musical, em que a pessoa compõe células rítmicas, melódicas ou harmônicas, sem muito planeamento ou formalização”* (Albinati, 2008, p. 27).

Neste sentido, as dinâmicas musicais apresentam como finalidades terapêuticas *“estimular a percepção de si e dos outros diante da singularidade de cada um, ao mesmo tempo que permite que se descubram as conexões existentes no grupo, ampliando a capacidade de compreender o contexto complexo em que estão inseridas as relações humanas”* (Bergold e Alvim, 2009, p. 538) no encontro da sua individualidade acima da doença.

As dinâmicas musicais evidenciam também que as manifestações sócio-culturais referentes à música, constituem um *“elemento de expressão e interpretação das experiências que as pessoas adquirem no decorrer das trocas sociais de sua trajetória histórica...A linguagem musical pode ser um meio de objetivação da subjetividade das pessoas”* (Cunha, 2003, p. 13).

Segundo os autores Bergold e Alvim (2009), os estímulos musicais produzem efeitos terapêuticos, a nível da respiração, circulação sanguínea, digestão, oxigenação, estimulação da energia muscular, redução da fadiga, favorecem o tônus muscular, aumentam a capacidade de atenção, memória e diminuem a dor, o medo e a ansiedade.

A adolescência “*é considerada uma etapa do desenvolvimento que ocorre desde a puberdade até à idade adulta*” (Santos et al., 2012, p.49), compreendendo idades entre os 10 e os 19 anos (World Health Organization - WHO, 2011), sendo compreendida pela sociedade como uma etapa de crise, problemática, complexa e ambígua, onde o adolescente é um indivíduo histórico, integrado nas relações que estabelece com os espaços, tempos e com os outros indivíduos (Santos, Teixeira e Zanini, 2010).

O período da adolescência ao representar uma “*fase repleta de alterações fisiológicas, emocionais e sociais, a instabilidade emocional poderá ser vivenciada como um período de crise com repercussões na saúde mental dos adolescentes*” (Santos et al., 2012, p. 51). Neste sentido, os autores Santos, Teixeira e Zanini (2010), defendem que os adolescentes adquirem a sua própria identidade pessoal, perdem a comunicação e linguagem infantil, iniciam um processo de rebeldia e contestação, repleto de contradições e ambivalências, surgindo então modificações psicológicas e físicas, as quais permitem a sua inserção na sociedade de acordo com as suas condições cognitivas e afetivas.

A escolha desta temática, prende-se com o fato de no decorrer do módulo de estágio na pedopsiquiatria no CHA ter implementado um projeto alusivo às dinâmicas de grupo com recurso à música para adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos de idade.

Face ao descrito, delineei para a realização deste trabalho de revisão sistemática de literatura a seguinte questão: “***Que resultados de enfermagem são obtidos nos adolescentes portadores de psicopatologia que frequentam dinâmicas musicais?***”

De forma a obter respostas à questão orientadora foi necessário formular objetivos, nomeadamente: desenvolver um estudo teórico que evidencie os resultados das dinâmicas musicais em adolescentes portadores de psicopatologia; nomear os efeitos terapêuticos das dinâmicas musicais nos adolescentes e contribuir para a reflexão da prestação de cuidados em enfermagem no contexto da saúde mental e psiquiátrica na infância e adolescência.

As doenças mentais e psiquiátricas configurando-se num problema de saúde pública e mental tanto a nível nacional como a nível mundial, que requerem da parte dos profissionais de saúde preocupação, competências e reflexão.

METODOLOGIA

Com o intuito de responder à questão previamente delineada, desenvolvi um trabalho de revisão sistemática da literatura, que compreendeu a identificação, apreciação crítica e síntese dos estudos primários, seguindo uma metodologia rigorosa, explícita e reprodutível.

A revisão sistemática “*é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação*” (Fortin, 1996, p.74).

Deste modo, entre outubro e novembro de 2013, procedeu-se à pesquisa de evidências científicas pela B-ON, onde se acedeu a diversas bases de dados eletrónicas, como: EBSCO, SciELO Portugal, SciELO Scientific Electronic Library Online e MEDLINE.

Preferencialmente, o idioma utilizado foi o português e o espanhol, com recurso aos descritores: musicoterapia (musicoterapia), adolescente (adolescente) e enfermagem (enfermería), sendo os mesmos validados nos descritores em ciências da saúde.

Foram consultadas 15 publicações, das quais 4 foram seleccionadas, tendo sido excluídas 11 publicações, 5 por não se adequarem ao tema, 2 por se encontrarem publicadas sob a forma de revisão sistemática da literatura e 4 por não corresponderem à população alvo solicitada.

No decorrer da pesquisa realizada com o intuito de responder à problemática evidenciada, foram determinados critérios de inclusão e exclusão (quadro 1).

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos estudos a seleccionar

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Adolescentes com participação em dinâmicas de grupo relacionadas com a música.	Estudos acerca de adolescentes que não tenham participado em dinâmicas de grupo com recurso à música. Estudos que contemplem como população alvo os adultos e os idosos.
Intervenção	Intervenções de enfermagem realizadas no âmbito das dinâmicas de grupo com recurso à música.	
Contexto do estudo	Contexto hospitalar, escolar ou ambulatório.	
Desenho do estudo	Abordagem qualitativa, num espaço temporal de 10 anos.	Estudos sob a forma de artigo secundário ou que apresentem mais de 10 anos de publicação.

Segue-se a análise e discussão crítica dos resultados dos trabalhos científicos seleccionados.

ANÁLISE E DISCUSSÃO CRÍTICA DOS RESULTADOS

De forma a sintetizar a informação de todos os artigos analisados através de uma ligação lógica e assim facilitar a compreensão das evidências científicas obtidas, apresento os resultados considerados pertinentes através de uma tabela (tabela 1). A mesma tabela foi organizada mediante os seguintes critérios: título do artigo, autores, ano de publicação, tipo de estudo, instrumentos de colheita de dados, amostra, objetivo geral e as principais conclusões.

Tabela 1 – Síntese das evidências científicas encontradas

Título (Autores; ano de publicação)	Tipo de estudo, Instrumento de colheita de dados	Participantes Amostra	Objectivo geral	Principais conclusões
A1) <i>“Recursos musicais aplicáveis à saúde e à educação da criança e do adolescente: contribuições da musicoterapia à clínica pediátrica”</i> (Albinati, 2008)	Estudo exploratório-descriutivo; Abordagem qualitativa; Observação sistemática; Entrevista aberta.	n= 60 crianças e adolescentes com idades entre 1 e 20 anos.	Conhecer as especificidades dos recursos musicais presentes nas práticas de crianças e adolescentes, identificando seu potencial terapêutico e as possibilidades de seu uso em atendimentos de saúde.	As dinâmicas de grupo com recurso à música, permitem aos adolescentes a evocação e reelaboração das suas próprias vivências, emoções e sentimentos, bem como melhoram as suas habilidades, favorecem a aceitação em grupo e estimulam o processo de saúde. Acresce ainda salientar que favorecem o aperfeiçoamento da linguagem expressiva e cooperam na sua individualidade. Embora os resultados obtidos sejam na sua maioria de sucesso, pode também acontecer confusão sonora e diminuição da reorganização da dinâmica.
A2) <i>“A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem”</i> (Bergold & Alvim, 2009)	Método criativo-sensível; Produção de dados; Abordagem qualitativa.	n= 14 adolescentes de ambos os sexos e 11 alunos de uma pós-graduação em enfermagem.	Descrever e discutir as concepções de clientes sobre as visitas musicais das quais já haviam participado.	O uso da música na enfermagem, obtêm resultados favoráveis na melhoria dos sinais e sintomas de diferentes psicopatologias, nomeadamente na promoção do conforto e bem-estar, da expressão emocional e afetiva, na partilha de experiências, no estabelecimento das relações sociais, na promoção da autonomia e na interação interpessoal. Com recurso a este processo terapêutico obtêm-se a humanização dos cuidados.
A3) <i>“Jovens no espaço interativo da musicoterapia: O que objetivam por meio da linguagem musical”</i> (Cunha, 2003)	Entrevistas individuais e abertas; Notas de campo; Abordagem qualitativa; Sociograma.	n= 18 rapazes com idades entre os 13 e os 17 anos, participantes no Programa Formando Cidadão.	Entender o que os jovens expressam por meio da linguagem musical, ao participarem da ação interativa em um ambiente musicoterapêutico.	A música é considerada um elemento de expressão cultural e social que facilita as interações grupais, permite aos adolescentes a sua auto-caracterização, tal como permite demonstrar as suas preocupações, valores e emoções. No alcance de resultados de sucesso é necessário primeiramente estabelecer com os adolescentes uma relação fundamentada na confiança e na empatia.

<p>A4) <i>“A psicologia sócio-histórica como fundamentação no atendimento de musicoterapia a adolescentes”</i> (Santos, Teixeira, Zanini, 2010)</p>	<p>Metodologia qualitativa; Análise de relatórios escritos; Audições das gravações de algumas sessões; Entrevistas.</p>	<p>n= 7 adolescentes com idades entre os 10 e os 13 anos, sendo 4 do sexo masculino e 3 do sexo feminino.</p>	<p>Investigar como a musicoterapia pode contribuir no fortalecimento da subjetividade desses adolescentes.</p>	<p>A música influencia a percepção que os adolescente têm acerca de si, contribui para o desenvolvimento da sua criatividade, da sua forma de sentir, agir e pensar, altera os estados emocionais e o relacionamento interpessoal em contexto social, revigorando as suas subjetividades.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A partir da análise dos artigos científicos, foi executada a análise dos resultados obtidos e foi possível identificar três categorias, que descrevem os resultados de enfermagem perante os adolescentes que frequentaram as dinâmicas musicais: categoria 1: Enfermagem e a música; categoria 2: Recursos musicais; categoria 3: Efeitos terapêuticos das dinâmicas musicais.

Categoria 1: Enfermagem e a música

A análise do conteúdo da categoria 1, evidenciou que os estudos acerca das dinâmicas musicais no âmbito da enfermagem têm sido cada vez mais explorados com o intuito de sensibilizar os enfermeiros para a sua aplicação tanto em contexto hospitalar como em contexto de ambulatório.

A literatura descreve que *“os enfermeiros muitas vezes não conseguem se aproximar de forma sensível das pessoas cuidadas, centrando-se muito no arsenal farmacológico e tecnologias de ponta, tendo dificuldade em ajudá-las a construir sentido nas situações desagregadoras próprias da existência humana, incluindo a experiência do adoecimento”* (Bergold e Alvim, 2009, p. 538), no entanto, um enfermeiro com formação específica em dinâmicas de grupo e em música, executaria intervenções de enfermagem autônomas e interdependes no alcance dos objetivos terapêuticos relacionados com as características psicoafetivas e histórico-existenciais.

Segundo o autor Albinati (2008, p. 122), as dinâmicas musicais não têm obrigatoriamente de ser desenvolvidas e implementadas por um enfermeiro com formação específica em musicoterapia, isto porque *“sendo a música uma prática cultural, o envolvimento do técnico não-musicista, adotando rapidamente o oferecimento dos recursos musicais ao seu paciente, e fazendo música como fruição pessoal, mostra a possibilidade de que também ele, sujeito ao trabalho estressante em ambientes pautados pela doença, use os recursos musicais em benefício próprio e se sinta seguro a explorá-los em seu trabalho”*, permitindo a compreensão do seu processo de saúde/doença, de acordo com os conhecimentos teóricos e científicos aplicados às práticas musicais.

Em contrapartida, as sessões de musicoterapia realizadas por um enfermeiro com formação específica em musicoterapia conferem uma superioridade no que concerne à diversidade musical e um melhor direcionamento dos recursos musicais comparativamente aos objetivos terapêuticos que se pretendem alcançar (Albinati, 2008).

As intervenções de enfermagem, alcançam resultados positivos quando os conhecimentos teóricos e científicos são aplicados ao saber-fazer da enfermagem, com o intuito de adquirir respostas aos problemas dos adolescentes (Bergold e Alvim, 2009).

Categoria 2: Recursos musicais

Na análise do conteúdo da categoria 2, foi possível verificar que embora a música seja cultural, as dinâmicas musicais evidenciam efeitos não farmacológicos no tratamentos de determinados sinais e sintomas provenientes da psicopatologia.

Embora sejam conhecidos sete recursos musicais (jogos e brincadeiras musicais, apreciação musical, canto, instrumentos musicais, criação musical, expressão corporal e dança e ensaio e apresentação musical), neste artigo científico apenas serão abordados três tipos de recursos musicais, sendo eles, o canto, a construção dos instrumentos musicais e a criação e composição musical, visto que foram estas as técnicas terapêuticas selecionadas para a realização das dinâmicas musicais no âmbito da consulta de Pedopsiquiatria do CHA (Cunha, 2003; Albinati, 2008).

Segundo os autores Bergold e Alvim (2009, p. 539), o recurso ao canto *“é uma maneira de definir, diferenciar, pesquisar e apontar nuances da vida interior”*, que indicam a música como um exemplo de recurso terapêutico para a sua própria percepção e para a percepção dos restantes elementos do grupo. Acresce ainda mencionar que, *“é uma narrativa cantada, que vem carregada de emoção, muitas vezes de voz embargada, que sensibiliza a pessoa a falar de si mesmo, a contatar com suas intencionalidades: crenças, desejos, intenções, buscando seus significados”* (Cunha, 2003, p.36).

Através da técnica terapêutica do canto, os adolescentes recordam toda a sua existência e a sua vida quotidiana, bem como buscam ouvir-se e entender-se a si próprios (Santos, Teixeira e Zanini, 2010).

A técnica terapêutica da criação e composição musical, torna-se enriquecedora na medida em que estimula os adolescentes e analisarem e refletirem acerca das suas próprias experiências de vida, bem como de eventos quotidianos importantes no sentido de estimular a capacidade de criatividade para a construção da letra e a capacidade de improviso para a criação da música. Os autores Bergold e Alvim (2009), salientam ainda que a música faz prevalecer a recordação de situações positivas em detrimento das situações negativas, que diminuem a ansiedade e conseqüentemente estimulam o bem-estar, o conforto e a segurança. Nesta técnica terapêutica utilizada torna-se pertinente analisar a morfologia, sintaxe e fraseologia utilizadas (Cunha, 2003).

Categoria 3: Efeitos terapêuticos das dinâmicas musicais

Após a análise de conteúdo da categoria 3, constatou-se alguns dos efeitos terapêuticos com recurso à música no âmbito das dinâmicas de grupo, nomeadamente, a expressão de emoções, a comunicação, a interação interpessoal, a compreensão de determinados comportamentos, a diminuição da dor física e da ansiedade, a estimulação da imaginação, recriação e do improviso, a integração de aspetos cognitivos, afetivos e motores, a promoção da capacidade de atenção e memória, a estimulação da atividade motora e a elação do humor. (Cunha, 2003; Albinati, 2008; Bergold e Alvim, 2009;

Santos, Teixeira e Zanini, 2010). Acresce ainda salientar que “*a música provoca percepção visual, atividade motora sensorial, processamento de informação abstrata e simbólica, além da expressão de diferentes emoções*” (Bergold e Alvim, 2009, p. 540).

CONCLUSÃO

De forma a dar resposta à questão de investigação e aos objetivos delineados, foi elaborada esta revisão sistemática da literatura. O presente estudo permitiu averiguar que a música faz parte integrante da cultura humana, estimulando de forma prazerosa a participação dos adolescentes portadores de psicopatologia nestas dinâmicas. Neste sentido, torna-se fundamental que os enfermeiros adquiram competências no que concerne à prática clínica em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Reconhece-se que a aplicação da música nas dinâmicas de grupo, alcança resultados positivos tanto para os adolescentes em questão como para o seio familiar, escolar e social, uma vez que promove mudanças significativas e duradouras no comportamento, na comunicação e na interação interpessoal. Sendo o adolescente a principal prioridade da terapia e não a música, as suas preferências, habilidades e aquisições musicais são sempre aceites e tidas em consideração e não se emitem julgamentos nem juízos de valor, visto que a experiência musical possui em cada adolescente um significado individual e singular.

Assim sendo, verifica-se que em todas as etapas do ciclo vital se recorre à música nas mais diversas culturas, de forma prazerosa e com grande envolvimento pessoal, no alcance de resultados como sendo o despertar do interesse pelo mundo, melhorar as habilidades pessoais e de aprendizagem, facilitar a interação interpessoal, desenvolver capacidades de atenção, memória, pensamento lógico e de criatividade e estimular a percepção, cognição, emoção e a racionalidade por meio do desenvolvimento intrapessoal, do processo de socialização e da comunicação.

Aos enfermeiros, cabe a responsabilidade da promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental, através da delimitação de diagnósticos de enfermagem, implementação de intervenções de enfermagem autónomas e interdependes adequadas às necessidades dos adolescentes e a avaliação dos resultados de enfermagem, de modo a reduzir os sinais e sintomas da psicopatologia no adolescente.

Devemos ter em conta que os resultados obtidos neste artigo científico devem ser encarados como um ponto de partida, uma linha orientadora para futuras pesquisas científicas, e não como uma meta já alcançada, uma vez que os artigos analisados não incluíram o idioma inglês. Torna-se necessário aprofundar e promover o espírito crítico e reflexivo dos enfermeiros acerca desta temática, de modo a sensibilizá-los para a importância da realização das dinâmicas de grupo na adolescência.

Assim sendo, deixo algumas sugestões para futuras pesquisas, sendo elas, a realização de estudos acerca dos recursos musicais que não foram aqui abordados, sendo eles, os

jogos e brincadeiras musicais, a apreciação musical, a expressão corporal e dança e o ensaio e apresentação musical.

Após a análise sistemática da literatura verifico que hoje em dia, recorre-se à arte na sua globalidade para implementação de dinâmicas de grupo e que estas têm assumido um papel de destaque e de relevante importância no alcance dos objetivos terapêuticos previamente delineados, bem como nas ações de reabilitação e de recuperação dos adolescentes com psicopatologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benenzon, R. 1988. *“Teoria da Musicoterapia”*. Summus editorial. São Paulo.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 1. 2005. ISBN: 92-95040-36-8.

Descritores em Ciências da Saúde. 2012. Biblioteca Virtual em Saúde. Consultado a 4 de Dezembro de 2012 através de <http://decs.bvs.br/>.

Fortin, M. 1996. O processo de investigação: da concepção à realidade. Loures: Lusodidacta.

Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. 2005. *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Payne, R. 2003. *“Técnicas de Relaxamento”*. Loures: Lusociência.

Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. 2010. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Santos, J.; Façanha, J.; Gonçalves, M.; Erse, M.; Cordeiro, R.; Façanha, R. 2012. Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Townsend, M. 2011. Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Loures: Lusociência.

WEBLIOGRAFIA

Abreu, F. 2008. Tese de Mestrado *“O lugar ético dos sons musicais quando significantes na clínica e na política de saúde mental infanto-juvenil”*. Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Centro de Educação e Humanidades – Instituto de Psicologia. Disponível em http://www.pgpsa.uerj.br/dissertacoes/2008/Francisca%20Mariana/Diss_FranciscaMariana.pdf, consultado a 5 de Outubro de 2013.

Albinati, M. 2008. Tese de Doutoramento *“Recursos musicais aplicáveis à saúde e à educação da criança e do adolescente: contribuições da musicoterapia à clínica”*

pediátrica”. Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Disponível em http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-7JUKCN/maria_eug_nica_castelo_branco_albinati.pdf?sequence=1, consultado a 5 de Outubro de 2013.

Bergold, L. & Alvim, N. 2009. “*A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem*”. Esc. Anna Nery Revista enfermagem 2009 Julho-Setembro. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a12.pdf>, consultado a 4 de Outubro de 2013.

Corrêa, A. 2011. Tese de Doutorado “*Realidade aumentada musical para reabilitação: estudo de caso em musicoterapia*”. São Paulo. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3142/tde-09032012-131212/pt-br.php>, consultado a 4 de Outubro de 2013.

Costa, C., Vianna, M. 1984. “*Musicoterapia – Uma pesquisa sobre sua utilização para pacientes esquizofrênicos*”. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Vol.33, nº. 3. Disponível em <http://biblioteca-da-musicoterapia.com/biblioteca/arquivos/pesquisa/1984%20Clarice%20marthapesquisa%20com%20esquizofr.pdf>, consultado a 7 de Outubro de 2013.

Cunha, R. 2003. Tese de Mestrado “*Jovens no espaço interativo da musicoterapia: O que objetivam por meio da linguagem musical*”. Universidade federal do Paraná. Curitiba. Disponível em <http://biblioteca-da-musicoterapia.com/biblioteca/arquivos/dissertacao/JOVENS%20NO%20ESPACO%20INTERATIVO%20DA%20MUSICOTERAPIA%20O%20QUE%20OBJETIVAM%20POR%20MEIO%20DA%20LINGUAGEM%20MUSICAL.pdf>, consultado a 5 de Outubro de 2013.

Gattino, G. 2009. Tese de Mestrado “*A influência do tratamento musicoterapêutico na comunicação de crianças com transtornos do espectro autista*”. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Medicina. Programa de Pós-graduação em saúde da criança e do adolescente. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16859/000708275.pdf?sequence=1>, consultado a 6 de Outubro de 2013.

Gomes, G., 2009. “*Musicoterapia e psicoterapia corporal: Uma experiência com crianças em busca de expressão*”. Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro de psicoterapias corporais. Curitiba. Disponível em <http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais%202009/GOMES,%20Gislaine%20de%20Souza%20-%20Musicoterapia.pdf>, consultado a 7 de Outubro de 2013.

Gonçalez, D., Nogueira, A., Puggina, A. 2008. “*O uso da música na assistência de enfermagem no Brasil: Uma revisão bibliográfica*”. Cogitare enfermagem 2008 Out/Dez; 13(4):591 -6. Jundiaí. Disponível em

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/13121/8881>, consultado a 5 de Outubro de 2013.

Karam, J. 2011. Tese de Mestrado “*Música e saúde na escola*”. São Leopoldo. Escola Superior de Teologia – Programa de Pós-Graduação em Teologia. Disponível em http://tede.est.edu.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=337, consultado a 3 de Outubro de 2013.

Lima, T. 2012. Tese de Mestrado “*Música e invocação: uma oficina terapêutica com crianças com transtornos de desenvolvimento*”. Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia. São Paulo. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-19092012-123935/pt-br.php>, consultado a 5 de Outubro de 2013.

Loureiro, C., França, C. 2005. “*Inclusão física versus integração: Função da musicoterapia na iniciação e educação musical da criança portadora de atraso do desenvolvimento na rede regular de ensino*”. ANPPOM – Décido Quinto Congresso. Disponível em http://www.anppom.com.br/anais/anaiscongresso_anppom_2005/sessao22/cybelleloureiro_ceciliacavalieri.pdf, consultado a 4 de Outubro de 2013.

Polo, C. 2010. Tese de Mestrado “*Intervenções lúdico-musicais frente ao estresse de crianças acolhidas vítimas de violência doméstica*”. Universidade metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo. Disponível em http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2574, consultado a 6 de Outubro de 2013.

Presotti, T. 2006. “*Musicoterapia no atendimento infantil: aspetos de uma prática*”. XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. Goiânia. Disponível em http://www.sgmt.com.br/anais/p05temalivrecomoral/TLCO014-Tiburcio_Anais_XIISBMT.pdf, consultado a 4 de Outubro de 2013.

Santos, H., Teixeira, C., Zanini, C. 2010. “A psicologia sócio-histórica como fundamentação no atendimento de musicoterapia a adolescentes”. Encontro de Pesquisa em Musicoterapia. Salvador. Disponível em <http://biblioteca-da-musicoterapia.com/biblioteca/arquivos/pesquisa/2010%20Claudia%20zanini,hermes%200identidade%20adolescente.pdf>, consultado a 8 de Outubro de 2013.

Sousa, P., Basso, I. 2002. “*Musicoterapia funciona? Um estudo de caso único baseado em evidências (ECUBE), de um(a) cliente com sintomas de depressão em um trabalho de musicoterapia interativa não diretiva*”. Pelotas. Disponível em http://biblioteca.ucpel.tche.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=127, consultado a 3 de Outubro de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2011. – Adolescent Health. Disponível em http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/, consultado a 7 de Dezembro de 2013.

Anexo XVII – Dinâmicas de Grupo



Dinâmica de grupo “Esbarra paredes”

Unidade de Desabilitação do Algarve	Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção	Página 1 de 10
-------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	----------------

<p>Grupo destinatário: Utentes internados na UDA;</p> <p>Local: Ginásio;</p> <p>Data: 28/11/2013;</p> <p>Hora: 11:00;</p> <p>Duração: 40 minutos;</p> <p>Número de participantes: 6 utentes;</p> <p>Recursos materiais: Nenhum.</p>	<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permitir a interação social entre os utentes; • Promover a comunicação entre os utentes. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a confiança no grupo de utentes.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Crítérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação expressiva diminuída; • Interação/Relação social diminuída. 	<p>Crítérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de motivação para participar na dinâmica de grupo; • Dificuldade de concentração; • Estado confusional.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5´	- Apresentação dos enfermeiros e utentes; - Apresentação da dinâmica e dos objetivos; - Explicação do procedimento da dinâmica; - Verificação da recetividade/interesse dos utentes.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação dos utentes.
Etapa II Desenvolvimento	25´	Descrição da dinâmica: - Indicar aos utentes para formarem uma fila indiana paralelamente à parede; - Seleciona-se um utente que deverá caminhar e posteriormente correr em direção à parede de olhos fechados; - Os restantes utentes que se encontram paralelamente à parede deverão evitar a colisão contra a parede do utente que caminha e que posteriormente corre na sua direção.	-Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, motivação e participação dos utentes.
Etapa III Conclusão	10´	- Motivação dos utentes para a reflexão; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da dinâmica de grupo.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Avaliação da dinâmica de grupo através do diálogo com os utentes; - Auto-avaliação dos utentes.



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 7 de 10

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Gráficos alusivos ao Indicador NOC “Participação no Lazer”</p>	<p>Dinâmica de grupo: “Esbarra Paredes” Data:28/11/2013</p>
<p>Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA)</p>	<p>Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção</p>	<p>Página 8 de 10</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos alusivos ao Indicador NOC “Participação no Lazer” de acordo com a dinâmica de grupo realizada.



Gráfico 1 – Participação em atividade que não o trabalho regular.



Gráfico 2 – Expressão de satisfação com atividades de lazer.

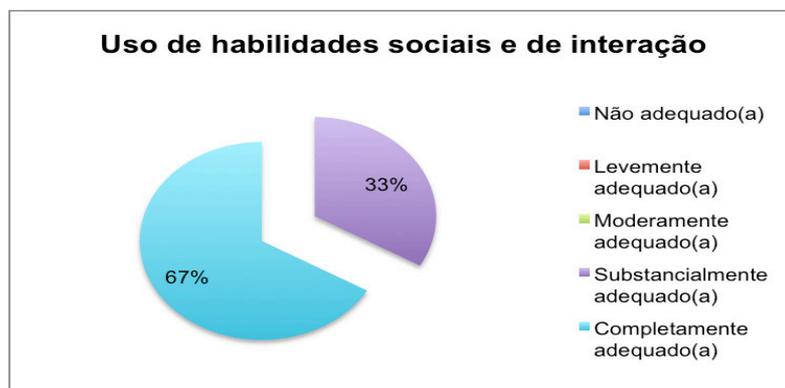


Gráfico 3 – Uso de habilidades sociais e de interação.



Gráfico 4 – Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer.



Gráfico 5 – Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer.



Gráfico 6 – Direção do próprio lazer.

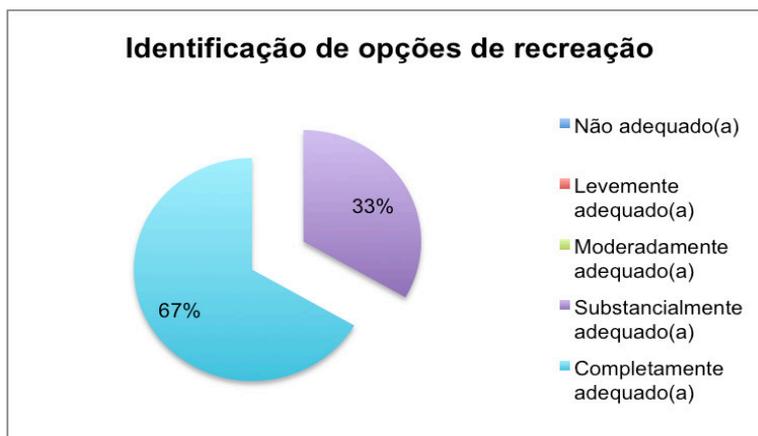


Gráfico 7 – Identificação de opções de recreação.



Gráfico 8 – Relatos de descanso das atividades de lazer.



Dinâmica de grupo “Batata quente”

Unidade de Desabilitação do
Algarve

Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção

Página 1 de 12

Grupo destinatário: Utentes internados na UDA;
Local: Ginásio;
Data: 04/12/2013;
Hora: 11:00;
Duração: 40 minutos;
Número de participantes: 8 utentes;
Recursos materiais: Papel e canetas.

Objetivos Gerais:

- Permitir a interação social entre os utentes;
- Promover a comunicação entre os utentes.

Objetivos Específicos:

- Promover a expressão de sentimentos e emoções.

Critérios de Inclusão:

- Comunicação expressiva diminuída;
- Interação/relação social diminuída.

Critérios de Exclusão:

- Ausência de motivação para participar na dinâmica de grupo;
- Dificuldade de concentração;
- Estado confusional.

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5´	- Apresentação dos enfermeiros e utentes; - Apresentação da dinâmica e dos objetivos; - Explicação do procedimento da dinâmica; - Verificação da recetividade/interesse dos utentes.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação dos utentes.
Etapa II Desenvolvimento	25´	Descrição da dinâmica: - Pedir aos utentes para se sentarem num círculo em redor de uma mesa; - Seguidamente é distribuída uma folha a cada utente, onde se encontra inserida uma tabela com três questões: “ <i>Como sou hoje?</i> ”; “ <i>O que posso fazer para mudar?</i> ” e “ <i>Como gostava de ser no futuro?</i> ”; - Os utentes deverão ainda preencher o verso da folha, onde deverão denominar a sua “ <i>Batata quente</i> ”, ou seja, o seu problema atual; - No final os utentes deverão partilhar com os restantes utentes o que escreveram no papel com recurso à leitura.	-Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, motivação e participação dos utentes.
Etapa III Conclusão	10´	- Motivação dos utentes para a reflexão; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da dinâmica de grupo.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Avaliação da dinâmica de grupo através do diálogo com os utentes; - Auto-avaliação dos utentes.



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 3 de 12

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 5 de 12

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 6 de 12

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Gráficos alusivos ao Indicador NOC “Participação no Lazer”</p>	<p>Dinâmica de grupo: “Batata quente” Data:04/12/2013</p>
<p>Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA)</p>	<p>Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção</p>	<p>Página 10 de 12</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos alusivos ao Indicador NOC “Participação no Lazer” de acordo com a dinâmica de grupo realizada.

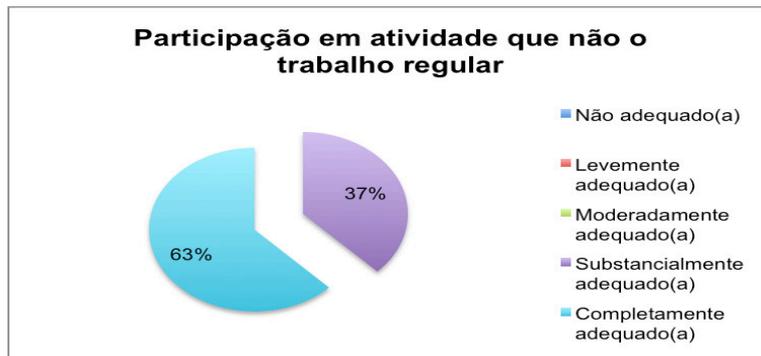


Gráfico 1 – Participação em atividade que não o trabalho regular.



Gráfico 2 – Expressão de satisfação com atividades de lazer.



Gráfico 3 – Uso de habilidades sociais e de interação.



Gráfico 4 – Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer.



Gráfico 5 – Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer.



Gráfico 6 – Direção do próprio lazer.



Gráfico 7 – Identificação de opções de recreação.

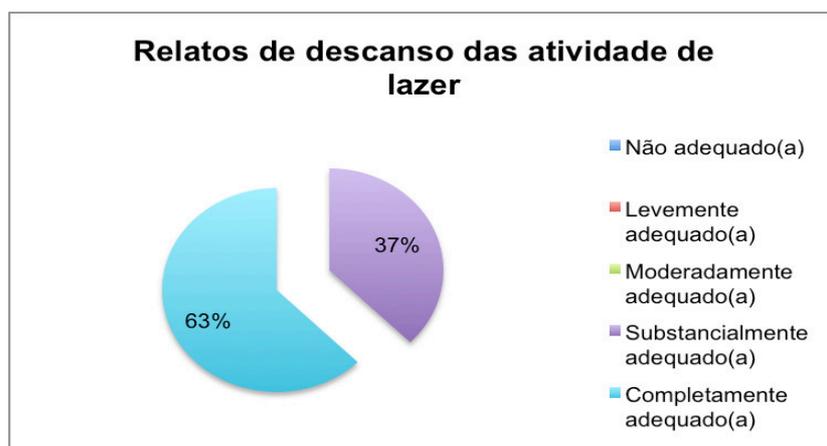


Gráfico 8 – Relatos de descanso das atividades de lazer.



Dinâmica de grupo “Nó Humano”

Unidade de Desabilitação do
Algarve

Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção

Página 1 de 13

Grupo destinatário: Utentes internados na UDA;

Local: Ginásio;

Data: 05/12/2013;

Hora: 11:00;

Duração: 40 minutos;

Número de participantes: 9 utentes;

Recursos materiais: Nenhum.

Objetivos Gerais:

- Permitir a interação social entre os utentes;
- Promover a comunicação entre os utentes.

Objetivos Específicos:

- Promover o trabalho de equipa e a cooperação.

Critérios de Inclusão:

- Comunicação expressiva diminuída;
- Interação/Relação social diminuída.

Critérios de Exclusão:

- Ausência de motivação para participar na dinâmica de grupo;
- Dificuldade de concentração;
- Estado confusional.

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5'	- Apresentação dos enfermeiros e utentes; - Apresentação da dinâmica e dos objetivos; - Explicação do procedimento da dinâmica; - Verificação da recetividade/interesse dos utentes.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação dos utentes.
Etapa II Desenvolvimento	25'	Descrição da dinâmica: - Pedir aos utentes que formem um círculo de mãos dadas; - Um utente voluntário deverá ausentar-se do ginásio; - Seguidamente, os utentes que se encontram no círculo de mãos dadas devem formar “ <i>nós</i> ” entre si sem largarem as mãos; - O utente voluntário deverá entrar no ginásio novamente e terá como missão desfazer o “ <i>nó humano</i> ” sem soltar as mãos dos utentes de modo a obter o círculo de utentes inicialmente formado.	-Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação dos utentes.
Etapa III Conclusão	10'	- Motivação dos utentes para a reflexão; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da dinâmica de grupo.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Avaliação da dinâmica de grupo através do diálogo com os utentes; - Auto-avaliação dos utentes.



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 4 de 13

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 6 de 13

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 7 de 13

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 8 de 13

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Gráficos alusivos ao Indicador NOC “Participação no Lazer”</p>	<p>Dinâmica de grupo: “Nó Humano” Data:05/12/2013</p>
<p>Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA)</p>	<p>Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção</p>	<p>Página 11 de 13</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos alusivos ao Indicador NOC “Participação no Lazer” de acordo com a dinâmica de grupo realizada.



Gráfico 1 – Participação em atividade que não o trabalho regular.



Gráfico 2 – Expressão de satisfação com atividades de lazer.

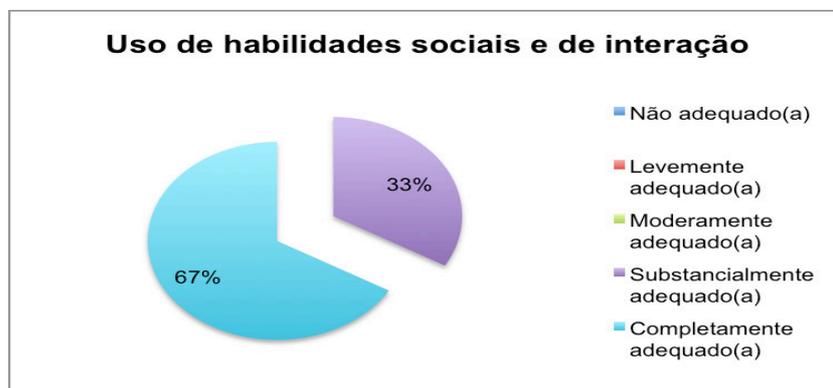


Gráfico 3 – Uso de habilidades sociais e de interação.



Gráfico 4 – Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer.



Gráfico 5 – Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer.



Gráfico 6 – Direção do próprio lazer.



Gráfico 7 – Identificação de opções de recreação.



Gráfico 8 – Relatos de descanso das atividades de lazer.



Grupo destinatário: Utentes internados na UDA;
Local: Ginásio;
Data: 06/12/2013;
Hora: 11:00;
Duração: 40 minutos;
Número de participantes: 11 utentes;
Recursos materiais: Nenhum.

Objetivos Gerais:

- Permitir a interação social entre os utentes;
- Promover a comunicação entre os utentes.

Objetivos Específicos:

- Desenvolver a capacidade de concentração e de atenção;
- Desenvolver a capacidade de liderança informal.

Critérios de Inclusão:

- Comunicação expressiva diminuída;
- Interação/relação social diminuída.

Critérios de Exclusão:

- Ausência de motivação para participar na dinâmica de grupo;
- Dificuldade de concentração;
- Estado confusional.

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5'	- Apresentação dos enfermeiros e utentes; - Apresentação da dinâmica e dos objetivos; - Explicação do procedimento da dinâmica; - Verificação da recetividade/interesse dos utentes.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação dos utentes.
Etapa II Desenvolvimento	25'	Descrição da dinâmica: - Pedir aos utentes que formem um círculo; - Selecionar um voluntário para se ausentar do ginásio. Na ausência do voluntário determina-se um líder para o grupo; - Posteriormente traz-se o voluntário para o interior do círculo; - O líder começa a comandar os gestos manuais devendo ser imitado pelos restantes elementos que constituem o grupo; - Sempre o líder mudar de movimento, todos os elementos do grupo devem acompanhá-lo; - A função do voluntário é descobrir quem é o líder inserido no grupo.	-Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, motivação e participação dos utentes.
Etapa III Conclusão	10'	- Motivação dos utentes para a reflexão; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da dinâmica de grupo.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Avaliação da dinâmica de grupo através do diálogo com os utentes; - Auto-avaliação dos utentes.



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Gráficos alusivos ao Indicador NOC “Participação no Lazer”</p>	<p>Dinâmica de grupo: “O Maestro” Data:06/12/2013</p>
<p>Unidade de Desabituação do Algarve (UDA)</p>	<p>Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção</p>	<p>Página 13 de 15</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos alusivos ao Indicador NOC “Participação no Lazer” de acordo com a dinâmica de grupo realizada.



Gráfico 1 – Participação em atividade que não o trabalho regular.



Gráfico 2 – Expressão de satisfação com atividades de lazer.

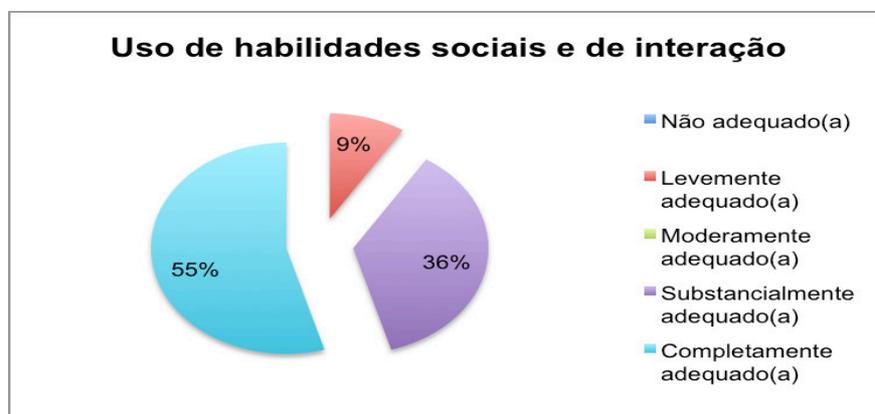


Gráfico 3 – Uso de habilidades sociais e de interação.



Gráfico 4 – Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer.



Gráfico 5 – Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer.



Gráfico 6 – Direção do próprio lazer.

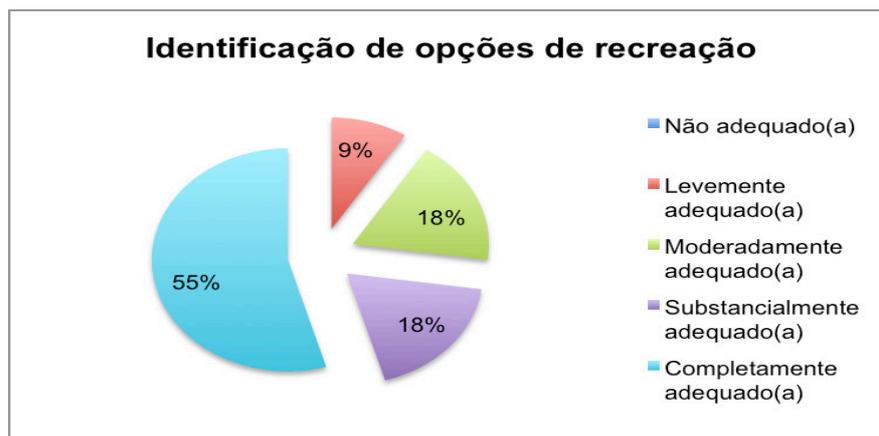


Gráfico 7 – Identificação de opções de recreação.

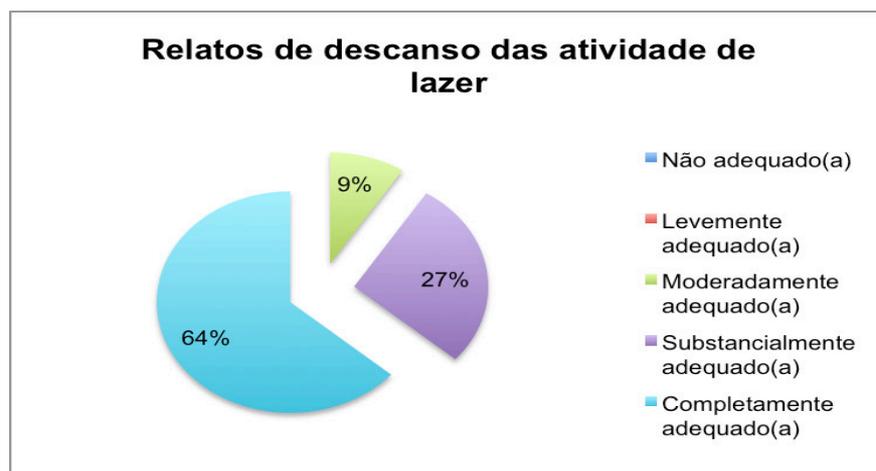


Gráfico 8 – Relatos de descanso das atividades de lazer.



Grupo destinatário: Utentes internados na UDA;
Local: Ginásio;
Data: 17/12/2013;
Hora: 11:00;
Duração: 40 minutos;
Número de participantes: 9 utentes;
Recursos materiais: Papel, canetas e fita-cola.

Objetivos Gerais:

- Permitir a interação social entre os utentes;
- Promover a comunicação entre os utentes.

Objetivos Específicos:

- Promover a expressão de sentimentos e emoções;
- Promover a compreensão de si próprio e a aceitação de si mesmo e dos outros.

Critérios de Inclusão:

- Comunicação expressiva diminuída;
- Interação/relação social diminuída.

Critérios de Exclusão:

- Ausência de motivação para participar na dinâmica de grupo;
- Dificuldade de concentração;
- Estado confusional.

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5´	- Apresentação dos enfermeiros e utentes; - Apresentação da dinâmica e dos objetivos; - Explicação do procedimento da dinâmica; - Verificação da receptividade/interesse dos utentes.	- Método afirmativo / participativo	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, receptividade e motivação dos utentes.
Etapa II Desenvolvimento	25´	Descrição da dinâmica: - Pedir aos utentes para se sentarem num círculo, sendo distribuído um lápis a cada utente; - Seguidamente com auxílio da fita-cola, coloca-se nas costas dos utentes uma folha em branco; - Cada utente deverá escrever nas costas dos restantes utentes elogios acerca da sua pessoa, correspondendo a um processo anónimo; - Posteriormente os utentes deverão ler em voz alta e partilhar com o grupo o que foi escrito; - No final os utentes deverão ainda comentar, discordar e/ou aceitar os elogios colocados no papel, promovendo o seu espírito de reflexão.	-Método afirmativo / participativo	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, motivação e participação dos utentes.
Etapa III Conclusão	10´	- Motivação dos utentes para a reflexão; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da dinâmica de grupo.	- Método afirmativo / participativo	- Avaliação formativa e imediata; - Avaliação da dinâmica de grupo através do diálogo com os utentes; - Auto-avaliação dos utentes.



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 2 de 13

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 3 de 13

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA)

Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 6 de 13

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 7 de 13

3

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 8 de 13

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

**Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e
prevenção**

Página 9 de 13

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Gráficos alusivos ao Indicador NOC “Participação no Lazer”</p>	<p>Dinâmica de grupo: “Comboio dos elogios” Data: 17/12/2013</p>
<p>Unidade de Desabituação do Algarve (UDA)</p>	<p>Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção</p>	<p>Página 11 de 13</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos alusivos ao Indicador NOC “Participação no Lazer” de acordo com a dinâmica de grupo realizada.

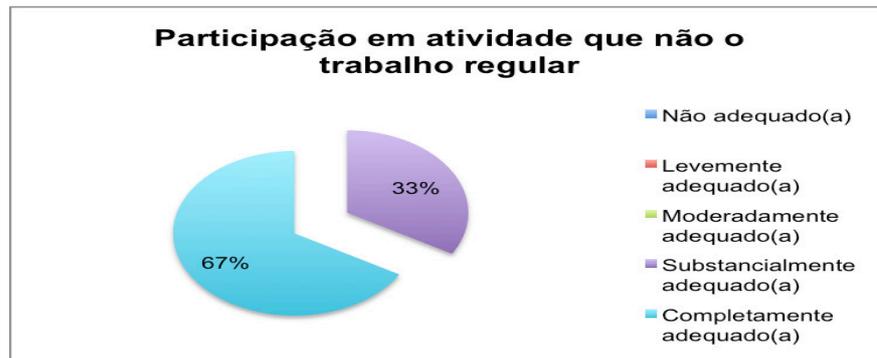


Gráfico 1 – Participação em atividade que não o trabalho regular.



Gráfico 2 – Expressão de satisfação com atividades de lazer.

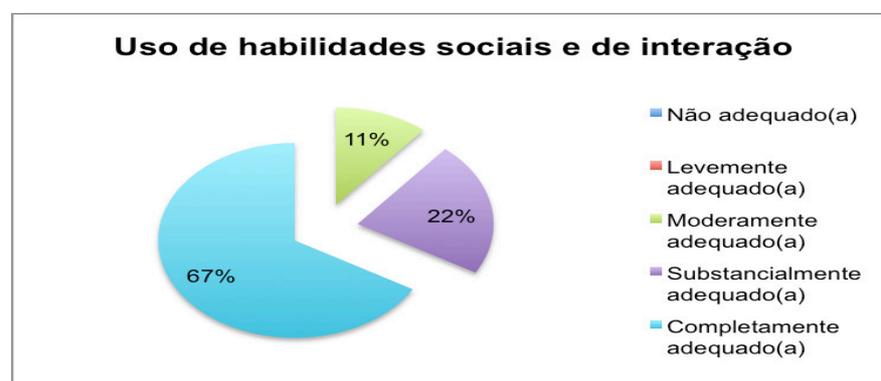


Gráfico 3 – Uso de habilidades sociais e de interação.



Gráfico 4 – Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer.



Gráfico 5 – Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer.



Gráfico 6 – Direção do próprio lazer.



Gráfico 7 – Identificação de opções de recreação.

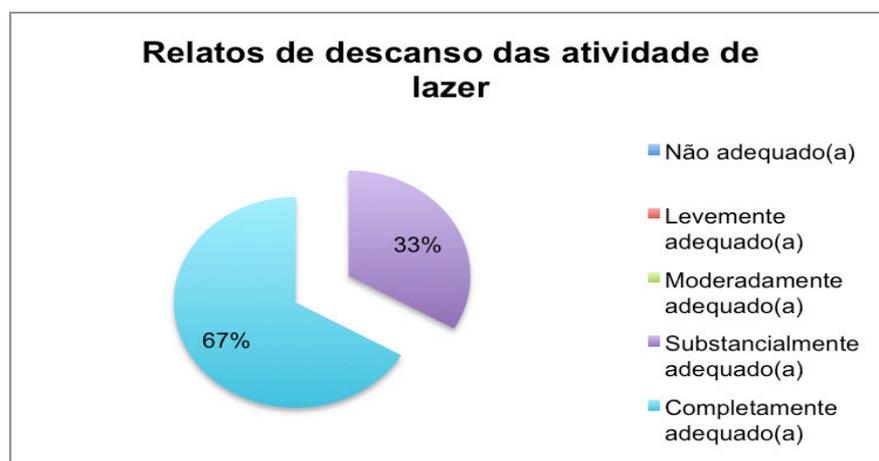


Gráfico 8 – Relatos de descanso das atividades de lazer.



<p>Grupo destinatário: Utentes internados na UDA; Local: Ginásio; Data: 18/12/2013; Hora: 11:00; Duração: 40 minutos; Número de participantes: 11 utentes; Recursos materiais: Papel e canetas.</p>		<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permitir a interação social entre os utentes; • Promover a comunicação entre os utentes. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a expressão de sentimentos e emoções; • Promover a compreensão de si próprio e a aceitação de si mesmo e dos outros. 		
<p>CrITÉrios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação expressiva diminuída; • Interação/relação social diminuída. 		<p>CrITÉrios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de motivação para participar na dinâmica de grupo; • Dificuldade de concentração; • Estado confusional. 		
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5'	- Apresentação dos enfermeiros e utentes; - Apresentação da dinâmica e dos objetivos; - Explicação do procedimento da dinâmica; - Verificação da recetividade/interesse dos utentes.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação dos utentes.
Etapa II Desenvolvimento	25'	Descrição da dinâmica: - Pedir aos utentes para se sentarem em círculo, sendo distribuída uma caneta e três recortes de papel a cada utente; - Seguidamente é solicitado aos utentes que coloquem em cada recorte de papel uma característica humana, possuindo no final três características humanas;	-Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata;



Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa II Desenvolvimento (cont.)		<ul style="list-style-type: none">- Cada utente deverá “vender” as três folhas que contêm as características humanas descritas por si, pelas folhas que os outros utentes construíram;- Posteriormente os utentes deverão ler em voz alta e partilhar com o grupo o que se encontra escrito nos três recortes de papel que têm em sua posse;- No final os utentes deverão ainda comentar, discordar e/ou aceitar as características humanas que se encontram descritas nos três recortes de papel, promovendo o espírito de reflexão e a consciencialização acerca da sua pessoa.		<ul style="list-style-type: none">- Observação do interesse, motivação e participação dos utentes.
Etapa III Conclusão	10'	<ul style="list-style-type: none">- Motivação dos utentes para a reflexão;- Conclusão das principais ideias;- Esclarecimento de dúvidas;- Avaliação da dinâmica de grupo.	<ul style="list-style-type: none">- Método afirmativo / participativo	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação formativa e imediata;- Avaliação da dinâmica de grupo através do diálogo com os utentes;- Auto-avaliação dos utentes.



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Dinâmica de grupo:
“Bingo das características humanas”
Data: 18/12/2013
Utente 1

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção

Página 3 de 16

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente e adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Dinâmica de grupo:
“Bingo das características humanas”
Data: 18/12/2013
Utente 2

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção

Página 4 de 16

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Dinâmica de grupo:
“Bingo das características humanas”
Data: 18/12/2013
Utente 3

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção

Página 5 de 16

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Dinâmica de grupo:
“Bingo das características humanas”
Data: 18/12/2013
Utente 4

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção

Página 6 de 16

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Dinâmica de grupo:
“Bingo das características humanas”
Data: 18/12/2013
Utente 5

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção

Página 7 de 16

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Dinâmica de grupo:
“Bingo das características humanas”
Data: 18/12/2013
Utente 6

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção

Página 8 de 16

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente e adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Dinâmica de grupo:
“Bingo das características humanas”
Data: 18/12/2013
Utente 7

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção

Página 9 de 16

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente e adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Dinâmica de grupo:
“Bingo das características humanas”
Data: 18/12/2013
Utente 8

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção

Página 10 de 16

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Dinâmica de grupo:
“Bingo das características humanas”
Data: 18/12/2013
Utente 9

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção

Página 11 de 16

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Dinâmica de grupo:
“Bingo das características humanas”
Data: 18/12/2013
Utente 10

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção

Página 12 de 16

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5



Indicador NOC
“Participação no Lazer”

Dinâmica de grupo:
“Bingo das características humanas”
Data: 18/12/2013
Utente 11

Unidade de Desabilitação do
Algarve (UDA)

Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção

Página 13 de 16

Participação no Lazer	Não adequado(a)	Levemente adequado(a)	Moderadamente adequado(a)	Substancialmente e adequado(a)	Completamente adequado(a)
Indicadores					
Participação em atividade que não o trabalho regular	1	2	3	4	5
Expressão de satisfação com atividades de lazer	1	2	3	4	5
Uso de habilidades sociais e de interação adequadas	1	2	3	4	5
Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer	1	2	3	4	5
Direção do próprio lazer	1	2	3	4	5
Identificação de opções de recreação	1	2	3	4	5
Relatos de descanso das atividades de lazer	1	2	3	4	5

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Gráficos alusivos ao Indicador NOC “Participação no Lazer”</p>	<p>Dinâmica de grupo: “Bingo das características humanas” Data: 18/12/2013</p>
<p>Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA)</p>	<p>Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção</p>	<p>Página 14 de 16</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos alusivos ao Indicador NOC “Participação no Lazer” de acordo com a dinâmica de grupo realizada.



Gráfico 1 – Participação em atividade que não o trabalho regular.



Gráfico 2 – Expressão de satisfação com atividades de lazer.



Gráfico 3 – Uso de habilidades sociais e de interação.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Gráficos alusivos ao Indicador NOC <i>“Participação no Lazer”</i></p>	<p>Dinâmica de grupo: “Bingo das características humanas” Data: 18/12/2013</p>
<p>Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA)</p>	<p>Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção</p>	<p>Página 15 de 16</p>



Gráfico 4 – Relatos de relaxamento decorrente de atividades de lazer.



Gráfico 5 – Demonstração de criatividade por meio de atividades de lazer.



Gráfico 6 – Direção do próprio lazer.

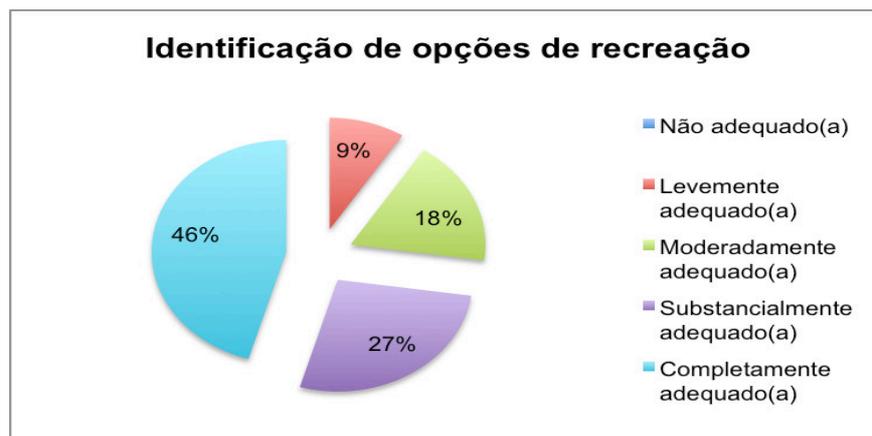


Gráfico 7 – Identificação de opções de recreação.



Gráfico 8 – Relatos de descanso das atividades de lazer.

Anexo XVIII – Projeto “*Relaxar é Viver*”



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

“Relaxar é Viver”



Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.

Serviço de Psiquiatria



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

“Relaxar é Viver”



Aluno: Andreia Faleiro, n.º 360506091

Professor Orientador: Emília Preciosa

Enfermeiro tutor: Bruno Henriques

Junho, 2013

“O relaxamento é apenas uma componente de controlo do stress”

(Payne, 2003, p. 13)

Índice

Introdução	9
1. Objetivos das Sessões de Relaxamento	13
1.1 Objetivos gerais	13
1.2 Objetivos específicos	13
2. Aspetos Gerais nas Sessões de Relaxamento	13
2.1 Ambiente.....	14
2.2 Confidencialidade	14
2.3 Posição	14
2.4 Introdução	14
2.5 Ação	15
2.6 Finalização	15
3. Focos de Atenção e Diagnósticos de Enfermagem	15
3.1 Focos de atenção	15
3.2 Diagnósticos de enfermagem.....	16
4. Critérios de Inclusão e Exclusão dos Utentes	16
4.1 Critérios de inclusão	16
4.2 Critérios de exclusão.....	16
5. Relaxamento Progressivo de Jacobson	17
5.1 Guião do relaxamento progressivo de Jacobson.....	18
6. Respiração Abdominal	18
6.1 Guião da respiração Abdominal.....	20
7. Planeamento das Sessões de Relaxamento	20
8. Avaliação das Sessões de Relaxamento	20
8.1 Indicadores de resultados	21
8.2 Grelha de avaliação das sessões de relaxamento	22
Conclusão	23
Referências Bibliográficas	25
Anexos	27
Anexo I - Guião do Relaxamento Progressivo de Jacobson	29
Anexo II - Guião da Respiração Abdominal.....	31
Anexo III - Planeamento das Sessões de Relaxamento Progressivo de Jacobson	33
Anexo IV - Planeamento das Sessões de Relaxamento - Respiração Abdominal	35
Anexo V - Grelhas de Avaliação das Sessões de Relaxamento - Relaxamento Progressivo de Jacobson	37
Anexo VI - Grelhas de Avaliação das Sessões de Relaxamento -Respiração Abdominal.....	39

Introdução

A realização deste projeto intitulado de “*Relaxar é Viver*” surge no âmbito da realização do módulo II da unidade curricular estágio com o intuito de desenvolver competências na crise do adulto.

Após a análise das necessidades dos utentes no que concerne aos seus diagnósticos clínicos e de enfermagem e de acordo com os objetivos individuais de estágio, eis que torna-se pertinente intervir em concordância com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica nomeadamente em prestar *“cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, (...) de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”* (OE, 2010, p. 7).

Neste sentido, as técnicas de relaxamento assumem distinta importância no quotidiano dos utentes, visto que possibilitam a promoção do bem-estar físico e psicológico e a adoção de estados profundos de relaxamento com finalidades terapêuticas no âmbito da saúde, nomeadamente na área da saúde mental e psiquiátrica.

Segundo Payne (2003, p. 3) citando Ryman (1995), o relaxamento é *“como um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”*. Assim sendo, durante o relaxamento, o organismo alivia a tensão muscular, bem como promove sentimentos de paz e tranquilidade, inibindo os pensamentos causadores de stresse ou perturbadores da tranquilidade e contribuindo para a *“diminuição da tensão ou intensidade, resultando no descanso do corpo e mente”* (Townsend, 2011, p. 228).

As técnicas de relaxamento permitem a neutralização do sistema nervoso simpático e acionam o sistema nervoso parassimpático, ou seja, diminuem a tensão arterial, a frequência cardíaca, a frequência respiratória, a velocidade de coagulação do sangue, o fluxo de sangue para os músculos voluntários, o nível de glicose no sangue, a acuidade dos sentidos e a atividade das glândulas sudoríparas, moderam o ritmo

metabólico, reduzem a tensão muscular, dilatam os vasos sanguíneos, aumentam a criatividade, memória, capacidade de concentração e diminuem a distração. Um outro aspeto que poderá sofrer alterações, prende-se com a melhoria do funcionamento adaptativo (Payne, 2003 & Townsend, 2011).

Durante estas sessões, podem utilizar-se dois métodos diferentes de relaxamento, sendo eles o relaxamento físico e o relaxamento psicológico. O relaxamento físico, inclui o relaxamento progressivo de Jacobson, o relaxamento muscular passivo, o relaxamento aplicado, o treino de relaxamento comportamental, o método de Mitchell, a técnica de Alexander, o relaxamento diferencial, os alongamentos, o exercício físico e a respiração abdominal (Payne, 2003 & Townsend, 2011). Relativamente ao relaxamento psicológico, abrange a consciencialização, as imagens mentais, a visualização dirigida para objetivos, o treino autogénico, a meditação e o método de Benson (Payne, 2003 & Townsend, 2011). Realça-se, que as sessões de relaxamento tanto podem incluir os métodos de relaxamento físico e psicológico em simultâneo como em separado.

Para a realização deste projeto e tendo em consideração as técnicas do relaxamento físico e psicológico acima referenciadas, optou-se por selecionar e aprofundar conhecimentos teóricos e práticos relativamente à técnica do relaxamento físico, mais propriamente ao relaxamento progressivo de Jacobson e à técnica da respiração abdominal.

De modo a delinear os objetivos e as intervenções relativamente a este projeto, foi necessário conhecer aprofundadamente os utentes internados no serviço de psiquiatria do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA) E.P.E., sua história clínica, antecedentes pessoais e familiares, hábitos e estilos de vida e as suas dinâmicas familiares e sociais. Deste modo, realizou-se a consulta dos seus processos clínicos, assim como procedeu-se à realização de entrevista com recurso à interação e comunicação com os utentes, observando os seus comportamentos e condutas. No espaço temporal, em que esta análise foi realizada, constatou-se que a maioria os utentes que se encontravam internados no serviço de psiquiatria do CHBA correspondiam a utentes com sintomatologia depressiva e ansiedade.

A ansiedade segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é a *“emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumenta da*

transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula” (CIPE, 2005, p. 85).

Analogamente ao descrito pela CIPE, a depressão é a *“emoção com as características específicas: estado no qual a disposição está reprimida, causando tristeza, melancolia, astenia, deterioração da compreensão, concentração diminuída, sensação de culpa, e sintomas físicos incluindo perda de apetite, insónia e dor de cabeça”* (CIPE, 2005, p. 85).

A aquisição de estados de relaxamento profundo contribuirão para reduzir os níveis de ansiedade e conseqüentemente a sintomatologia depressiva e os pensamentos suicidários, isto porque os utentes mais relaxados, apresentam um acesso mais facilitado à memória, o qual contribuí para um pensamento claro e lógico, cooperando na gestão da ansiedade no seu dia-a-dia (Payne, 2003).

Os conteúdos que se seguem, irão abordar os benefícios terapêuticos da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson e do relaxamento através da respiração abdominal nos utentes com sintomatologia depressiva e ansiedade, os objetivos das sessões de relaxamento, os aspetos gerais nas sessões de relaxamento, os focos de atenção e diagnósticos de enfermagem, os critérios de inclusão e exclusão dos utentes, o relaxamento progressivo de Jacobson, a técnica da respiração abdominal, o planeamento das sessões de relaxamento, a avaliação das sessões de relaxamento.

1. Objetivos das Sessões de Relaxamento

As sessões de relaxamento evidenciadas visam reduzir a sintomatologia associada à ansiedade e depressão. Neste sentido serão delineados objetivos gerais e específicos para as sessões de relaxamento a realizar, sendo eles:

1.1 Objetivos gerais:

- Promover o bem-estar físico e psicológico;
- Promover o relaxamento muscular.

1.2 Objetivos específicos:

- Reduzir sinais e sintomas da ansiedade;
- Evitar a insónia;
- Estimular a capacidade de concentração;
- Diminuir a tensão muscular;
- Abstrair de pensamentos nefastos.

A obtenção destes objetivos trará benefícios a nível da saúde física e da saúde mental para os utentes evidenciando impacto na sua vida quotidiana futura.

2. Aspetos Gerais nas Sessões de Relaxamento

No decorrer das sessões de relaxamento, torna-se necessário ter em consideração alguns aspetos, nomeadamente os relacionados com o ambiente, confidencialidade, posição, introdução, ação e finalização (Payne, 2003).

2.1 Ambiente

O ambiente onde irão decorrer as sessões de relaxamento deve ser um sítio calmo, sossegado, ausente de ruídos, distúrbios e interrupções e com uma temperatura amena (Payne, 2003).

2.2 Confidencialidade

No início das sessões de relaxamento deverá ser referido aos utentes que as sessões serão realizadas tendo com princípio básico a confidencialidade, de acordo com o sigilo profissional. Entende-se por confidencialidade que num determinado contexto *“nada daquilo que um membro mencione numa sessão deve ser referido, por outro membro qualquer, fora da sessão”* (Payne, 2003, p. 15).

2.3 Posição

Nas sessões de relaxamento podem ser adotadas tanto a posição de sentado como a posição de deitado, no entanto *“a posição de deitado é preferível à posição de sentado, já que um corpo totalmente apoiado libertar-se-á mais prontamente da sua tensão”* (Payne, 2003, p. 16).

No entanto, a posição de deitado apresenta algumas desvantagens, nomeadamente porque esta posição não é a posição que mais facilmente se adequa à realidade quotidiana dos utentes e também porque nesta posição os utentes poderão adormecer com maior facilidade (Payne, 2003).

2.4 Introdução

Antes de iniciar a técnica do relaxamento, deverá fazer-se uma introdução acerca da pertinência do relaxamento, expondo os objetivos das sessões e descrevendo o método e o procedimento que será realizado.

Através desta introdução pretende-se que os utentes fiquem motivados para participar nas sessões, assim como para exporem e esclarecerem as dúvidas que apresentem no momento (Payne, 2003).

2.5 Ação

Durante a execução da técnica do relaxamento o tom de voz deve ser suave e calmo e o ritmo do discurso deve ser pausado. Segundo Bernstein & Borkovec (1973) citado por Payne (2003, p. 17) refere que o tom de voz deve ser “*suave e sossegado, talvez até monótono, mas não propositadamente hipnótico*”.

As pausas entre as frases devem ser espaçadas permitindo que os utentes tenham o tempo necessário para realizarem a ação solicitada (Payne, 2003).

2.6 Finalização

O termo da técnica do relaxamento deve ser gradual, “*permitindo ao participante um retorno vagaroso ao estado de vigília*” (Payne, 2003, p. 17).

3. Focos de Atenção e Diagnósticos de Enfermagem

A análise dos focos de atenção e dos diagnósticos de enfermagem dos utentes internados no serviço de psiquiatria do CHBA serão apresentados seguidamente, na medida em que foram pertinentes para a elaboração dos critérios de inclusão e exclusão dos utentes a frequentar as sessões de relaxamento.

3.1 Focos de atenção:

- Bem-estar;
- Bem-estar físico;
- Bem-estar psicológico;
- Insónia;
- Ansiedade;
- Vontade de viver;
- Auto – estima;
- Humor.

3.2 Diagnósticos de enfermagem

- Bem-estar alterado;
- Bem-estar físico alterado;
- Bem-estar psicológico alterado;
- Insónia presente;
- Ansiedade presente;
- Vontade de viver diminuída;
- Auto – estima diminuída;
- Humor alterado.

4. Critérios de Inclusão e Exclusão dos Utentes

De modo a planear as sessões de relaxamento torna-se necessário definir critérios de inclusão e exclusão dos utentes, sendo deste modo possível eleger quais os utentes com critérios para participar nas sessões de relaxamento e quais os utentes em que a sua participação está contra-indicada.

4.1 Critérios de inclusão:

- Ansiedade;
- Depressão;
- Ausência de vontade de viver;
- Ausência de auto-estima;
- Insónia;
- Processo social comprometido;
- Comunicação comprometida.

4.2 Critérios de exclusão:

- Ausência de motivação para participar nas sessões de relaxamento;
- Auto-controlo impulso agressividade ineficaz;
- Défice intelectual;

- Percepção alterada;
- Pensamento alterado;
- Estado confusional.

5. Relaxamento Progressivo de Jacobson

A técnica do relaxamento progressivo de Jacobson foi desenvolvida em 1929 por Chicago Edmond Jacobson, médico de profissão (Townsend, 2011) e que “*conseguiu demonstrar que o pensamento está relacionado com o estado muscular*” (Payne, 2003, p. 35).

Esta técnica encontra-se baseada na “*premissa de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam ansiedade através da tensão muscular*” (Townsend, 2011, p. 230) e consiste no processo de contração/descontração de 16 grupos musculares com o intuito de libertar a tensão muscular e mental de modo a promover o relaxamento profundo. O processo de uma contração profunda, permitirá consecutivamente um processo de relaxamento sereno e a consciencialização entre os contrastes existentes nos processos de contração/descontração (Payne, 2003).

Através dos seus estudos, Jacobson verificou que “*da mesma forma que uma mente calma reflete um corpo liberto de tensão, (...) uma musculatura descontraída seria automaticamente acompanhada pela tranquilização dos pensamentos e redução da atividade simpática*” (Payne, 2003, p. 36) assim uma “*musculatura descontraída tinha um efeito calmante sobre a mente (...). No corpo totalmente relaxado, a mente seria um espaço vazio*” (Payne, 2003, p. 40) onde “*o indivíduo, contudo, não fez qualquer esforço para parar o pensamento*” (Payne, 2003, p. 41).

Durante as sessões do relaxamento progressivo de Jacobson será pedido aos utentes para se concentrarem nas sensações provenientes do processo de contração/descontração dos 16 grupos musculares, nomeadamente dos músculos da mão direita, braço direito, mão esquerda, braço esquerdo, sobancelhas, olhos, boca, pescoço, ombros, abdómen, coxa direita, perna direita, pé direito, coxa esquerda, perna esquerda e pé esquerdo e que reconheçam a diferença existente entre a presença da tensão muscular e a sua ausência.

Segundo Davis, Eshelman & McKay (2008) citado por Townsend (2011, p. 231) alguns dos resultados obtidos com o relaxamento progressivo de Jacobson foram

observados “no tratamento da tensão muscular, ansiedade, insónia, depressão, fadiga, intestino irritável, espasmos musculares, dores no pescoço e nas costas, pressão arterial elevada, fobias ligeiras e gaguez”. Da mesma opinião partilha o autor Payne (2003, p. 42) ao citar Jacobson (1938) referindo que “o relaxamento progressivo tem um efeito indireto nos níveis de ansiedade e que, através da mediação do cérebro, proporciona um domínio do parassimpático”.

5.1 Guião do relaxamento progressivo de Jacobson

O guião a utilizar nas sessões do relaxamento progressivo de Jacobson será apresentado no anexo I.

6. Respiração Abdominal

O relaxamento através da respiração abdominal “visa diretamente o sistema nervoso autónomo, um fato a acrescentar às potencialidades da respiração como método de indução de relaxamento” (Lichstein, 1988 citado por Payne, 2003, p. 139). Esta técnica refere-se “à expansão para baixo da cavidade torácica” (Payne, 2003, p. 142), onde “o diafragma contraído pressiona os órgãos, provoca uma ligeira dilatação do abdómen. De igual modo, quando o diafragma relaxado liberta a pressão sobre os órgãos, o abdómen volta a diminuir” (Payne, 2003, p. 143).

De um modo intrínseco, a respiração e o relaxamento encontra-se interligados, ou seja, “o ritmo natural de respiração de um indivíduo em repouso é lento, e uma vez que a necessidade de oxigénio é reduzida, a respiração tende de igual modo a ser bastante superficial” (Payne, 2003, p. 142).

A realização desta técnica, torna-se pertinente porque “ao diminuir conscientemente o ritmo da respiração, pode ser possível contrariar os efeitos do stress nervoso simpático e geralmente combater os sintomas de despertar” (Payne, 2003, p. 216) e neste caso concreto, “uma vez que o stress está associado a movimentos respiratórios apicais (costal superior) e o relaxamento a movimentos respiratórios abdominais, a respiração centrada no abdómen tenderá a provocar efeitos tranquilizantes” (Payne, 2003, p.217).

Este tipo de tratamento visa *“aumentar os níveis de dióxido de carbono dissolvido no sangue arterial e reprogramar o centro respiratório”* (Payne, 2003, p. 146) alterando a frequência e a profundidade da respiração, através de uma inspiração suave, sucedida de uma expiração atenua (Payne, 2003).

No decorrer do processo respiratório o utente deverá focalizar a sua atenção no padrão respiratório, colocando *“o indivíduo em contacto com o processo respiratório e ajuda-o a sentir algum controlo sobre o mesmo. A consciencialização da respiração começa com uma exploração dos movimentos do tórax e do abdómen que acompanham a respiração”* (Payne, 2003, p. 141).

Durante a realização da técnica da respiração abdominal *“a tensão é libertada quando os pulmões podem inspirar tanto oxigénio quanto possível”* (Townsend, 2011, p. 230), tendo sido considerada produtiva e eficiente na diminuição da ansiedade, tensão muscular, depressão, fadiga e irritabilidade (Townsend, 2011).

Esta técnica torna-se útil de empregar *“sempre que uma pessoa esta sob tensão, uma vez que o stress tende a aumentar a ventilação”* (Payne, 2003, p. 144), no entanto torna-se pertinente estar atento a alguns efeitos secundários como as tonturas, dores de cabeça, perturbações visuais, parestesias, ansiedade, dores no peito e ataques de pânico (Payne, 2003).

De realçar que as técnicas respiratórias para a indução do relaxamento apresentam a vantagem de serem fáceis de realizar e podem ser realizadas em qualquer local, desde que o ambiente seja adequado e propício ao seu desenvolvimento (Payne, 2003). Deste modo, torna-se importante instruir os utentes acerca do procedimento desta técnica, possibilitando a sua utilização em contexto domiciliário, com o intuito de controlar e reduzir alguns dos sinais e sintomas provenientes da doença.

Assim sendo, *“devido à associação entre ansiedade e hiperventilação, o relaxamento tem um papel a desempenhar como um preliminar à re-educação respiratória e como componente para lidar com o stress”* (Payne, 2003, p. 147).

Na ótica de Davis, Eshelman & McKay (2008) e Sobel & Ornstein (1996) citado por Townsend (2011, p. 230) os exercícios da respiração abdominal *“foram considerados eficazes na redução da ansiedade, depressão, irritabilidade, tensão muscular e fadiga”*.

Segundo Lichstein (1988) citado por Payne (2003, p. 217) enuncia que *“a inspiração desvia a atenção de pensamentos causadores de stress; a retenção da respiração*

aumenta o nível de Pco₂, induzindo uma letargia suave, e a expiração lenta ajuda a diminuir a tensão muscular”, daí a eficácia da sua aplicabilidade.

6.1 Guião da respiração Abdominal

O guião a utilizar nas sessões do relaxamento através da respiração abdominal será apresentado no anexo II.

7. Planeamento das Sessões de Relaxamento

De modo a implementar as sessões de relaxamento, torna-se necessário desenvolver um planeamento prévio, que contemple os objetivos gerais e específicos, os critérios de inclusão e exclusão dos utentes, os conteúdos a abordar, as três fases a desenvolver (introdução, desenvolvimento e conclusão), os métodos a implementar e a avaliação a realizar no final das sessões de relaxamento. Em anexo serão apresentados os planeamentos das sessões do relaxamento progressivo de Jacobson (Anexo III) e da técnica da respiração abdominal (Anexo IV) a realizar aos utentes internados no serviço de psiquiatria do CHBA.

8. Avaliação das Sessões de Relaxamento

A avaliação realizada nas sessões de relaxamento, deverá cobrir as componentes psicológicas, comportamentais e fisiológicas, permitindo a verificação da eficácia das técnicas de relaxamento selecionadas, bem como validando se os utentes estão a alcançar os objetivos inicialmente propostos.

O processo de avaliação das sessões de relaxamento ocorrerá através da medição fisiológica dos parâmetros vitais no início e no final das sessões de relaxamento, da observação direta durante as sessões e da auto-avaliação realizada pelos utentes no final das sessões, permitindo que estes avaliem-se a si próprios e aos seus sentimentos e emoções no final das sessões.

O método de avaliação relacionado com a medição fisiológica, permite a avaliação da frequência cardíaca, da tensão arterial e da tensão muscular. Estes indicadores de

resultados *“indicam o nível de despertar fisiológico no indivíduo e o teste ou testes são realizados antes e depois das sessões de relaxamento”* (Payne, 2003, p. 230).

A observação é tida como outro recurso no processo de avaliação, pois através dela consegue-se *“corroborar a informação recolhida através das outras fontes”* (Payne, 2003, p. 231).

O método de avaliação relacionado com a auto-avaliação caracteriza-se pela avaliação que o utente faz de si próprio no final da sessão. Embora se trate de uma *“avaliação altamente subjetiva, é contudo considerada de grande valor, uma vez que o relaxamento é tido como um estado interno com uma forte componente subjetiva”* (Payne, 2003, p. 229). Desta forma, os utentes são incentivados a descrever e analisar os seus sentimentos e emoções, bem como são estimulados a exprimir as suas dificuldades de concentração e os momentos em que ocorreram.

Ainda durante o processo de avaliação, os utentes serão abordados acerca das suas expectativas relativamente às sessões realizadas, ou seja, serão interpelados no sentido de verbalizarem e argumentarem se conseguem alcançar os objetivos propostos e enunciarem os aspetos positivos e negativos das sessões de relaxamento.

A utilização destas três medidas de avaliação durante as sessões de relaxamento realizadas, encontram fundamento no fato de *“que nenhuma das medidas acima apresentadas oferece individualmente uma solução perfeita, e como o relaxamento é um estado multimodal, a avaliação inclui idealmente várias medidas, que refletem cada uma delas uma diferente dimensão do relaxamento”* (Payne, 2003, p. 231), daí a primordial conjugação destas três medidas de avaliação.

8.1 Indicadores de resultados

Os indicadores de resultados, representam os efeitos no que concerne aos resultados obtidos nas sessões de relaxamento, ou seja, eles revelam os indícios das sessões de relaxamento nos utentes, sendo eles:

- Avaliação do pulso;
- Avaliação da tensão arterial;
- Contração/descontração de pelo menos 8 grupos de músculos;
- Realização de pelo menos 5 ciclos respiratórios;
- Abstração de pensamentos;
- Sentimentos transmitidos no final das sessões;

- Capacidade de concentração.

8.2 Grelha de avaliação das sessões de relaxamento

As grelhas de avaliação das sessões de relaxamento serão apresentados no anexo V e VI, onde serão incluídos os indicadores de resultado, permitindo deste modo a avaliação da eficácia e pertinência das sessões de relaxamento realizadas.

Conclusão

Os eventos agradáveis e desagradáveis do quotidiano proporcionam nos utentes sentimentos de ansiedade, no entanto está ansiedade deverá requerer um reajustamento quando interfere na vida diária destes utentes promovendo a sua adaptação. No entanto, quando este reajustamento não ocorre limita a qualidade de vida e bem-estar físico e mental dos utentes. Torna-se assim fundamental adequar as intervenções de enfermagem às necessidades dos utentes e aos seus diagnósticos de enfermagem, contribuindo para a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental.

Através da realização destas sessões de relaxamento pretende-se que os utentes adquiram conhecimentos básicos para que após a alta consigam expor os seus conhecimentos de modo a obterem efeitos positivos, ou seja, que aprendam a *“monitorizar todas as sensações de tensão, simultânea e automaticamente, e a aliviar as que não são necessárias, num processo contínuo”* (Payne, 2003, p. 42).

A evidência científica refere que algumas das manifestações dos estados de relaxamento profundo potenciam nos utentes manifestações psicológicas, cognitivas e comportamentais, nomeadamente, no que concerne à menor atenção para estímulos do ambiente externo que causam a distração, adoção de uma postura física mais serena, calma e tranquila, maneirismos comuns (olhos fechados, boca aberta, mãos abertas, dedos curvados e cabeça levemente inclinada para um dos lados), aumenta a criatividade, memória e a capacidade de concentração, diminuição da frequência respiratória e cardíaca, diminuição da tensão arterial, diminuição da tensão muscular, pupilas contraídas e vasodilatação (Townsend, 2011). As evidências científicas mostram ainda que *“um programa de educação, relaxamento e respiração abdominal ajuda a aliviar a situação em 94% dos participantes”* (Payne, 2003, p. 147 citando Pinney e colegas, 1987).

No decorrer das sessões de relaxamento pretende-se comparar os resultados obtidos com os resultados passíveis de obter, avaliando assim a eficácia das sessões de relaxamento realizadas, e deste modo constatando a sua eficácia e aspetos a melhorar.

Referências Bibliográficas

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). 2005. Versão 1.

Payne, R. 2003. Técnicas de Relaxamento. Loures: Lusociência.

Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. 2010. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Townsend, M. 2011. Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Loures: Lusociência.

Anexos

Anexo I – Guião do Relaxamento Progressivo de Jacobson

Guião do Relaxamento Progressivo de Jacobson

1. Assuma uma postura confortável, seja ela sentada ou deitada;
2. Se o utente encontrar-se deitado: Coloque-se confortavelmente em decúbito dorsal com as mãos sobre o colchão;
3. Se o utente encontrar-se sentado: Sente-se numa cadeira confortavelmente, com as mãos no colo e os pés assentes no chão;
4. Feche os olhos suavemente;
5. Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos ... (pausa) ... de todos os pensamentos que lhe perturbam ... (pausa) ... de todas as preocupação exteriores ... (pausa) ... e sinta-se relaxado;
6. Concentre-se na sua respiração;
7. Respire calmamente a um ritmo regular e profundo ... (pausa) ... sinta a suavidade da sua respiração ... (pausa) ... inspire pelo nariz ... (pausa) ... e expira pela boca;
8. Sinta-se completamente relaxado, sereno e tranquilo;
9. **Mão direita** - Concentre toda a sua atenção nos músculos da sua mão direita ... (pausa) ... feche a sua mão direita ... (pausa) ... contraia os músculos da sua mão direita durante 5 segundos ... (pausa) ... sinta a tensão da sua mão e antebraço direito ... (pausa) ... os músculos da sua mão direita estão agora tensos e contraídos ... (pausa) ... e em 10 segundos vai abrir muito lentamente a sua mão direita ... (pausa) ... os músculos da sua mão direita estão agora completamente relaxados e descontraídos;
10. Agora você sente-se leve, tranquilo, sereno e em paz ... (pausa) ... e os seus músculos encontram-se completamente relaxados;
11. **Braço direito** - Concentre toda a sua atenção nos músculos do seu braço direito ... (pausa) ... empurre o cotovelo direito contra o colchão ... (pausa) ... contraia os músculos do seu braço direito durante 5 segundos ... (pausa) ... sinta a tensão do seu braço direito ... (pausa) ... os músculos do braço direito estão agora tensos e contraídos ... (pausa) ... e em 10 segundos os músculos do seu braço direito irão ficar completamente relaxados e descontraídos;
12. Agora você sente-se leve, tranquilo, sereno e em paz ... (pausa) ... e os seus músculos encontram-se completamente relaxados;

13. **Mão esquerda** - Concentre toda a sua atenção nos músculos da sua mão esquerda ... (pausa) ... feche a sua mão esquerda ... (pausa) ... contraia os músculos da sua mão esquerda durante 5 segundos ... (pausa) ... sinta a tensão da sua mão e antebraço esquerdo ... (pausa) os músculos da sua mão esquerda estão agora tensos e contraídos ... (pausa) e em 10 segundos vai abrir muito lentamente a sua mão esquerda ... (pausa) ... os seus músculos da mão esquerda estão agora completamente relaxados e descontraídos;
14. Agora você sente-se leve, tranquilo, sereno e em paz ... (pausa) ... e os seus músculos encontram-se completamente relaxados;
15. **Braço esquerdo** - Concentre toda a sua atenção nos músculos do seu braço esquerdo ... (pausa) ... empurre o cotovelo esquerdo contra o colchão ... (pausa) ... contraia os músculos do seu braço esquerdo durante 5 segundos ... (pausa) ... sinta a tensão do seu braço esquerdo ... (pausa) ... os músculos do seu braço esquerdo estão agora tensos e contraídos ... (pausa) e em 10 segundos os músculos do seu braço esquerdo irão ficar completamente relaxados e descontraídos;
16. Agora você sente-se leve, tranquilo, sereno e em paz ... (pausa) ... e os seus músculos encontram-se completamente relaxados;
17. **Sobrancelhas** - Concentre toda a sua atenção nas suas sobrancelhas ... (pausa) ... faça rugas na testa ... (pausa) ... contraia os músculos da sua testa durante 5 segundos ... (pausa) ... os músculos da sua testa estão agora tensos e contraídos ... (pausa) e em 10 segundos irão ficar completamente relaxados e descontraídos;
18. Agora você sente-se leve, tranquilo, sereno e em paz ... (pausa) ... e os seus músculos encontram-se completamente relaxados;
19. **Olhos** - Concentre toda a sua atenção nos músculos dos seus olhos ... (pausa) ... feche os seus olhos com força e levante o nariz ... (pausa) ... contraia os músculos durante 5 segundos ... (pausa) ... sinta a tensão em redor dos seus olhos ... (pausa) os seus músculos estão agora tensos e contraídos ... (pausa) e em 10 segundos irão ficar relaxados ... (pausa) ... os seus músculos estão agora completamente relaxados e descontraídos;
20. Agora você sente-se leve, tranquilo, sereno e em paz ... (pausa) ... e os seus músculos encontram-se completamente relaxados;
21. **Boca** - Concentre toda a sua atenção nos músculos da sua boca ... (pausa) ... cerre os seus dentes com força e puxe os cantos da boca para trás como se estivesse a rir exageradamente ... (pausa) ... contraia os músculos durante 5 segundos ... (pausa) ...

- sinta a tensão dos músculos da sua boca ... (pausa) os seus músculos estão agora tensos e contraídos ... (pausa) ... e em 10 segundos irá começar a descontraír ... (pausa) ... os seus músculos estão agora completamente relaxados e descontraídos;
22. Agora você sente-se leve, tranquilo, sereno e em paz ... (pausa) ... os seus músculos encontram-se completamente relaxados;
23. **Pescoço** - Concentre agora toda a sua atenção nos músculos do seu pescoço ... (pausa) ... puxe o seu queixo em direção ao peito ... (pausa) ... e contraia os músculos do seu pescoço durante 5 segundos ... (pausa) ... sinta a tensão nos músculos do seu pescoço ... (pausa) os seus músculos estão agora tensos e contraídos ... (pausa) ... e em 10 segundos os músculos do seu pescoço irão ficar descontraídos ... (pausa) ... os seus músculos estão agora completamente relaxados e descontraídos;
24. Agora você sente-se leve, tranquilo, sereno e em paz ... (pausa) ... os seus músculos encontram-se completamente relaxados;
25. **Ombros** - Concentre agora toda a sua atenção nos músculos dos seus ombros ... (pausa) ... puxe os seus ombros para trás até as omoplatas se tocarem ... (pausa) ... contraia os músculos dos seus ombros durante 5 segundos ... (pausa) ... sinta a tensão dos músculos dos seus ombros, peito e costas ... (pausa) os músculos dos seus ombros estão agora tensos e contraídos ... e em 10 segundos irão ficar descontraídos ... (pausa) ... irá sentir os músculos a perderem a sua tensão e a relaxam pausadamente ... (pausa) ... os músculos dos seus ombros estão agora completamente relaxados e descontraídos;
26. Agora você sente-se leve, tranquilo, sereno e em paz ... (pausa) ... os seus músculos encontram-se completamente relaxados;
27. **Abdómen** - Concentre agora toda a sua atenção nos músculos do seu abdómen ... (pausa) ... contraia fortemente os músculos da sua barriga em 5 segundos, até senti-los duros ... (pausa) ... sinta ainda a tensão em redor do seu umbigo ... (pausa) os músculos do seu abdómen estão agora tensos e contraídos ... (pausa) e em 10 segundos irão ficar descontraídos ... (pausa) ... irá sentir os músculos a perderem a sua tensão e a relaxam pausadamente ... (pausa) ... os seus músculos estão agora completamente relaxados e descontraídos;
28. Agora você sente-se leve, tranquilo, sereno e em paz ... (pausa) ... os seus músculos encontram-se completamente relaxados;

29. **Coxa direita** - Concentre toda a sua atenção nos músculos da sua coxa direita ... (pausa) ... contraia em 5 segundos os músculos da sua coxa direita ... (pausa) ... sinta a tensão nos músculos da sua coxa direita ... (pausa) os músculos da sua coxa direita estão agora tensos e contraídos ... (pausa) e em 10 segundos irão ficar descontraídos ... (pausa) ... os seus músculos estão agora completamente relaxados e descontraídos;
30. Agora você sente-se leve, tranquilo, sereno e em paz ... (pausa) ... os seus músculos encontram-se completamente relaxados;
31. **Perna direita** - Concentre toda a sua atenção nos músculos da sua perna direita ... (pausa) ... empurre os dedos do seu pé direito para cima de forma a que a barriga da sua perna fique dura ... (pausa) ... contraia os músculos da sua perna direita durante 5 segundos ... (pausa) ... sinta a tensão nos músculos da sua perna direita ... (pausa) os seus músculos estão agora tensos e contraídos ... (pausa) e em 10 segundos os músculos da sua perna direita irão ficar descontraídos ... (pausa) ... os seus músculos estão agora completamente relaxados e descontraídos;
32. Agora você sente-se leve, tranquilo, sereno e em paz ... (pausa) ... os seus músculos encontram-se completamente relaxados;
33. **Pé direito** - Concentre toda a sua atenção nos músculos do seu pé direito ... (pausa) ... vire o seu pé direito para dentro e encolha o pé com os dedos para baixo ... (pausa) ... contraia os músculos do seu pé direito durante 5 segundos ... (pausa) ... sinta a tensão nos músculos do seu pé direito ... (pausa) ... os seus músculos estão agora tensos e contraídos ... (pausa) e em 10 segundos os músculos do seu pé direito irão ficar descontraídos ... (pausa) ... os seus músculos estão agora completamente relaxados e descontraídos;
34. Agora você sente-se leve, tranquilo, sereno e em paz ... (pausa) ... os seus músculos encontram-se completamente relaxados;
35. **Coxa esquerda** - Concentre toda a sua atenção nos músculos da sua coxa esquerda ... (pausa) ... contraia os músculos da sua coxa esquerda durante 5 segundos ... (pausa) ... sinta a tensão na sua coxa esquerda ... (pausa) os músculos da sua coxa esquerda estão agora tensos e contraídos ... (pausa) e em 10 segundos os músculos da sua coxa esquerda irão ficar descontraídos ... (pausa) ... os seus músculos estão agora completamente relaxados e descontraídos;

36. Agora você sente-se leve, tranquilo, sereno e em paz ... (pausa) ... os seus músculos encontram-se completamente relaxados;
37. **Perna esquerda** - Concentre toda a sua atenção nos músculos da sua perna esquerda ... (pausa) ... empurre os dedos do seu pé esquerdo para cima de forma a que a barriga da sua perna fique dura ... (pausa) ... contraia os músculos da sua perna esquerda durante 5 segundos ... (pausa) ... sinta a tensão nos músculos da sua perna esquerda ... (pausa) ... os seus músculos estão agora tensos e contraídos ... (pausa) e em 10 segundos os músculos da sua perna esquerda irão ficar descontraídos ... (pausa) ... os seus músculos estão agora completamente relaxados e descontraídos;
38. Agora você sente-se leve, tranquilo, sereno e em paz ... (pausa) ... os seus músculos encontram-se completamente relaxados;
39. **Pé esquerdo** - Concentre toda a sua atenção nos músculos do seu pé esquerdo ... (pausa) ... vire o seu pé esquerdo para dentro e encolha o pé com os dedos para baixo ... (pausa) ... contraia os músculos do seu pé esquerdo durante 5 segundos ... (pausa) ... sinta a tensão nos músculos do seu pé esquerdo... (pausa) os seus músculos estão agora tensos e contraídos ... (pausa) e em 10 segundos os músculos do seu pé esquerdo irão ficar descontraídos ... (pausa) ... os seus músculos estão agora completamente relaxados e descontraídos;
40. Agora você sente-se leve, tranquilo, sereno e em paz ... (pausa) ... os seus músculos encontram-se completamente relaxados;
41. Inspire progressivamente e lentamente pelo nariz ... (pausa) ... deixe o ar entrar ... (pausa) ... sinta-o a encher os pulmões ... (pausa) ... e sustenha a respiração ... (pausa) ... agora expire lentamente ... (pausa) ... deixando o ar sair através da boca ... (pausa) ... e sinta os pulmões as esvaziarem ... (pausa) ... você sente-se cada vez mais relaxado e descontraído;
42. Agora comece a despertar ... (pausa) ... vai abrir os seus olhos muito lentamente ... (pausa) ... pode espreguiçar como se estivesse a acabar de acordar ... (pausa) ... neste momento você sente-se completamente relaxado e descontraído.

Anexo II – Guião da Respiração Abdominal

Guião da Respiração Abdominal

1. Adopte uma postura confortável, seja ela sentada ou deitada;
2. Coloque uma das suas mãos no abdómen e a outra mão no tórax;
3. Feche os seus olhos e a partir de agora concentre-se apenas na sua respiração;
4. Inspire lentamente pelo nariz ... (pausa) ... deixe o ar entrar e sinta-o a encher os pulmões ... (pausa) ... o seu abdómen deverá expandir-se e empurrar a sua mão ... (pausa) ... o seu tórax movimentar-se-á lentamente;
5. Guarde o ar nos seus pulmões ... (pausa) ... conte até sete e sinta a energia que circula no seu interior;
6. Muito lentamente expire, deixando o ar sair através da boca ... (pausa) ... e sinta o abdómen a diminuir de tamanho enquanto os pulmões se esvaziam ... (pausa) ... sinta-se cada vez mais relaxado;
7. (Repita os ciclos respiratórios durante 7 vezes);
8. Agora vai retomar à sua respiração habitual;
9. Lentamente, ao seu ritmo, vai abrir os olhos e regressar á sala onde estamos a realizar o relaxamento ... (pausa) ... você começa a sentir-se cada vez mais desperto ... (pausa) ... e repare como se sente em paz, tranquilo e relaxado.

Anexo III – Planeamento das Sessões de Relaxamento Progressivo de Jacobson



“Sessões de Relaxamento – Relaxamento Progressivo de Jacobson”

Serviço de Psiquiatria do
CHBA

Módulo II – Intervenção na crise do adulto

Página 1 de 1

<p>Enfermeira: Andreia Faleiro Grupo destinatário: Utentes internados no Serviço de Psiquiatria do CHBA Local: Sala de Atividades Data: 31/05/2013; 08/06/2013; 15/06/2013; 05/07/2013 Hora: 11:00 (turno da manhã); 20:00 (turno da tarde) Duração: 60 minutos Número de participantes: Entre 3-8 utentes Recursos materiais: Leitor de Cd's, Cd's com música ambiente, colchões, cadeiras, lençóis, almofadas.</p>		<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover o bem-estar físico e psicológico; • Promover o relaxamento muscular. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir sinais e sintomas da ansiedade; • Evitar a insónia; • Estimular a capacidade de concentração; • Diminuir a tensão muscular; • Abstrair de pensamentos nefastos. 		
<p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade; • Depressão; • Ausência de vontade de viver; • Ausência de auto-estima; • Insónia; • Processo social comprometido; • Comunicação comprometida. 		<p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de motivação para participar nas sessões de relaxamento; • Auto-controlo impulso agressividade ineficaz; • Défice intelectual; • Perceção alterada; • Pensamento alterado; • Estado confusional. 		
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5'	- Apresentação dos enfermeiros e utentes; - Apresentação da sessão de relaxamento; - Definição dos objetivos; - Explicação do procedimento; - Verificação da receptividade e interesse dos utentes.	- Método expositivo/interrogativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, receptividade e motivação dos utentes.
Etapa II Desenvolvimento	45'	- Procedimento da sessão de relaxamento: - Avaliação inicial do pulso e da tensão arterial; - Aplicação da técnica do relaxamento progressivo de Jacobson (Guião); - Avaliação final do pulso e da tensão arterial.	- Método afirmativo/participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, motivação e participação dos utentes.
Etapa III Conclusão	10'	- Motivação para a reflexão nos utentes, expressando os aspetos negativos e positivos da sessão, bem como os seus sentimentos e emoções; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão de relaxamento.	- Método afirmativo/participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Avaliação da sessão de relaxamento através do diálogo com os utentes.

Anexo IV - Planejamento das Sessões de Relaxamento - Respiração Abdominal



“Sessões de Relaxamento – Respiração Abdominal”

Serviço de Psiquiatria do
CHBA

Módulo II – Intervenção na crise do adulto

Página 1 de 1

Enfermeira: Andreia Faleiro Grupo destinatário: Utentes internados no Serviço de Psiquiatria do CHBA Local: Sala de Atividades Data: 9/06/2013; 16/06/2013 Hora: 11:00 (turno da manhã); 20:00 (turno da tarde) Duração: 60 minutos Número de participantes: Entre 3-8 utentes Recursos materiais: Leitor de Cd's, Cd's com música ambiente, colchões, cadeiras, lençóis, almofadas.		Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none">Promover o bem-estar físico e psicológico;Promover o relaxamento muscular. Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none">Reduzir sinais e sintomas da ansiedade;Evitar a insónia;Estimular a capacidade de concentração;Diminuir a tensão muscular;Abstrair de pensamentos nefastos.		
CrITÉrios de Inclusão: <ul style="list-style-type: none">Ansiedade;Depressão;Ausência de vontade de viver;Ausência de auto-estima;Insónia;Processo social comprometido;Comunicação comprometida.		CrITÉrios de Exclusão: <ul style="list-style-type: none">Ausência de motivação para participar nas sessões de relaxamento;Auto-controlo impulso agressividade ineficaz;Défice intelectual;Percepção alterada;Pensamento alterado;Estado confusional.		
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5'	- Apresentação dos enfermeiros e utentes; - Apresentação da sessão de relaxamento; - Definição dos objetivos; - Explicação do procedimento; - Verificação da receptividade/interesse dos utentes.	- Método expositivo/interrogativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, receptividade e motivação dos utentes.
Etapa II Desenvolvimento	45'	- Procedimento da sessão de relaxamento: - Avaliação inicial do pulso e da tensão arterial; - Aplicação da técnica do relaxamento através da respiração abdominal (Guião); - Avaliação final do pulso e da tensão arterial.	- Método afirmativo/participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, motivação e participação dos utentes.
Etapa III Conclusão	10'	- Motivação para a reflexão nos utentes, expressando os aspetos negativos e positivos da sessão, bem como os seus sentimentos e emoções; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão de relaxamento.	- Método afirmativo/participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Avaliação da sessão de relaxamento através do diálogo com os utentes.

Anexo V- Grelha de Avaliação das Sessões de Relaxamento – Relaxamento Progressivo de Jacobson

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p><i>Avaliação das Sessões de Relaxamento</i></p>	<p>Data: _____ de Técnica de Relaxamento: Relaxamento Progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 1 de 1</p>

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Utente Avaliação </div>				
Tensão arterial no início				
Frequência cardíaca no início				
Capacidade de concentração				
Abstração de pensamentos				
Contraí/descontraí pelo menos 8 grupos musculares				
Diminuição da tensão muscular				
Expressão de sentimentos e emoções				
Sentimentos transmitidos no final da sessão				
Aspetos positivos				
Aspetos negativos				
Tensão arterial no final				
Frequência cardíaca no final				
Observação				

Anexo VI- Grelha de Avaliação das Sessões de Relaxamento – Respiração Abdominal



Utente				
Avaliação				
Tensão arterial no início				
Frequência cardíaca no início				
Capacidade de concentração				
Abstração de pensamentos				
Realiza pelo menos 5 ciclos respiratórios				
Expressão de sentimentos e emoções				
Sentimentos transmitidos no final da sessão				
Aspetos positivos				
Aspetos negativos				
Tensão arterial no final				
Frequência cardíaca no final				
Observação				

Avaliação das Sessões de Relaxamento

 CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	Avaliação das sessões de relaxamento	Data: 31/Maio/2013 Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson
Serviço de Psiquiatria do CHBA	Módulo II – Intervenção na crise do adulto	Página 1 de 5

Utente Avaliação	Utente 1	Utente 2	Utente 3
Tensão arterial no início	120/79	114/76	123/75
Frequência cardíaca no início	89	78	80
Capacidade de concentração	Sim	Não	Sim
Abstração de pensamentos	Sim	Não	Sim
Contraí/descontraí pelo menos 8 grupos musculares	Sim	Não	Sim
Diminuição da tensão muscular	Sim	Não	Sim
Expressão de sentimentos e emoções	Sim	Não	Sim
Sentimentos transmitidos no final da sessão	<i>“Sinto-me relaxada” (sic).</i>	<i>“Sinto-me igual. Não consegui desligar-me dos meus pensamentos” (sic).</i>	<i>“Sinto-me bem, calmo” (sic).</i>
Aspetos positivos	<i>“Correu tudo bem” (sic).</i>	<i>“Não sei explicar” (sic).</i>	<i>“O tom de voz” (sic).</i>
Aspetos negativos	<i>“Não tenho nada a apontar” (sic).</i>	<i>“Correu tudo bem” (sic).</i>	<i>“Não existem aspetos negativos” (sic).</i>
Tensão arterial no final	119/76	126/78	112/63
Frequência cardíaca no final	86	107	74
Observação	<p>Utente colaborante durante a sessão. Realizou os movimentos de contração/descontração quando solicitados, alcançado um estado de relaxamento profundo. Atitude e comportamento congruentes com os sentimentos transmitidos. Embora ansiosa com a alta, tal aspeto não interferiu com os objetivos da sessão. No seu decorrer manteve-se abstraída dos pensamentos negativos.</p>	<p>Utente apresentou dificuldade em concentrar-se e em abstrair-se dos seus pensamentos. Durante a sessão permaneceu com os olhos abertos, observando todo em seu redor. Neste sentido não atingiu os objetivos da sessão, tais como a diminuição da tensão muscular, nem conseguiu exprimir os seus sentimentos. Apresentou discurso pobre e coerente.</p>	<p>Utente motivado e interessado em participar na sessão. Realizou os movimentos de contração/descontração solicitados. Deste modo alcançou um estado de relaxamento profundo e abstraiu-se dos pensamentos. Os sentimentos transmitidos foram coerentes com a observação realizada. Apresentou um discurso fluente e coerente.</p>

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 31/Maio/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 2 de 5</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da sessão de relaxamento realizada.

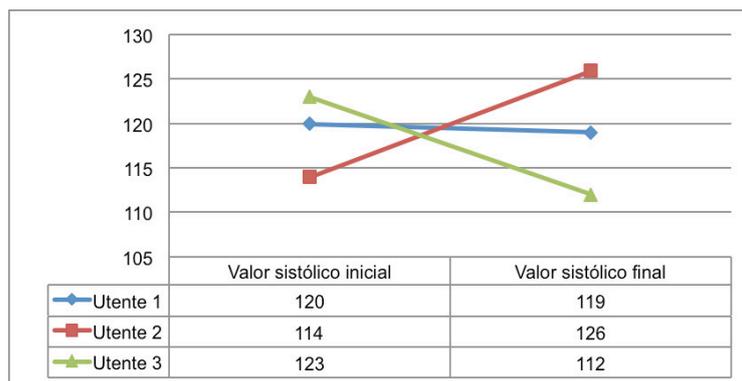


Gráfico 1 – Valores sistólicos dos utentes.

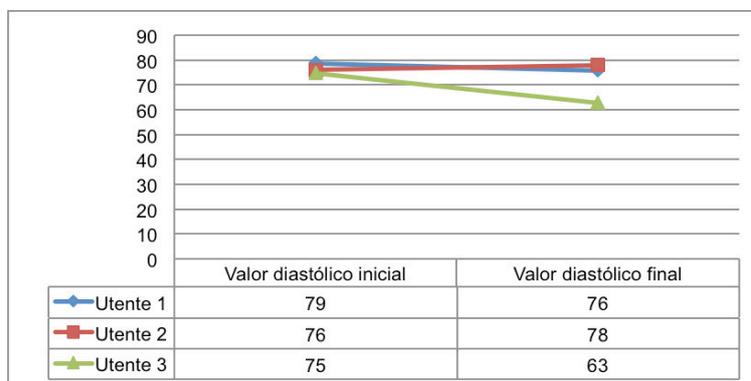


Gráfico 2 – Valores diastólicos dos utentes.

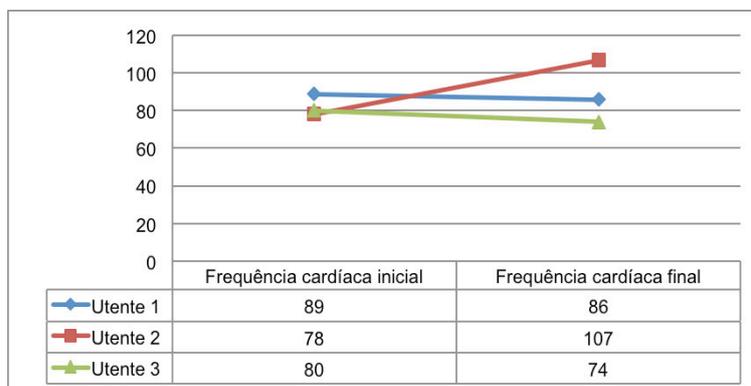


Gráfico 3 – Frequência cardíaca dos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 31/Maio/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 3 de 5</p>

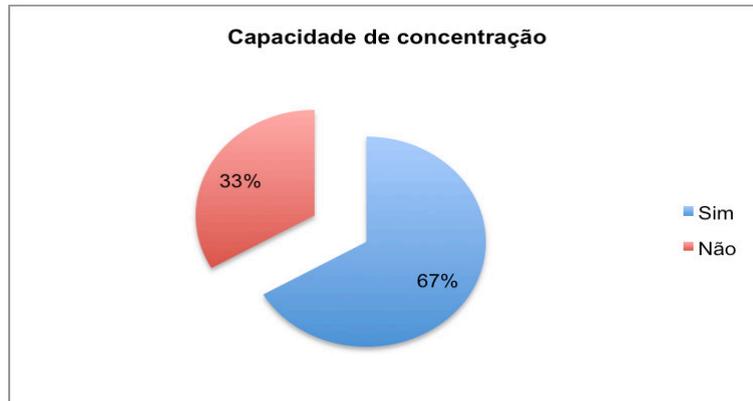


Gráfico 4 – Capacidade de concentração dos utentes.



Gráfico 5 – Abstração de pensamentos pelos utentes.



Gráfico 6 – Contração/descontração de pelo menos 8 grupos musculares pelos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 31/Maio/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 4 de 5</p>



Gráfico 7 – Tensão muscular nos utentes.

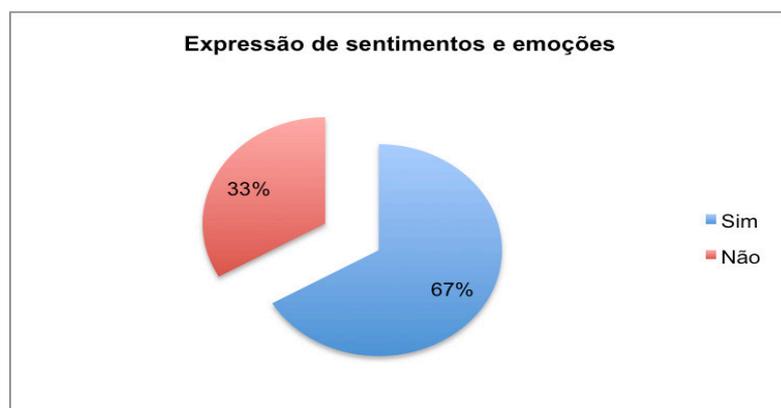


Gráfico 8 – Expressão de sentimentos e emoções pelos utentes.



Gráfico 9 – Sentimentos e emoções transmitidos pelos utentes no final da sessão de relaxamento.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 31/Maio/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 5 de 5</p>



Gráfico 10 – Aspetos positivos da sessão de relaxamento referidos pelos utentes.

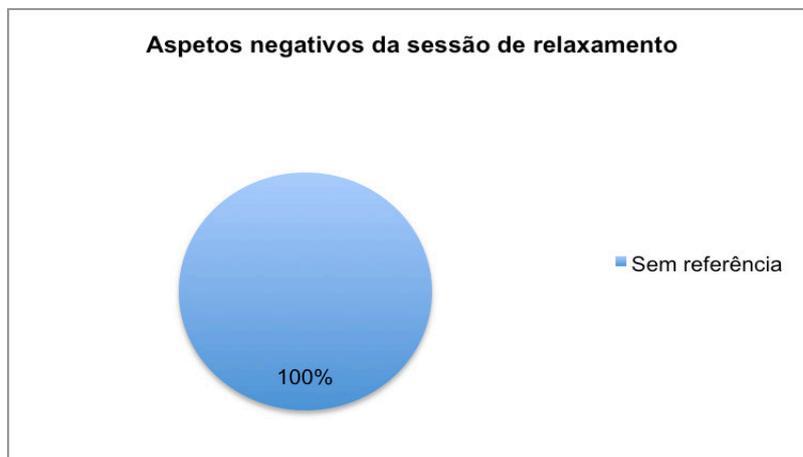


Gráfico 11 – Aspetos negativos da sessão de relaxamento referidos pelos utentes.



Utente	Utente 1	Utente 2	Utente 3	Utente 4
Avaliação				
Tensão arterial no início	101/65	114/80	124/88	117/65
Frequência cardíaca no início	74	113	92	70
Capacidade de concentração	Sim	Não	Sim	Sim
Abstração de pensamentos	Sim	Não	Sim	Sim
Contraí/descontraí pelo menos 8 grupos musculares	Não	Sim	Sim	Sim
Diminuição da tensão muscular	Sim	Sim	Sim	Sim
Expressão de sentimentos e emoções	Sim	Sim	Sim	Sim
Sentimentos transmitidos no final da sessão	<i>“Consegui relaxar e sinto-me em paz” (sic).</i>	<i>“Sinto que algo perturba os meus pensamentos, mas ajudou-me a relaxar e a descontraír” (sic).</i>	<i>“Gostei muito, sinto-me em paz e relaxada” (sic).</i>	<i>“Sinto-me calmo e leve”; “Deve continuar, ajudou-me a relaxar e a diminuir a ansiedade” (sic).</i>
Aspetos positivos	<i>“A música e o ambiente” (sic).</i>	<i>“A música é muito relaxante” (sic).</i>	<i>“O tom de voz” (sic).</i>	<i>“A música e o tom de voz suave” (sic).</i>
Aspetos negativos	<i>“Os colchões” (sic).</i>	<i>“Nada a apontar” (sic).</i>	<i>“Não tenho nada a dizer” (sic).</i>	<i>“Não existem” (sic).</i>
Tensão arterial no final	94/62	117/82	122/84	116/62
Frequência cardíaca no final	68	105	66	64
Observação	A utente apresentou uma atitude interessada, encontrando-se motivada. Apresentou dificuldade em realizar os movimentos de contração /descontração muscular, que segundo a mesma poderão estar relacionados com <i>“a diminuição da força muscular, no entanto sinto-os mais descontraídos” (sic).</i>	A utente apresentou dificuldade em concentrar-se na sessão, alegando que <i>“por períodos os pensamentos negativos invadiram os meus pensamentos, desconcentrando-me” (sic).</i> No entanto, refere que conseguiu relaxar e realizar os exercícios solicitados. Informação que se torna congruente com a observação realizada.	A utente participou com entusiasmo na sessão. Realizou os movimentos de contração/ descontração muscular, de acordo com o solicitado, alegando que alcançou um estado de relaxamento. Abstraiu-se dos pensamentos nefastos. No final os sentimentos transmitidos foram coerentes com a observação realizada no decorrer da sessão.	O utente participou na sessão com motivação e interesse, realizando os movimentos musculares solicitados. Referiu que após a sessão sentiu-se mais relaxado, diminuindo os níveis de ansiedade presente. A observação realizada, permitiu verificar que o utente encontra-se mais calmo e relaxado, aspeto coerente com os parâmetros vitais registados e com a observação.

 CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	Avaliação das sessões de relaxamento	Data: 8/Junho/2013 Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson
		Serviço de Psiquiatria do CHBA

Utente	Utente 5	Utente 6	Utente 7
Avaliação			
Tensão arterial no início	121/80	115/83	111/69
Frequência cardíaca no início	83	85	84
Capacidade de concentração	Sim	Não	Sim
Abstração de pensamentos	Sim	Não	Sim
Contraí/descontraí pelo menos 8 grupos musculares	Sim	Não	Sim
Diminuição da tensão muscular	Sim	Não	Sim
Expressão de sentimentos e emoções	Sim	Sim	Sim
Sentimentos transmitidos no final da sessão	<i>“Foi útil para treinar a minha capacidade de concentração. Sinto-me bem” (sic).</i>	<i>“Sinto-me feliz” (sic).</i>	<i>“Abstrai-me do que me rodeia”; “Foi melhor do que qualquer droga que já tomei” (sic).</i>
Aspetos positivos	<i>“A calma e a paz transmitidas” (sic).</i>	<i>“Foi tudo positivo” (sic).</i>	<i>“A música, o tom de voz, o ambiente envolvente e a pouca luminosidade” (sic).</i>
Aspetos negativos	<i>“Nada a apontar” (sic).</i>	<i>“Não existiram aspetos negativos” (sic).</i>	<i>“Nenhuns” (sic).</i>
Tensão arterial no final	114/69	126/92	103/67
Frequência cardíaca no final	71	99	69
Observação	<p>Inicialmente o utente não estava interessado em participar na sessão, no entanto, no final referiu que <i>“foi interessante, gostei”</i> (sic). Realizou os exercícios musculares solicitados, abstraindo-se dos seus pensamentos. Apresentou um discurso coerente e fluente. Os sentimentos transmitidos oralmente foram coerentes com a observação realizada.</p>	<p>O utente apresentou um discurso com fugas de ideias na avaliação da sessão. Participou com interesse e motivação, no entanto não conseguiu concentrar-se porque <i>“a minha cabeça teve de exercitar em alguns momentos”</i> (sic). O utente durante a sessão encontrava-se nervoso porque <i>“o meu pai não me quis levar para casa”</i> (sic), dificultando por isso a obtenção de um estado de relaxamento profundo e abstração dos pensamentos.</p>	<p>O utente inicialmente não se encontrava a realizar os movimentos musculares solicitados, devido à sua dificuldade em concentrar-se, no entanto após o meio da sessão começou a realizá-los, ficando progressivamente mais calmo, mais colaborante e mais concentrado na sessão e deste modo segundo o mesmo <i>“fiquei relaxado, não pensei em mais nada”</i> (sic). Os sentimentos relatados foram congruentes com a observação realizada.</p>



Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da sessão de relaxamento realizada.

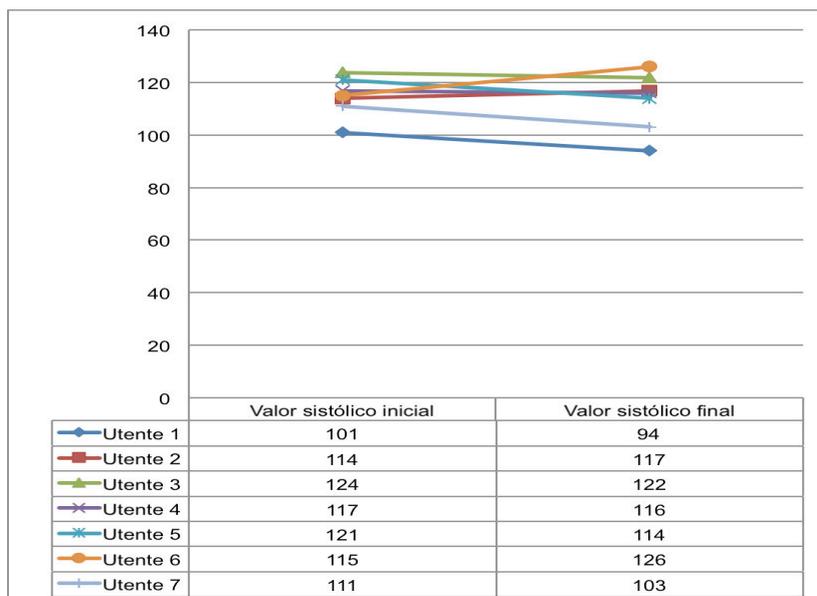


Gráfico 1 – Valores sistólicos dos utentes.

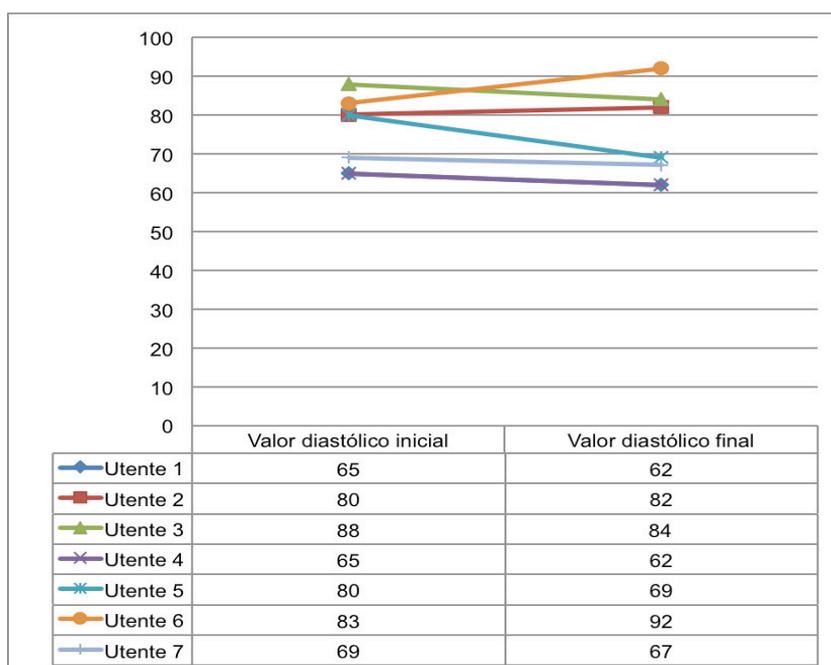


Gráfico 2 – Valores diastólicos dos utentes.

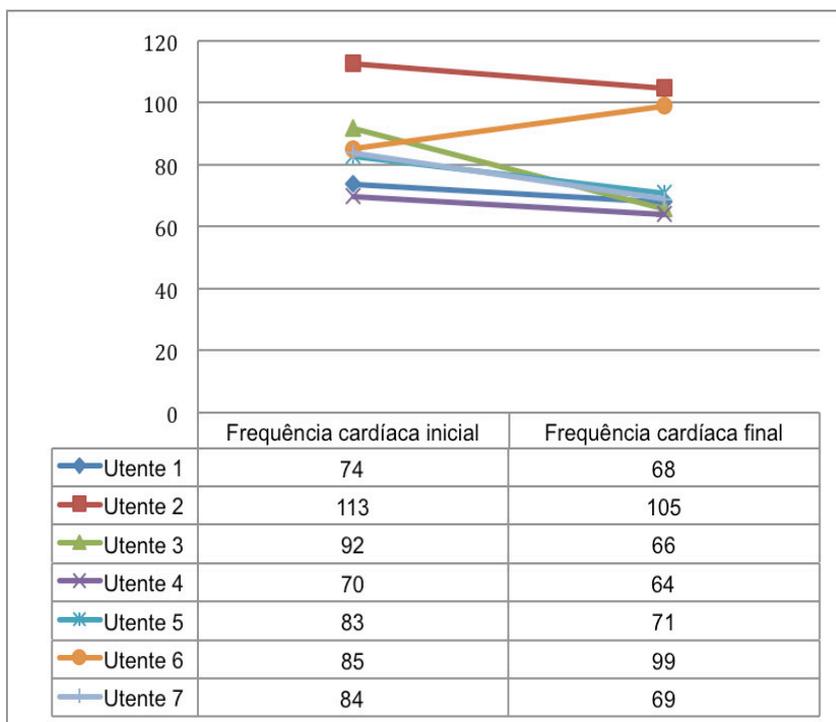


Gráfico 3 – Frequência cardíaca dos utentes.

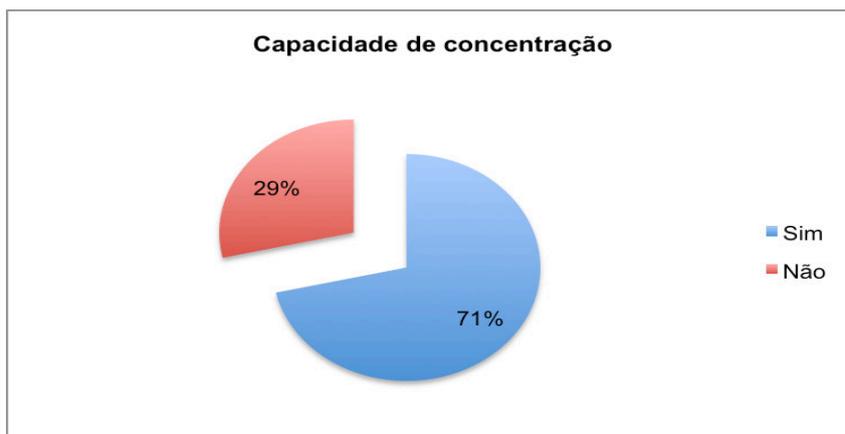


Gráfico 4 – Capacidade de concentração dos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 8/Junho/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 5 de 7</p>



Gráfico 5 – Abstração de pensamentos pelos utentes.



Gráfico 6 – Contração/descontração de pelo menos 8 grupos musculares pelos utentes.



Gráfico 7 – Tensão muscular nos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 8/Junho/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 6 de 7</p>

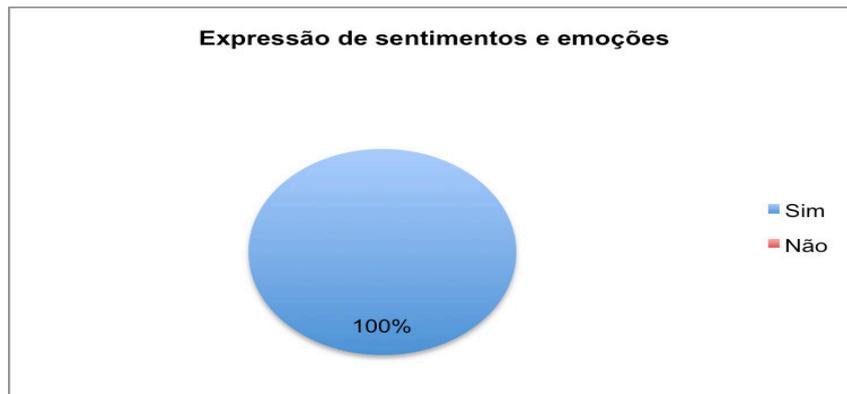


Gráfico 8 – Expressão de sentimentos e emoções pelos utentes.

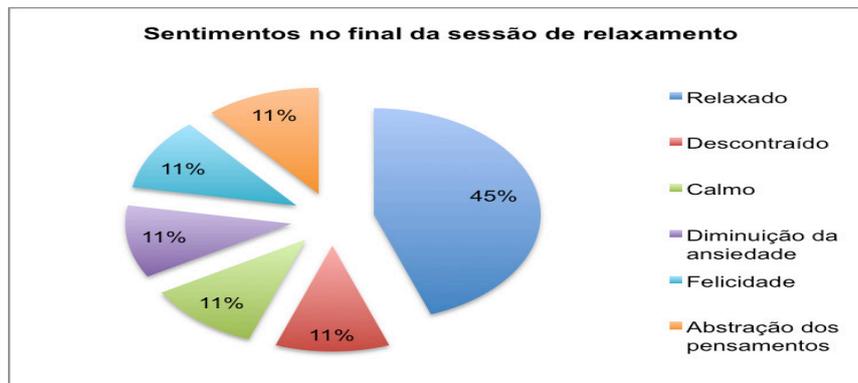


Gráfico 9 – Sentimentos e emoções transmitidos pelos utentes no final da sessão de relaxamento.



Gráfico 10 – Aspectos positivos da sessão de relaxamento referidos pelos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 8/Junho/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 7 de 7</p>

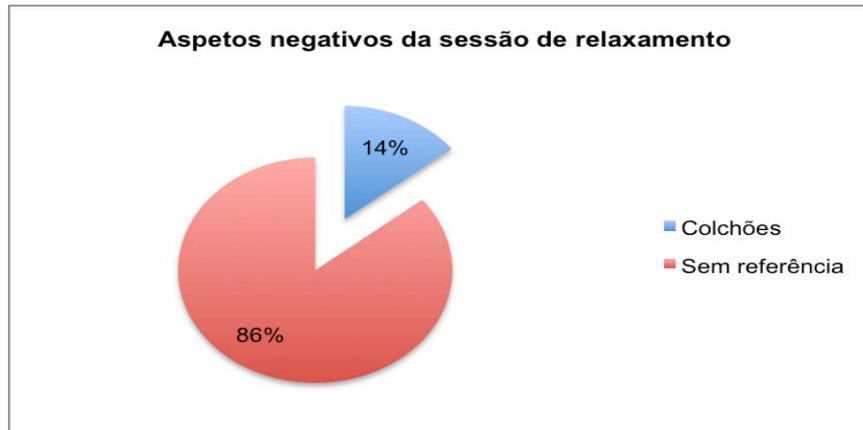


Gráfico 11 – Aspetos negativos da sessão de relaxamento referidos pelos utentes.



Utente	Utente 1	Utente 2	Utente 3	Utente 4
Avaliação				
Tensão arterial no início	108/65	112/86	111/67	126/76
Frequência cardíaca no início	75	107	86	80
Capacidade de concentração	Não	Sim	Não	Sim
Abstração de pensamentos	Não	Sim	Não	Sim
Realiza pelo menos 5 ciclos respiratórios	Não	Sim	Não	Sim
Expressão de sentimentos e emoções	Sim	Sim	Sim	Sim
Sentimentos transmitidos no final da sessão	<i>“Sinto-me relaxado, mas não consegui abstrair-me dos pensamentos” (sic).</i>	<i>“Senti-me relaxado e consegui concentrar-me” (sic).</i>	<i>“Houve momentos em que me concentrei, mas foram poucos. Estive muito tempo a pensar em diversas coisas” (sic).</i>	<i>“Gostei muito, sinto-me nas nuvens, parece que os meus problemas desapareceram” (sic).</i>
Aspetos positivos	<i>“Gostei da voz e da música” (sic).</i>	<i>“A sua voz, gostei de ouvir a senhora” (sic).</i>	<i>“A sua suave voz” (sic).</i>	<i>“O ambiente em que estamos e a música” (sic).</i>
Aspetos negativos	<i>“Nenhuns” (sic).</i>	<i>“Não sei que dizer” (sic).</i>	<i>“Não existem aspetos negativos” (sic).</i>	<i>“Para mim não existiram” (sic).</i>
Tensão arterial no final	118/83	111/79	121/68	109/69
Frequência cardíaca no final	81	97	82	75
Observação	O utente apresentou uma atitude inquieta durante a sessão, no entanto não interferiu com a realização da mesma. Apresentou dificuldade em realizar os ciclos respiratórios quando solicitados e em concentrar-se. Segundo descreveu sentiu-se relaxado, no entanto tal evidência não é congruente com a observação realizada e com os parâmetros vitais avaliados.	O utente realizou os ciclos respiratórios solicitados, apresentando-se concentrado e motivado com a realização da sessão. Referiu que abstraiu-se dos pensamentos negativos, atingindo um estado de relaxamento profundo. Os seus sentimentos foram concordantes com a postura e o comportamento observados.	O utente encontrava-se preocupado com um julgamento que ia ter em breve, daí que tenha apresentado dificuldade em concentrar-se, pensando no julgamento a maioria do tempo. A sua postura e a não realização dos ciclos respiratórios quando solicitados, foram coerentes entre o descrito pelo utente e a observação executada.	O utente participou na sessão com motivação e interesse, realizando os ciclos respiratórios quando solicitados. Apresentou uma postura assertiva e congruente com os sentimentos descritos no final da sessão e com a observação realizada. Discurso coerente e fluente. Segundo descreve abstraiu-se dos pensamentos atingindo um estado de relaxamento profundo.



Utente	Utente 5	Utente 6	Utente 7	Utente 8
Avaliação				
Tensão arterial no início	130/80	90/62	115/80	92/53
Frequência cardíaca no início	72	87	90	67
Capacidade de concentração	Sim	Não	Sim	Não
Abstração de pensamentos	Sim	Não	Sim	Não
Realiza pelo menos 5 ciclos respiratórios	Sim	Não	Sim	Sim
Expressão de sentimentos e emoções	Sim	Sim	Sim	Sim
Sentimentos transmitidos no final da sessão	<i>“Sinto-me tranquila, parece que estava no paraíso” (sic).</i>	<i>“Sinto uma paz enorme dentro de mim, parece que estou nas nuvens”; “Fez-me sentir bem psicologicamente comigo e com quem me rodeia” (sic).</i>	<i>“Sinto-me muito bem. Foi um bocado do céu no meio do turbilhão” (sic).</i>	<i>“Sinto-me relaxada, mas não consegui esquecer os problemas” (sic).</i>
Aspetos positivos	<i>“A música e do tom de voz” (sic).</i>	<i>“Foi tudo positivo” (sic).</i>	<i>“A música e a voz são excelentes” (sic).</i>	<i>“O ambiente calmo” (sic).</i>
Aspetos negativos	<i>“Nada” (sic).</i>	<i>“Foi tudo positivo” (sic).</i>	<i>“Não tenho nenhum a referir” (sic).</i>	<i>“Desconheço que existam” (sic).</i>
Tensão arterial no final	108/74	104/68	112/72	107/58
Frequência cardíaca no final	68	86	82	72
Observação	A utente participou na sessão com entusiasmo e interesse. Realizou os ciclos respiratórios quando solicitados, apresentando-se concentrada no decorrer da sessão. Os sentimentos transmitidos e a postura observada, encontram-se coerentes com a observação realizada.	A utente adormeceu ao longo da sessão, pelo que não realizou os ciclos respiratórios solicitados. Neste sentido apresentou uma fraca capacidade de concentração e de abstração dos seus pensamentos. No final da sessão os sentimentos transmitidos e a sua apreciação final, não são congruentes com o comportamento observado.	A utente encontra-se motivada e interessada em participar na sessão. Realizou os ciclos respiratórios quando solicitados e apresentou capacidade de concentração. No final, os sentimentos que transmitiu foram coerentes com a atitude e com o comportamento que apresentou no decorrer da sessão. Apresentou um discurso coerente e fluente, referindo que atingiu um estado de relaxamento profundo e que se abstraiu dos seus pensamentos.	A utente apresentou dificuldade em concentrar-se na sessão, visto que não conseguiu abstrair-se dos pensamentos que a preocupam, uma vez <i>“não ter casa para onde ir morar”</i> (sic). No final da sessão, os sentimentos transmitidos e a observação realizada, constatarem ser congruentes.



Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da sessão de relaxamento realizada.

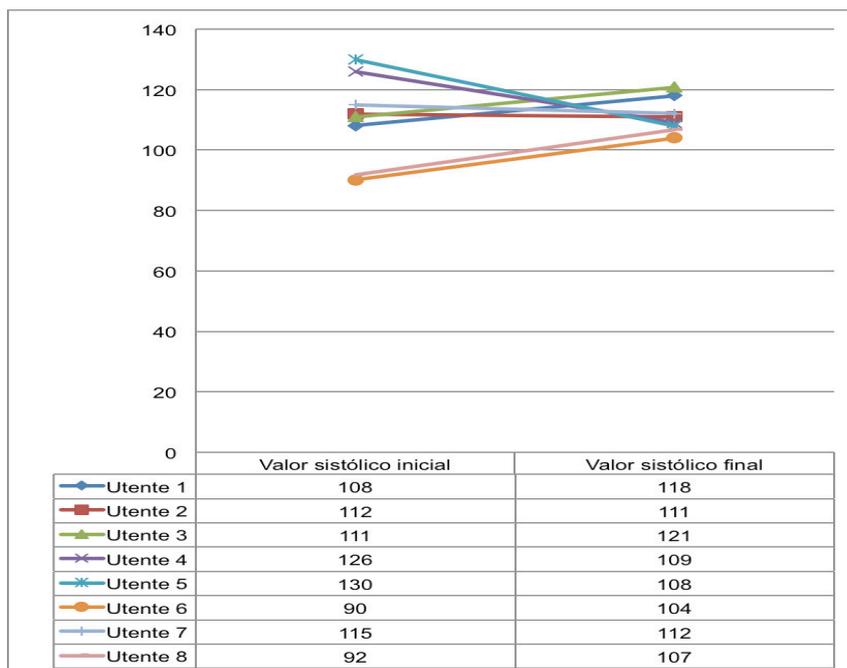


Gráfico 1 – Valores sistólicos dos utentes.

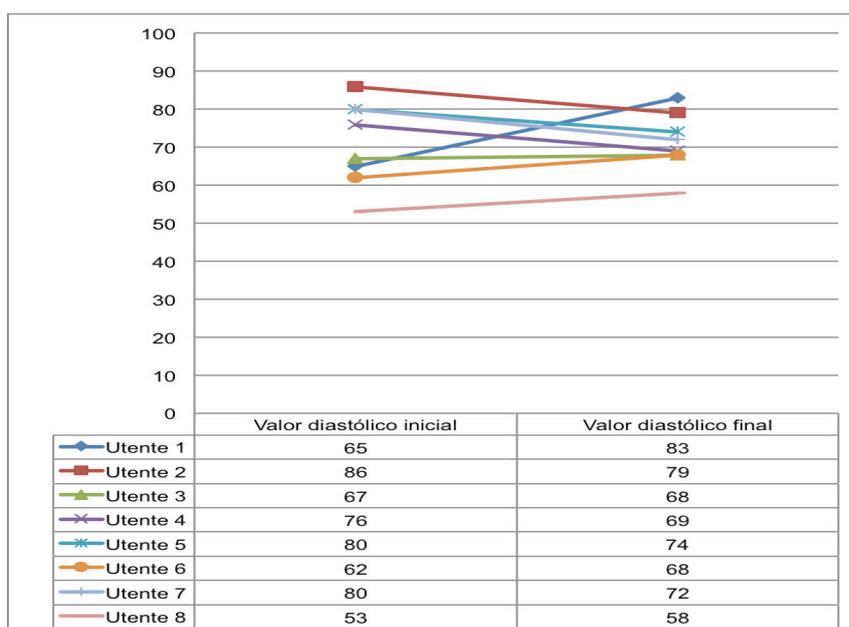


Gráfico 2 – Valores diastólicos dos utentes.

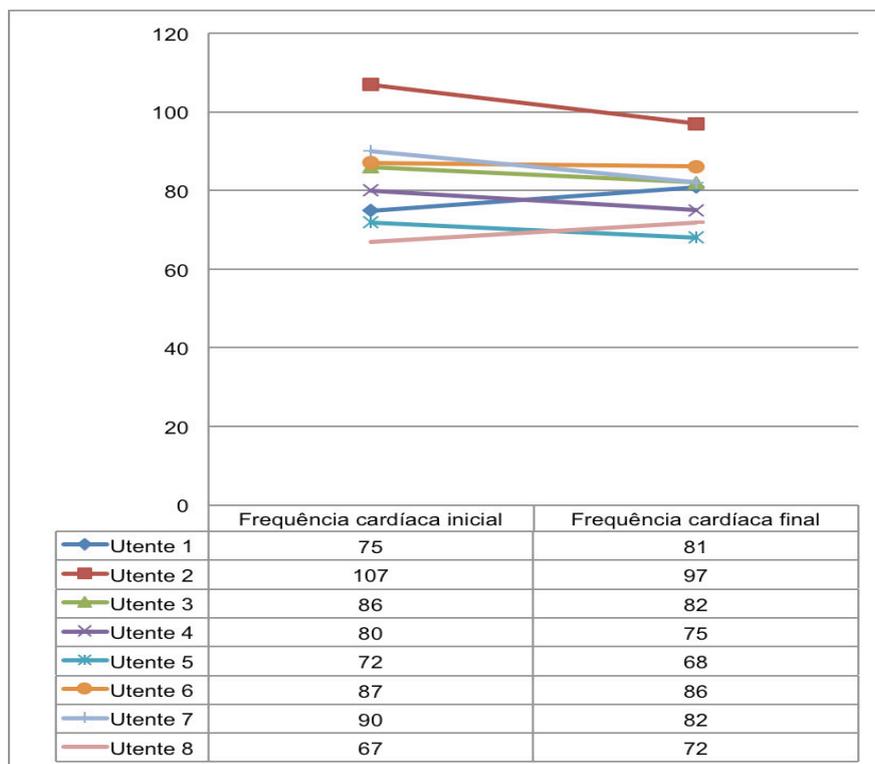


Gráfico 3 – Frequência cardíaca dos utentes.



Gráfico 4 – Capacidade de concentração dos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 9/Junho/2013 Técnica de Relaxamento: Respiração abdominal</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 5 de 6</p>



Gráfico 5 – Abstração de pensamentos pelos utentes.

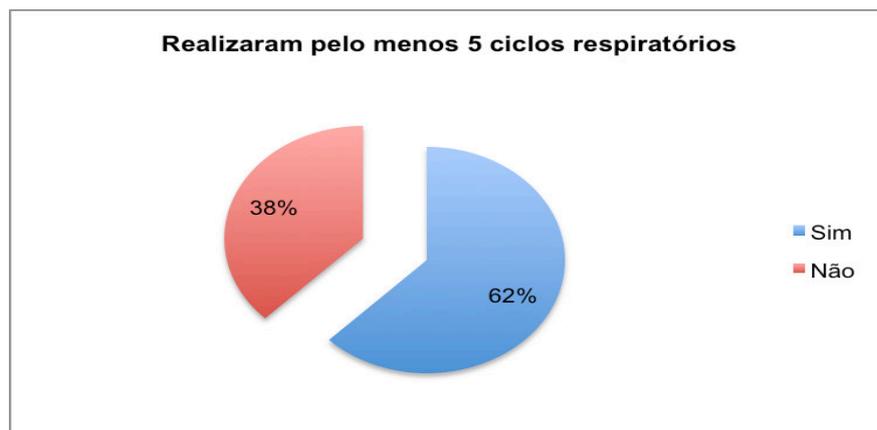


Gráfico 6 – Realização de pelo menos 5 ciclos respiratórios pelos utentes.

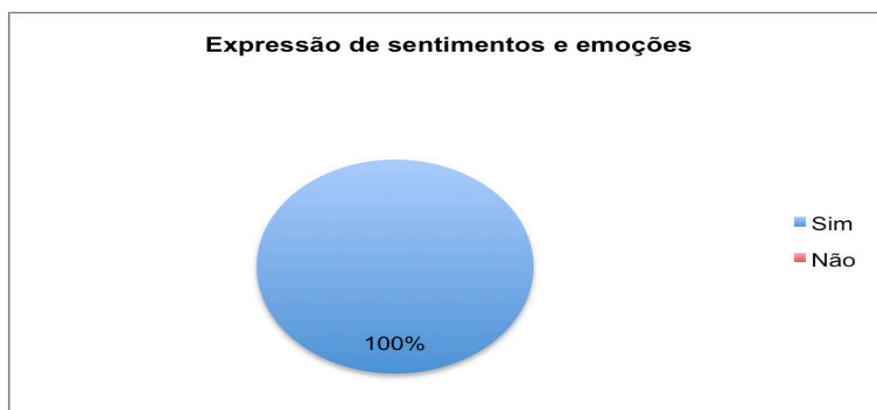


Gráfico 7 – Expressão de sentimentos e emoções pelos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 9/Junho/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Respiração abdominal</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 6 de 6</p>



Gráfico 8 – Sentimentos e emoções transmitidos pelos utentes no final da sessão de relaxamento.



Gráfico 9 – Aspectos positivos da sessão de relaxamento referidos pelos utentes.



Gráfico 10 – Aspectos negativos da sessão de relaxamento referidos pelos utentes.



Utente	Utente 1	Utente 2	Utente 3	Utente 4
Avaliação				
Tensão arterial no início	130/91	103/69	115/84	110/70
Frequência cardíaca no início	90	82	102	63
Capacidade de concentração	Sim	Sim	Sim	Sim
Abstração de pensamentos	Sim	Sim	Sim	Sim
Contraí/descontraí pelo menos 8 grupos musculares	Sim	Sim	Sim	Não
Diminuição da tensão muscular	Sim	Sim	Sim	Sim
Expressão de sentimentos e emoções	Sim	Sim	Sim	Sim
Sentimentos transmitidos no final da sessão	<i>“Sinto-me mais relaxada” (sic).</i>	<i>“Sinto-me muito relaxada, em paz. Consegui abstrair-me” (sic).</i>	<i>“Gostei muito, sinto-me calmo, sem pensamentos maus na cabeça” (sic).</i>	<i>“Sinto-me mais calma, relaxada e capaz de esquecer os problemas” (sic).</i>
Aspetos positivos	<i>“Todos” (sic).</i>	<i>“Abstrair-me dos meus pensamentos” (sic).</i>	<i>“A música e a sua voz transmitem calma” (sic).</i>	<i>“A música e o ambiente em que estamos” (sic).</i>
Aspetos negativos	<i>“Não sei” (sic).</i>	<i>“Não existem” (sic).</i>	<i>“Nada” (sic).</i>	<i>“O desconforto dos colchões” (sic).</i>
Tensão arterial no final	130/80	103/63	108/71	104/61
Frequência cardíaca no final	75	78	80	63
Observação	A utente participou na sessão com interesse e empenho. Realizou os movimentos de contração/descontração muscular, sempre que solicitados. No final foi possível constatar que a utente apresentou uma postura congruente com os sentimentos expostos.	A utente conseguiu abstrair-se dos pensamentos negativos, através da sua capacidade de concentração nos movimentos de contração/descontração dos diferentes grupos musculares. Adotou um comportamento coerente com os sentimentos descritos no final da sessão. Apresentou um discurso coerente e fluente.	O utente encontra-se motivado e interessado em participar na sessão. Realizou os movimentos de contração/descontração muscular quando solicitados e apresentou capacidade de concentração. Abstraiu-se dos pensamentos nefastos. No final da sessão, os sentimentos que transmitiu oralmente foram coerentes com a atitude que apresentou no decorrer da sessão.	A utente refere que não conseguiu realizar os movimentos de contração/descontração muscular, devido à pouca força muscular que possui. No entanto, conseguiu abstrair-se dos pensamentos negativos e desenvolver a sua capacidade de concentração. Os sentimentos transmitidos, foram coerentes com a observação realizada. Discurso coerente e fluente.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 15/Junho/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 2 de 6</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da sessão de relaxamento realizada.

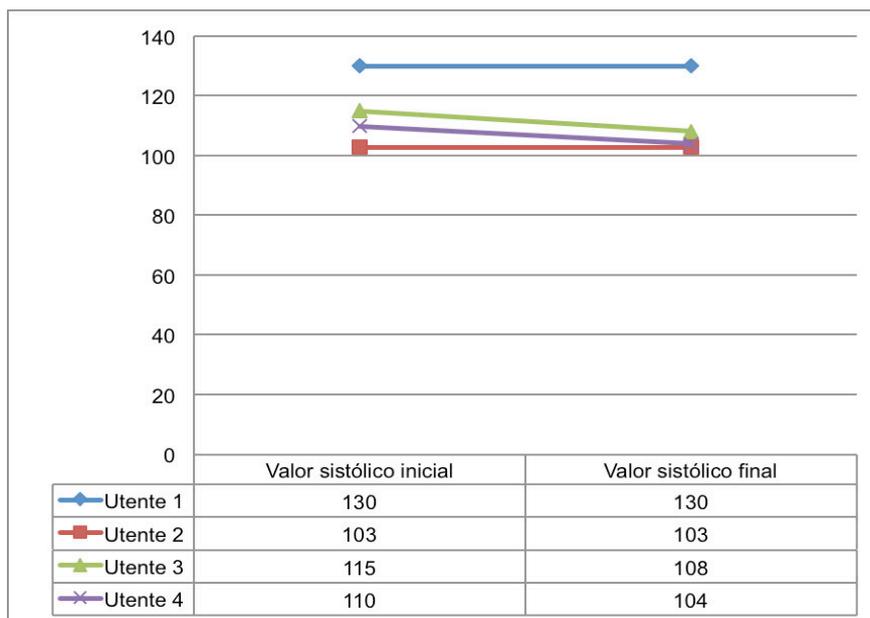


Gráfico 1 – Valores sistólicos dos utentes.

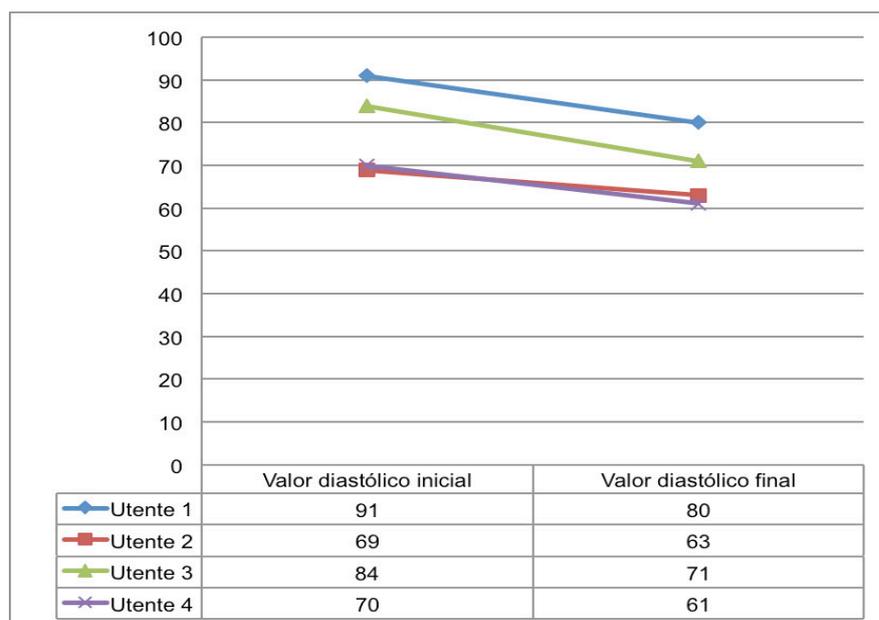


Gráfico 2 – Valores diastólicos dos utentes.

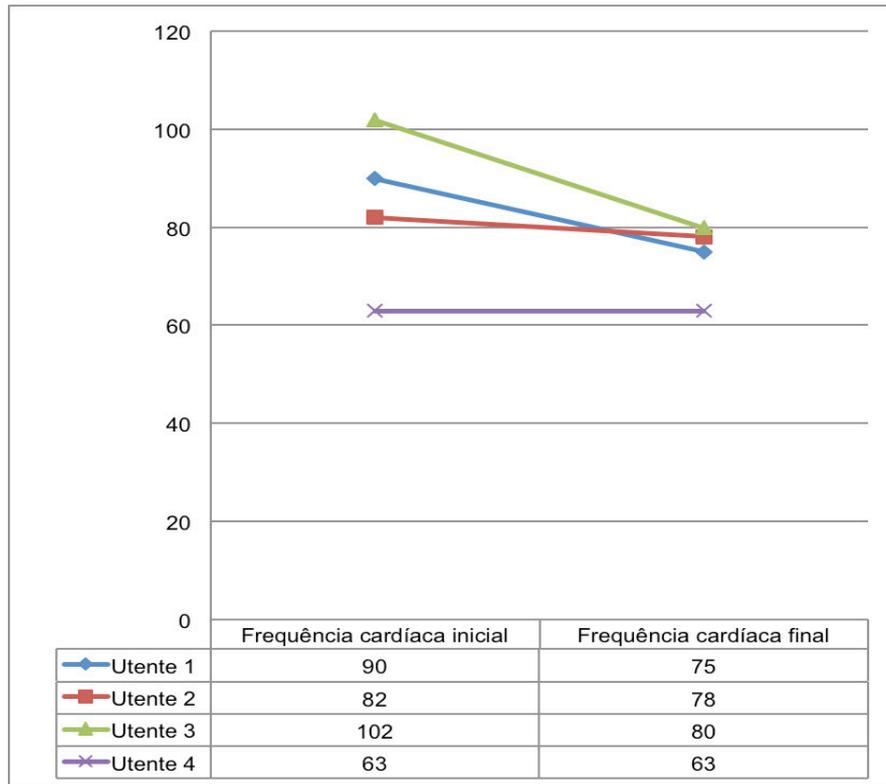


Gráfico 3 – Frequência cardíaca dos utentes.



Gráfico 4 – Capacidade de concentração dos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 15/Junho/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 4 de 6</p>



Gráfico 5 – Abstração de pensamentos pelos utentes.

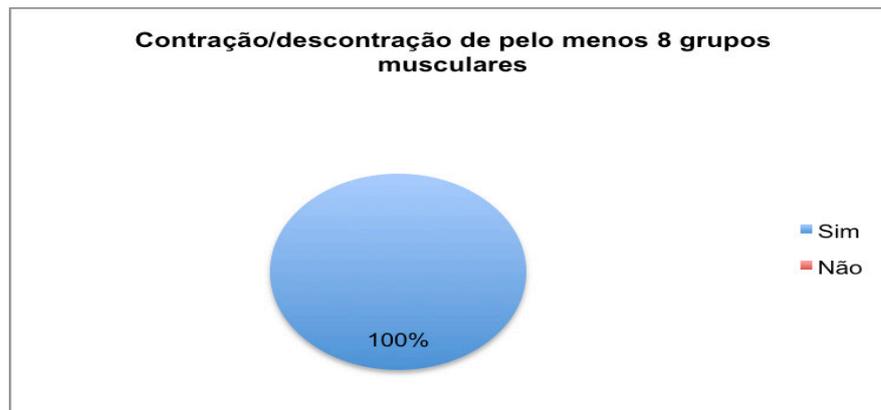


Gráfico 6 – Contração/descontração de pelo menos 8 grupos musculares pelos utentes.



Gráfico 7 – Tensão muscular nos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 15/Junho/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 5 de 6</p>



Gráfico 8 – Expressão de sentimentos e emoções pelos utentes.

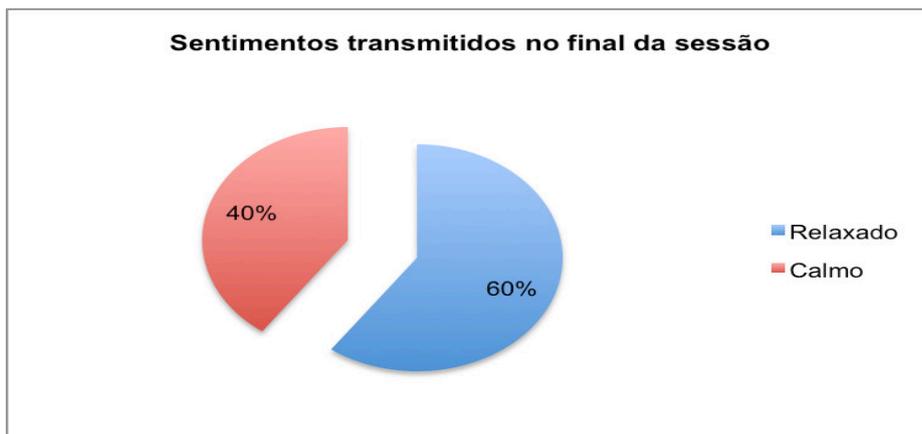


Gráfico 9 – Sentimentos e emoções transmitidos pelos utentes no final da sessão de relaxamento.



Gráfico 10 – Aspectos positivos da sessão de relaxamento referidos pelos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 15/Junho/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 6 de 6</p>

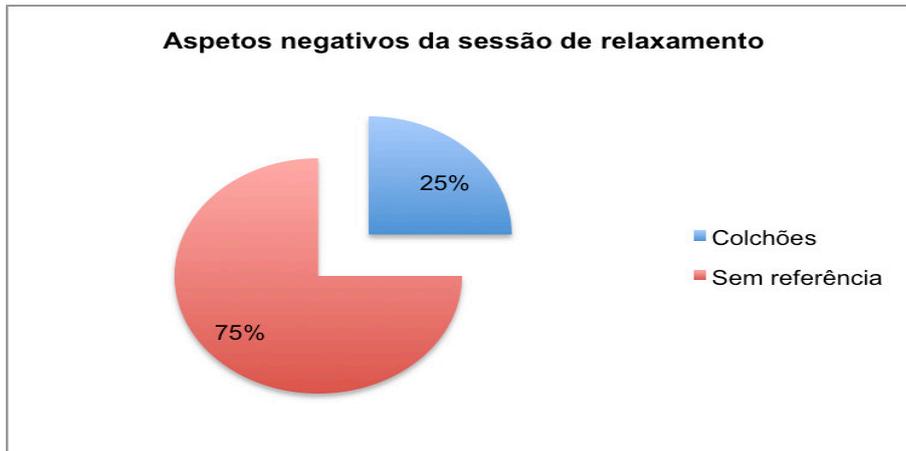


Gráfico 11 – Aspetos negativos da sessão de relaxamento referidos pelos utentes.



Utente	Utente 1	Utente 2	Utente 3	Utente 4
Avaliação				
Tensão arterial no início	111/74	132/81	107/78	110/75
Frequência cardíaca no início	68	80	91	92
Capacidade de concentração	Sim	Não	Não	Sim
Abstração de pensamentos	Sim	Não	Não	Sim
Realiza pelo menos 5 ciclos respiratórios	Sim	Sim	Sim	Sim
Expressão de sentimentos e emoções	Sim	Não	Sim	Sim
Sentimentos transmitidos no final da sessão	<i>“Sinto-me mais calma, mais relaxada” (sic).</i>	<i>“Na barriga senti-me aliviada, mas na cabeça não”; “Parece que não tenho sentimentos” (sic).</i>	<i>“Tenho dificuldade em concentrar-me, mas sinto-me mais calmo” (sic).</i>	<i>“Relaxe. Consegui abstrair-me dos meus problemas. O pior é quando voltamos a este mundo e aos nossos problemas” (sic).</i>
Aspetos positivos	<i>“A música e a sua voz” (sic).</i>	<i>“Tudo” (sic).</i>	<i>“A voz e a música utilizadas” (sic).</i>	<i>“O relaxamento que obtive” (sic).</i>
Aspetos negativos	<i>“Não tenho nada a referir” (sic).</i>	<i>“Nada” (sic).</i>	<i>“Não existem aspetos negativos” (sic).</i>	<i>“Dificuldade em ouvir a sua voz, devido aos ruídos externos” (sic).</i>
Tensão arterial no final	108/70	128/81	111/62	109/68
Frequência cardíaca no final	66	78	97	79
Observação	A utente participou na sessão com entusiasmo e motivação. Conseguiu realizar os ciclos respiratórios, nos tempos solicitados, abstraindo-se dos seus pensamentos. Os sentimentos transmitidos oralmente foram coerentes com a observação realizada.	A utente apresentou dificuldade em concentrar-se, visto que esteve maioritariamente concentrada nas suas preocupações, no entanto realizou corretamente os ciclos respiratórios solicitados. Apresentou um discurso coerente, mas pobre.	O utente inicialmente apresentou dificuldade em concentrar-se e abstrair-se dos pensamentos, no entanto com o decorrer da sessão, progressivamente foi concentrando-se. Os sentimentos transmitidos, são coincidentes com a observação realizada relativamente ao comportamento e à atitude do utente no decorrer da sessão. Discurso coerente e pobre. Humor eutímico.	A utente participou na sessão com empenho e interesse. Embora tenha referido que o tom de voz não se fez ouvir por ela devido aos ruídos externos, conseguiu realizar os ciclos respiratórios e concentrar a sua atenção nesses exercícios, obtendo um estado de relaxamento profundo. Os sentimentos referidos oralmente foram coerentes com a observação.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 16/Junho/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Respiração abdominal</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 2 de 5</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da sessão de relaxamento realizada.

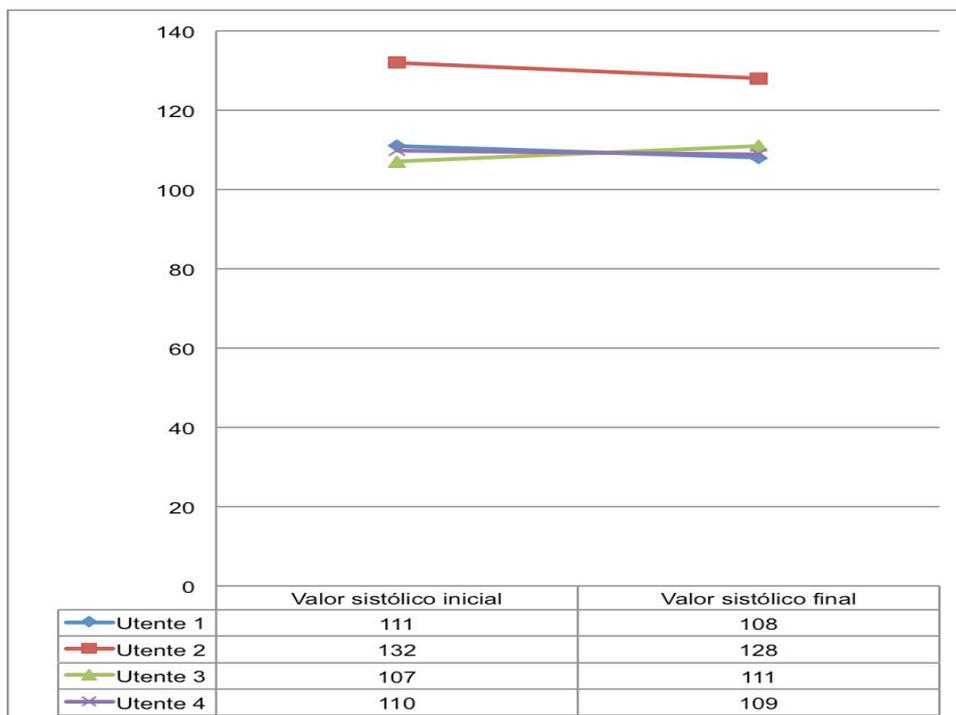


Gráfico 1 – Valores sistólicos dos utentes.

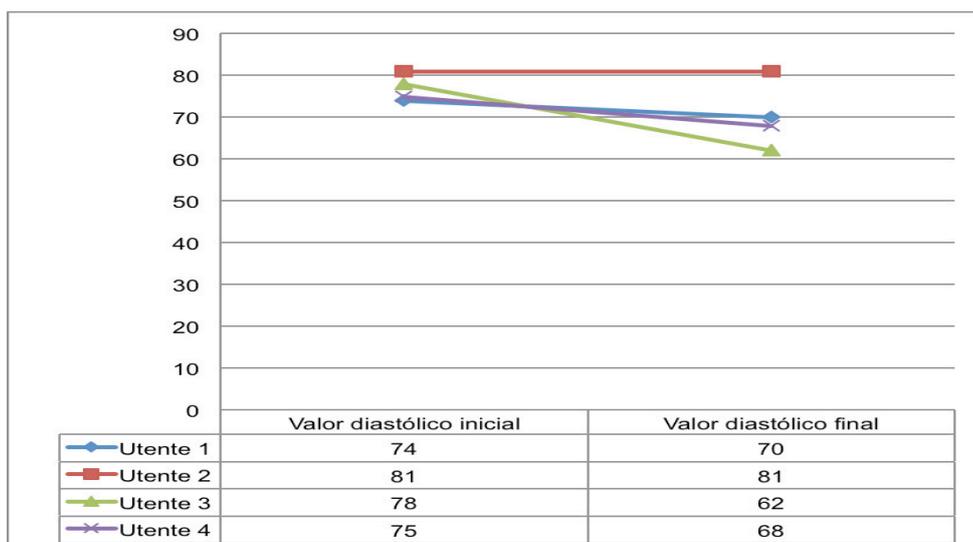


Gráfico 2 – Valores diastólicos dos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 16/Junho/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Respiração abdominal</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 3 de 5</p>

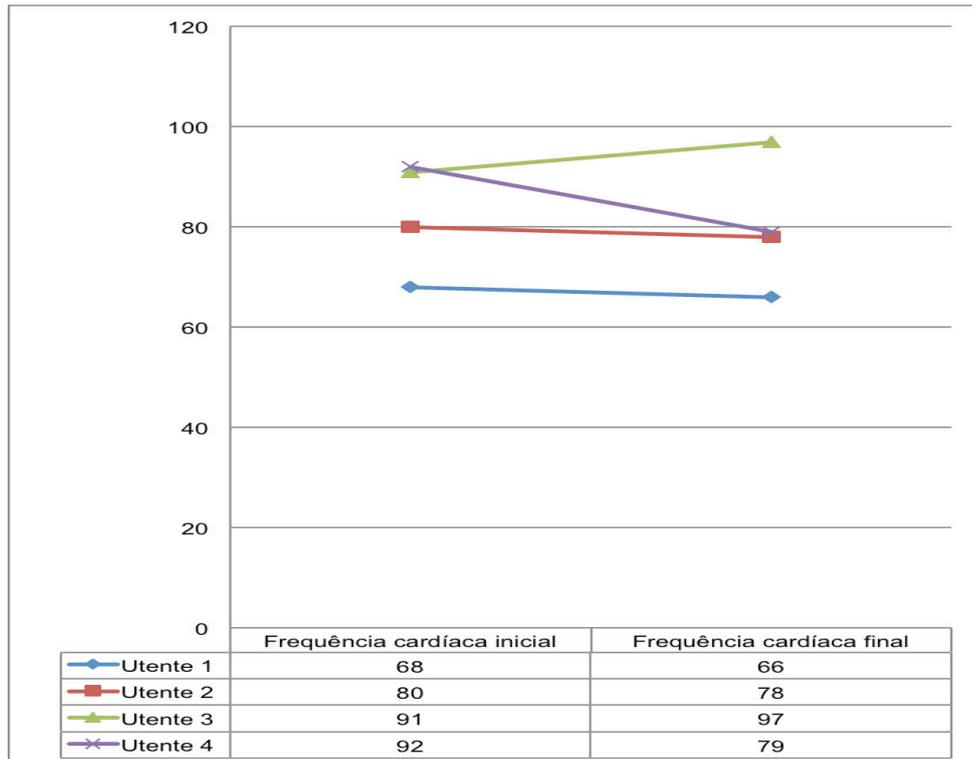


Gráfico 3 – Frequência cardíaca dos utentes.

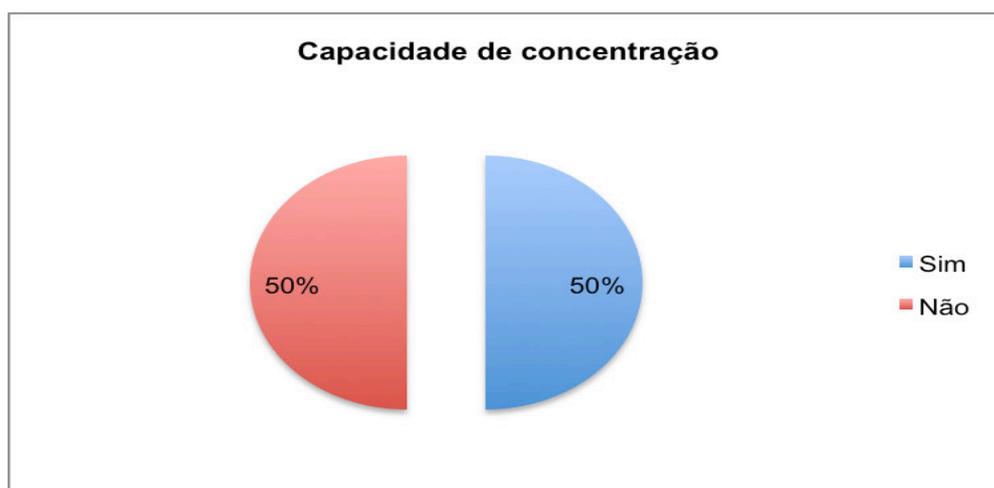


Gráfico 4 – Capacidade de concentração dos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 16/Junho/2013 Técnica de Relaxamento: Respiração abdominal</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 4 de 5</p>



Gráfico 5 – Abstração de pensamentos pelos utentes.

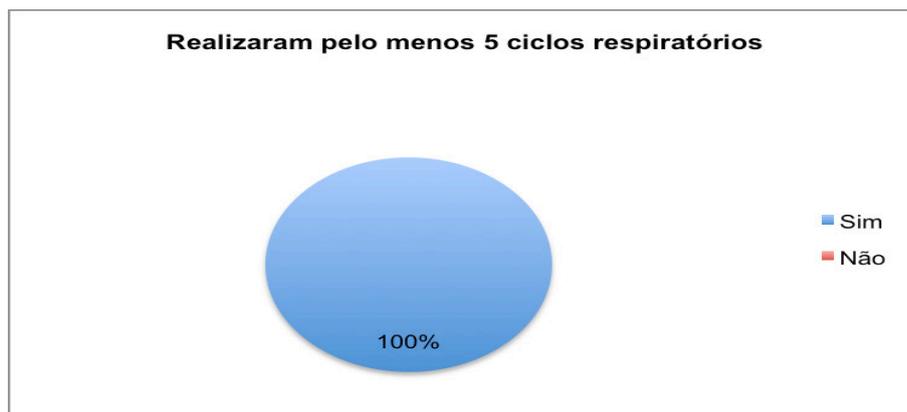


Gráfico 6 – Realização de pelo menos 5 ciclos respiratórios pelos utentes.

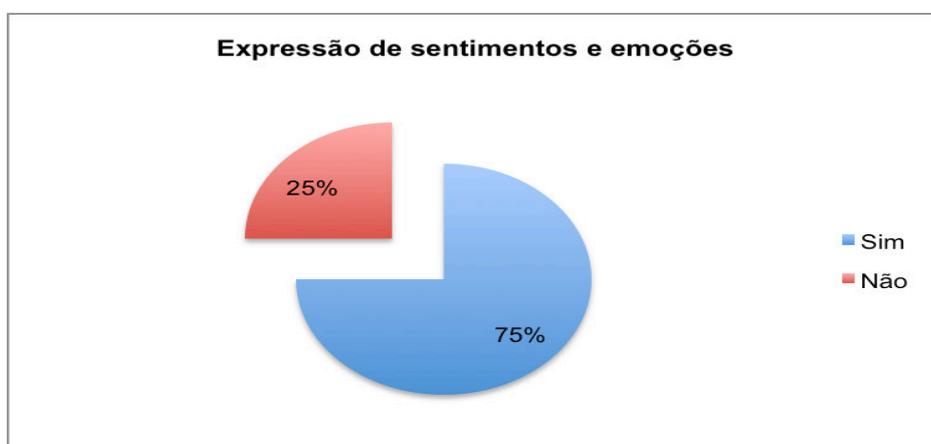


Gráfico 7 – Expressão de sentimentos e emoções pelos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 16/Junho/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Respiração abdominal</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 5 de 5</p>

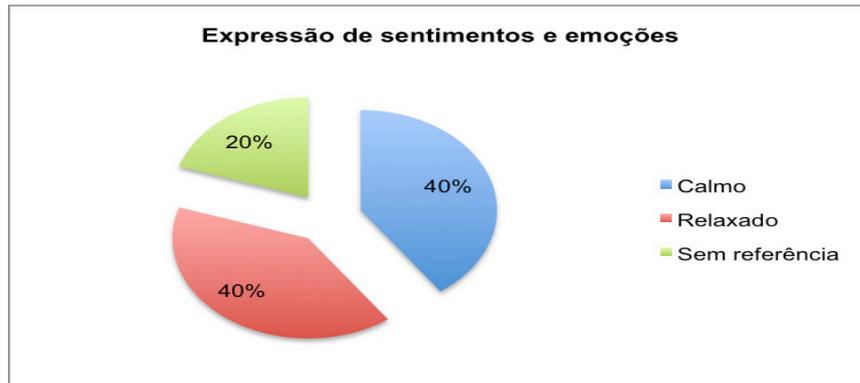


Gráfico 8 – Sentimentos e emoções transmitidos pelos utentes no final da sessão de relaxamento.



Gráfico 9 – Aspectos positivos da sessão de relaxamento referidos pelos utentes.

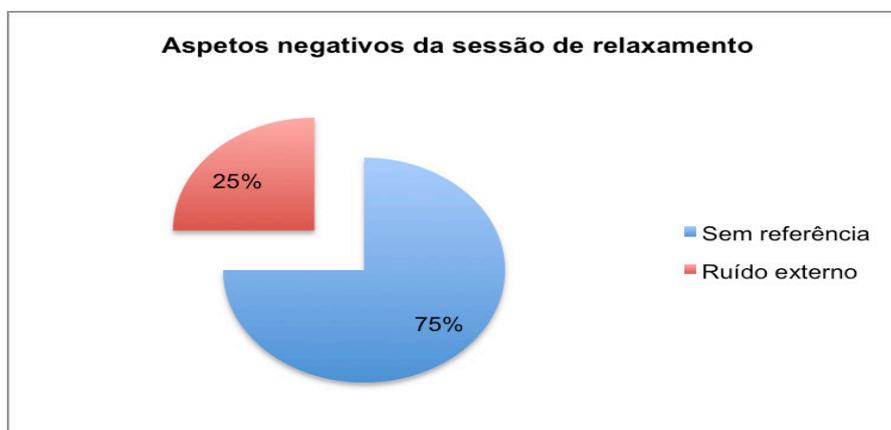


Gráfico 10 – Aspectos negativos da sessão de relaxamento referidos pelos utentes.

 CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	Avaliação das sessões de relaxamento	Data: 5/Julho/2013 Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson
Serviço de Psiquiatria do CHBA	Módulo II – Intervenção na crise do adulto	Página 1 de 7

Utente Avaliação	Utente 1	Utente 2	Utente 3
Tensão arterial no início	115/74	100/68	117/78
Frequência cardíaca no início	92	71	82
Capacidade de concentração	Não	Sim	Sim
Abstração de pensamentos	Não	Sim	Sim
Contraí/descontraí pelo menos 8 grupos musculares	Não	Sim	Sim
Diminuição da tensão muscular	Sim	Sim	Sim
Expressão de sentimentos e emoções	Sim	Sim	Sim
Sentimentos transmitidos no final da sessão	<i>“Sinto-me relaxado, mas não quero comentar mais nada” (sic).</i>	<i>“Sinto-me calmo, e relaxado” (sic).</i>	<i>“Sinto-me mais relaxado que o normal” (sic).</i>
Aspetos positivos	<i>“Não sei” (sic).</i>	<i>“O ambiente envolvente e o tom de voz” (sic).</i>	<i>“A música ambiente” (sic).</i>
Aspetos negativos	<i>“Não sei” (sic).</i>	<i>“Não sei, penso que correu tudo dentro da normalidade” (sic).</i>	<i>“Não reparei em aspetos negativos” (sic).</i>
Tensão arterial no final	103/67	98/66	102/76
Frequência cardíaca no final	70	68	74
Observação	<p>O utente no início da sessão encontrava-se motivado, no entanto com o seu decorrer foi adotando uma postura inquieta.</p> <p>Contrariamente ao observado referiu verbalmente ter relaxado, apresentando valores fisiológicos finais mais baixos que os iniciais. Discurso com fugas de ideias.</p>	<p>O utente encontrava-se entusiasmado com a sessão. A postura adotada durante a sessão foi coerente com os sentimentos descritos pelo utente. Realizou os movimentos de contração/descontração muscular sem dificuldades. Durante a sua auto-avaliação apresentou uma postura reservada e pouco comunicativa.</p>	<p>Embora o utente no internamento apresente uma postura inquieta, durante a sessão manteve-se calmo, realizando os movimentos de contração/descontração muscular incitados.</p> <p>Os sentimentos transmitidos oralmente pelo utente foram coincidentes com a observação realizada. Apresentou um discurso coerente mas pobre.</p>

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p>	<p>Data: 5/Julho/2013 Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 2 de 7</p>

Avaliação Utente	Utente 4	Utente 5
Tensão arterial no início	127/74	119/84
Frequência cardíaca no início	65	98
Capacidade de concentração	Sim	Sim
Abstração de pensamentos	Sim	Sim
Contraí/descontraí pelo menos 8 grupos musculares	Sim	Sim
Diminuição da tensão muscular	Sim	Sim
Expressão de sentimentos e emoções	Sim	Sim
Sentimentos transmitidos no final da sessão	<p>“Sinto-me descontráida”; “Inicialmente senti-me insegura e com medo, porque é algo desconhecido para mim, mas com o passar do tempo ganhei segurança e esqueci os problemas, não pensei em nada, nem nas doenças” (sic).</p>	<p>“Sinto um bem-estar físico e psicológico dentro de mim” (sic).</p>
Aspetos positivos	<p>“A música, a sua voz e o ambiente com pouca luz e sem ruídos” (sic).</p>	<p>“A sua voz, a música, o ambiente” (sic).</p>
Aspetos negativos	<p>“Não sei nenhum” (sic).</p>	<p>“Não à aspetos negativos” (sic).</p>
Tensão arterial no final	100/63	120/74
Frequência cardíaca no final	60	92
Observação	<p>A utente participou na sessão com motivação e interesse, realizando os movimentos musculares solicitados. A observação realizada, permitiu verificar que a utente encontrava-se mais calma e relaxada, sendo coerente com os parâmetros vitais registados. Discurso coerente e fluente.</p>	<p>O utente inicialmente estava renitente em participar na sessão, no entanto foi incentivado a participar. No final referiu que gostou e que se sentia tranquilo, aspeto congruente com a observação efetuada. Referiu ainda que alcançou um estado de relaxamento profundo e que conseguiu abstrair-se dos pensamentos nefastos. Discurso coerente e fluente.</p>

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 5/Julho/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 3 de 7</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da sessão de relaxamento realizada.

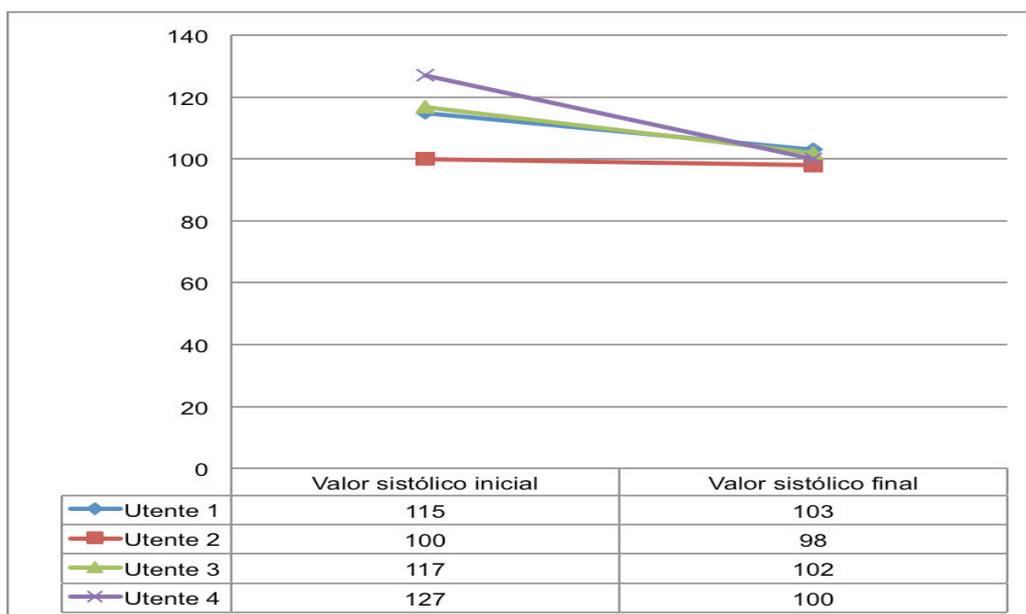


Gráfico 1 – Valores sistólicos dos utentes.

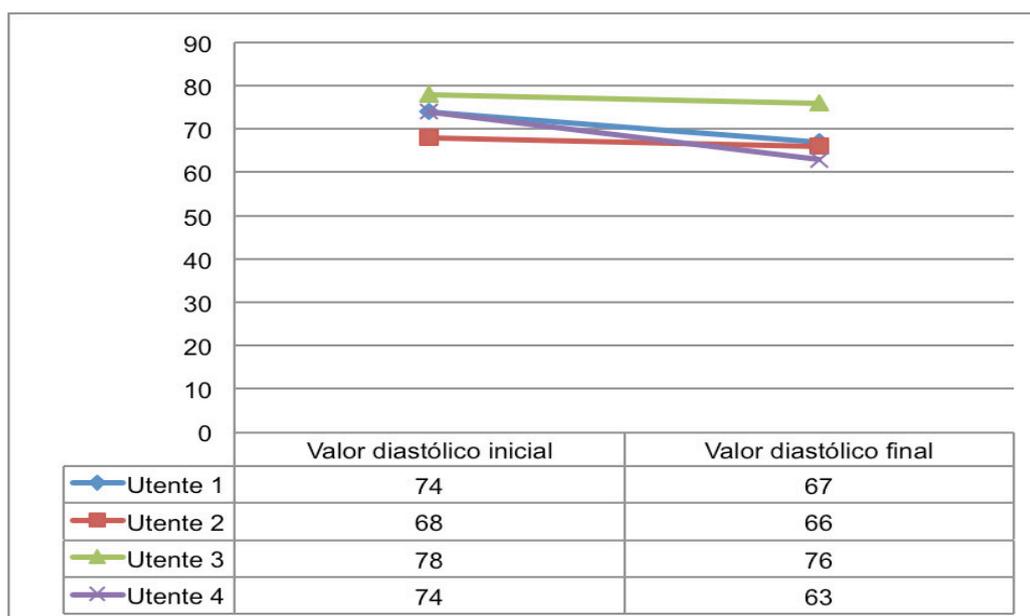


Gráfico 2 – Valores diastólicos dos utentes.

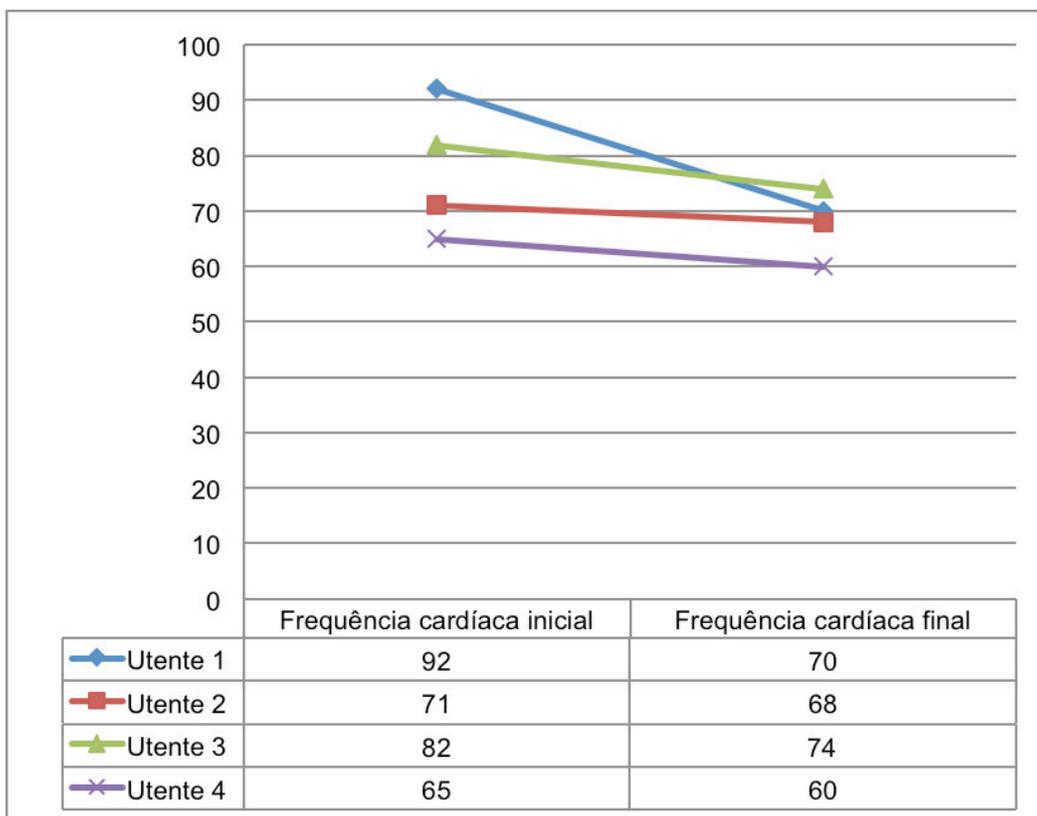


Gráfico 3 – Frequência cardíaca dos utentes.



Gráfico 4 – Capacidade de concentração dos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 5/Julho/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 5 de 7</p>



Gráfico 5 – Abstração de pensamentos pelos utentes.



Gráfico 6 – Contração/descontração de pelo menos 8 grupos musculares pelos utentes.



Gráfico 7 – Tensão muscular nos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 5/Julho/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 6 de 7</p>



Gráfico 8 – Expressão de sentimentos e emoções pelos utentes.

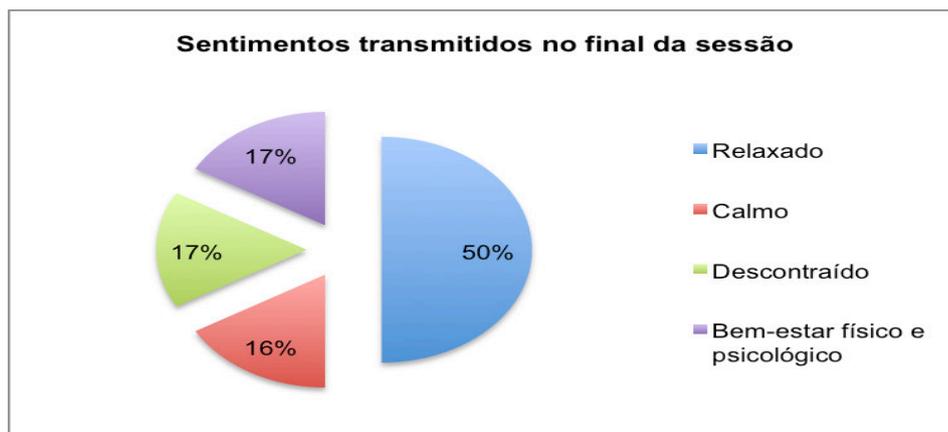


Gráfico 9 – Sentimentos e emoções transmitidos pelos utentes no final da sessão de relaxamento.



Gráfico 10 – Aspectos positivos da sessão de relaxamento referidos pelos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das sessões de relaxamento</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 5/Julho/2013</p> <p>Técnica de Relaxamento: Relaxamento progressivo de Jacobson</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 7 de 7</p>



Gráfico 11 – Aspetos negativos da sessão de relaxamento referidos pelos utentes.

Anexo XIX – Dinâmica de grupo “*Desenho Livre*”



Dinâmica de grupo “Desenho livre”

Serviço de Psiquiatria do
CHBA

Módulo II – Intervenção na crise do adulto

Página 1 de 1

Grupo destinatário: Utentes internados no Serviço de Psiquiatria do CHBA
Local: Sala de Atividades
Data: 30/05/2013; 17/06/2013; 20/06/2013.
Hora: 11:00 (turno da manhã); 20:00 (turno da tarde)
Duração: 40 minutos
Número de participantes: Entre 3-8 utentes
Recursos materiais: Folhas brancas, canetas.

Objetivos Gerais:

- Permitir a interação social entre os utentes;
- Promover a expressão de sentimentos e emoções;
- Promover a comunicação entre os utentes;
- Consciencializar os utentes para os aspetos positivos da vida.

Objetivos Específicos:

- Validar o humor;
- Verificar a vontade de viver;
- Confirmar a ideiação suicida.

Critérios de Inclusão:

- Auto-estima diminuída;
- Humor deprimido;
- Vontade de viver diminuída;
- Comunicação expressiva diminuída;
- Interação/Relação social diminuída;
- Ansiedade.

Critérios de Exclusão:

- Pensamento alterado;
- Percepção alterada;
- Utentes delirantes e/ou alucinados;
- Ausência de motivação para participar na dinâmica de grupo;
- Auto-controlo impulso agressividade ineficaz;
- Défice intelectual;
- Dificuldade de concentração;
- Estado confusional.

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5'	- Apresentação dos enfermeiros e utentes; - Apresentação da dinâmica e dos objetivos; - Explicação do procedimento da dinâmica de grupo; - Verificação da recetividade/interesse dos utentes.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação dos utentes.
Etapa II Desenvolvimento	25'	Descrição da dinâmica: - Pedir aos utentes que desenhem numa folha em branco um desenho livre e que o comentem no final.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, motivação e participação dos utentes.
Etapa III Conclusão	10'	- Motivação para a reflexão nos utentes; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da dinâmica.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Avaliação da dinâmica através do diálogo com os utentes; - Auto-avaliação dos utentes.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da dinâmica de grupo “Desenho livre”</p>	<p>Data: 30/Maio/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 1 de 4</p>

<p>Utente</p> <p>Avaliação</p>	<p>Utente 1</p>	<p>Utente 2</p>	<p>Utente 3</p>
<p>O utente entendeu/cumpriu as instruções fornecidas?</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>O utente interagiu com o grupo e com os profissionais?</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>O utente sentiu dificuldades na realização da dinâmica? Quais?</p>	<p>Não</p>	<p>Não</p>	<p>Não</p>
<p>O utente sentiu-se motivado?</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>O utente exprimiu os seus sentimentos e emoções?</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>	<p>Não</p>
<p>Sentimentos dominantes</p>	<p>Saudade Amor</p>	<p>Saudade Liberdade</p>	<p>Não fez referência aos seus sentimentos</p>
<p>Os sentimentos transmitidos foram congruentes com o desenho elaborado?</p>	<p>Sim. O utente desenhou o seu animal de estimação, pelo fato de sentir saudades deste e pelo amor que nutre por ele. Manifestou interesse em ter alta pelo fato de se sentir melhorado.</p>	<p>Sim. A utente desenhou um dia de sol e chuva com um arco íris, referindo que “<i>simbolizam os dias de passeio com o meu filho</i>” (sic). Acrescentou ainda que o desenho representa a saudade que tem do seu filho e a ambição em ter alta para “<i>me sentir livre</i>” (sic).</p>	<p>Não. O utente desenhou montanhas com animais justificando que “<i>O sol representa o cosmos, as montanhas o degelo e a ovelha todos os animais racionais e irracionais</i>” (sic). Em todo o discurso não fez referência aos seus sentimentos.</p>
<p>Observação</p>	<p>O utente participou ativamente na dinâmica de grupo com empenho e entusiasmo. Apresentou uma boa interação com os restantes elementos do grupo, assim como expressou os seus sentimentos. Comunicou sem dificuldades, apresentando um discurso fluente e coerente. Apresentou humor eutímico, negando ideação suicida.</p>	<p>A utente participou na dinâmica com motivação e entusiasmo. Expressou oralmente os sentimentos retratados pelo desenho, fazendo alusão às saudades do filho e ao desejo em ter alta para ir para perto deste. Comunicou facilmente com os restantes utentes apresentando um discurso fluente e coerente. Desenvolveu uma adequada interação social e apresentou humor deprimido, negando ideação suicida.</p>	<p>O utente participou na dinâmica com empenho e interesse. Interpretou o seu desenho como “<i>O sol representa o cosmos, as montanhas o degelo e a ovelha todos os animais racionais e irracionais</i>” (sic). Embora tenha apresentado um comportamento adequado, o seu discurso foi incoerente e o seu pensamento demonstrou-se alterado. Durante a dinâmica não fez referência aos seus sentimentos nem emoções, no entanto interagiu adequadamente com os outros utentes. Apresentou humor eutímico.</p>

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da dinâmica de grupo “Desenho livre” Gráficos</p>	<p>Data: 30/Maio/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 2 de 4</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da dinâmica de grupo realizada.

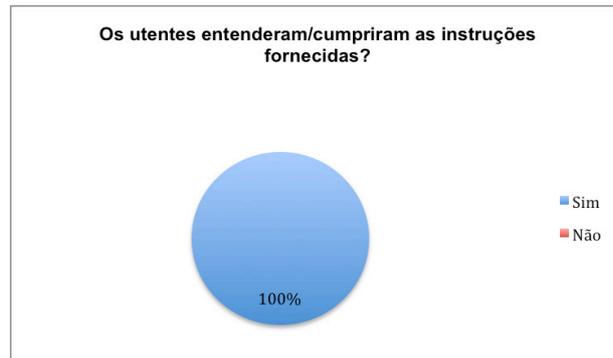


Gráfico 1 – Compreensão dos utentes face às instruções fornecidas.



Gráfico 2 – Interação dos utentes com o grupo e com os profissionais durante a dinâmica.



Gráfico 3 – Existência de dificuldades sentidas pelos utentes durante a realização da dinâmica de grupo.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da dinâmica de grupo “Desenho livre” Gráficos</p>	<p>Data: 30/Maio/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 3 de 4</p>

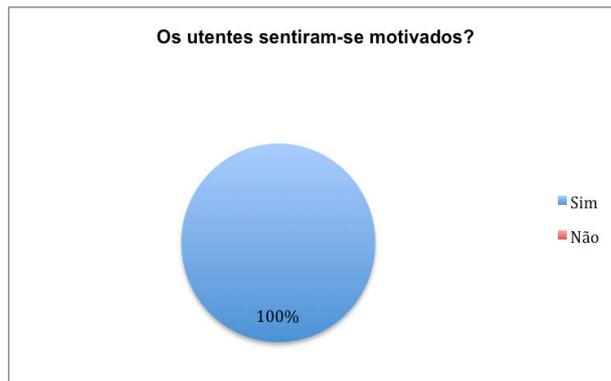


Gráfico 4 – Motivação dos utentes que participaram na dinâmica de grupo.

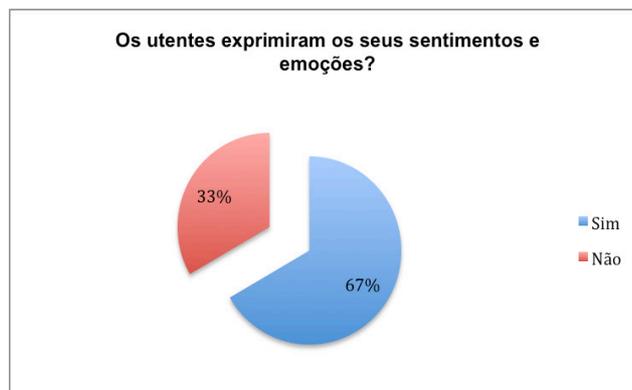


Gráfico 5 – Expressão dos sentimentos e emoções pelos utentes que participaram na dinâmica de grupo.

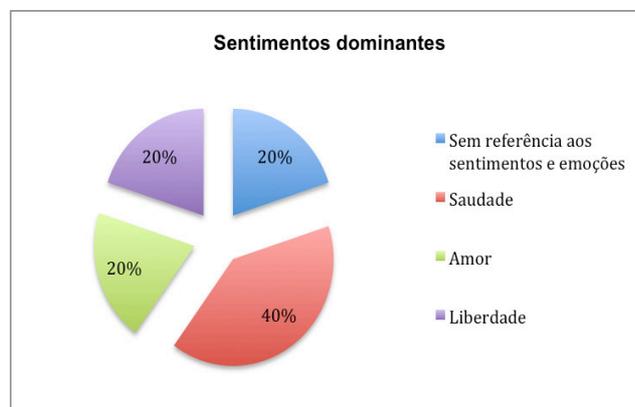


Gráfico 6 – Sentimentos dominantes nos utentes que participaram na dinâmica de grupo.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da dinâmica de grupo “Desenho livre” Gráficos</p>	<p>Data: 30/Maio/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 4 de 4</p>



Gráfico 7 – Congruência entre os sentimentos transmitidos e o desenho elaborado pelos utentes na dinâmica de grupo.



	Utente		
Avaliação	Utente 1	Utente 2	Utente 3
O utente entendeu/cumpriu as instruções fornecidas?	Sim	Sim	Sim
O utente interagiu com o grupo e com os profissionais?	Sim	Sim	Sim
O utente sentiu dificuldades na realização da dinâmica? Quais?	Não	Não	Não
O utente sentiu-se motivado?	Sim	Sim	Sim
O utente exprimiu os seus sentimentos e emoções?	Sim	Sim	Sim
Sentimentos dominantes	Saudades da família	Medo Solidão	Saudade Tristeza
Os sentimentos transmitidos foram congruentes com o desenho elaborado?	Sim. A utente referiu que <i>“desenhei a minha casa por ter saudades dela e da minha família”</i> (sic), manifestando interesse em ter alta clínica.	Sim. O utente desenhou uma cela prisional, retratando os seus sentimentos de medo acerca da possibilidade em ser preso após um julgamento que irá decorrer em breve.	Sim. A utente desenhou o seu filho a brincar sozinho, alegando que <i>“ele agora está sozinho, não me tem a mim para brincar”</i> (sic).
Observação	A utente participou ativamente na dinâmica de grupo, interagindo e comunicando com os restantes utentes e profissionais. Expressou verbalmente os seus sentimentos e emoções, dando exemplos da sua vida quotidiana. Os sentimentos transmitidos verbalmente foram coerentes com o desenho ilustrado. Apresentou humor deprimido e discurso coerente, mas pobre.	O utente apresentou uma boa interação social com os outros utentes e com os profissionais. Durante a dinâmica comunicou verbalmente e de forma assertiva acerca dos sentimentos expostos no desenho, referindo que <i>“desenhei uma cela, porque o dia do julgamento esta a aproximar-se e tenho medo de ir preso. Lá vou estar sozinho, não conheço ninguém”</i> (sic).	No decorrer da dinâmica de grupo, a utente apresentou humor deprimido e labilidade emocional ao recordar o seu filho mais novo. No entanto, participou adequadamente na atividade com interesse, apresentando uma boa interação social e uma boa capacidade de comunicação e expressão. Os sentimentos expressos no desenho, foram coerentes com os sentimentos transmitidos oralmente.



Utente	Utente 4	Utente 5	Utente 6
Avaliação			
O utente entendeu/cumpriu as instruções fornecidas?	Sim	Sim	Sim
O utente interagiu com o grupo e com os profissionais?	Não	Sim	Não
O utente sentiu dificuldades na realização da dinâmica? Quais?	Não	Não	Não
O utente sentiu-se motivado?	Sim	Sim	Sim
O utente exprimiu os seus sentimentos e emoções?	Sim	Sim	Sim
Sentimentos dominantes	Vontade de viver Saudade	Solidão Tristeza	Liberdade
Os sentimentos transmitidos foram congruentes com o desenho elaborado?	Sim. A utente desenhou um regador, referindo que <i>“gosto muito de regar o jardim da minha casa, já tenho saudades. Neste momento sinto é falta de um regador para o meu jardim interior. Gostava de viver feliz”</i> (sic).	Sim. A utente desenhou uma casa alegando que <i>“é a minha casa de sonho. Neste momento estou sem casa, sem amigos e sem família, sinto-me sozinha na vida”</i> (sic).	Sim. O utente desenhou uma praia, mencionando que <i>“neste momento gostaria de estar na praia e não aqui com internamento compulsivo”</i> (sic).
Observação	A utente participou na dinâmica com motivação. Durante a sessão executou o seu desenho com empenho e entusiasmo, no entanto quando foi solicitada a comentá-lo apresentou um discurso pobre e repetitivo. A interação social foi escassa. Postura reservada e pouco comunicativa. No entanto, os sentimentos que transmitiu oralmente foram expressos no desenho realizado. Apresentou humor deprimido, no entanto negou ideia suicida.	Durante a realização da dinâmica, a utente apresentou humor deprimido, sendo coerente com o desenho executado e com os sentimentos transmitidos verbalmente no decorrer da análise do desenho. Apresentou boa interação social, e uma adequada comunicação, recorrendo a exemplos do seu dia-a-dia através de um discurso fluente e coerente. Demonstrou motivação e interesse em participar na dinâmica, fazendo-o ativamente.	No momento da introdução à dinâmica, o utente apresentava-se inquieto. Com o decorrer do desenvolvimento e dando início ao seu desenho, foi ficando progressivamente mais calmo e motivado com a sua participação. Apresentou uma postura reservada durante a dinâmica, interferindo com a sua interação social e com a comunicação verbal. Discurso pobre, mas coerente. Os seus sentimentos foram espelhados de forma coerente. Humor eufónico.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da dinâmica de grupo “Desenho livre” Gráficos</p>	<p>Data: 17/Junho/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 3 de 5</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da dinâmica de grupo realizada.

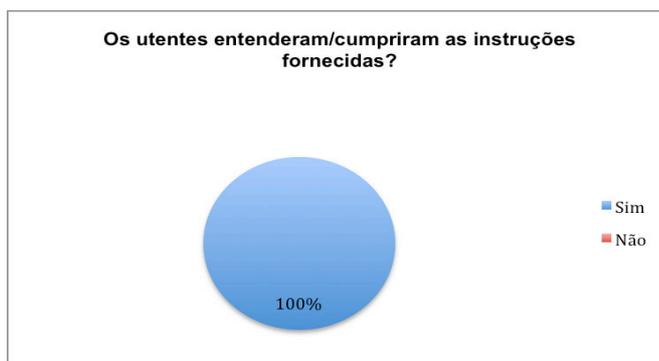


Gráfico 1 – Compreensão dos utentes face às instruções fornecidas.



Gráfico 2 – Interação dos utentes com o grupo e com os profissionais durante a dinâmica.



Gráfico 3 – Existência de dificuldades sentidas pelos utentes durante a realização da dinâmica de grupo.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da dinâmica de grupo “Desenho livre” Gráficos</p>	<p>Data: 17/Junho/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 4 de 5</p>



Gráfico 4 – Motivação dos utentes que participaram na dinâmica de grupo.



Gráfico 5 – Expressão dos sentimentos e emoções pelos utentes que participaram na dinâmica de grupo.

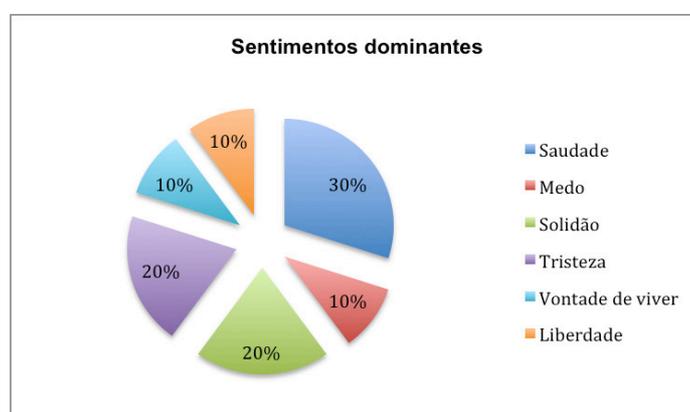


Gráfico 6 – Sentimentos dominantes nos utentes que participaram na dinâmica de grupo.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da dinâmica de grupo “Desenho livre” Gráficos</p>	<p>Data: 17/Junho/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 5 de 5</p>

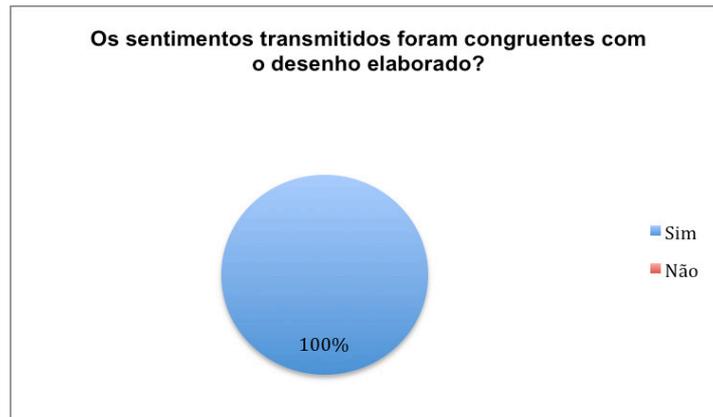


Gráfico 7 – Congruência entre os sentimentos transmitidos e o desenho elaborado pelos utentes na dinâmica de grupo.



Utente	Utente 1	Utente 2	Utente 3
Avaliação			
O utente entendeu/cumpriu as instruções fornecidas?	Sim	Não	Sim
O utente interagiu com o grupo e com os profissionais?	Sim	Não	Não
O utente sentiu dificuldades na realização da dinâmica? Quais?	Não	Sim. O utente não compreendeu as instruções fornecidas, por encontrar-se inquieto.	Não
O utente sentiu-se motivado?	Sim	Sim	Sim
O utente exprimiu os seus sentimentos e emoções?	Sim	Não	Sim
Sentimentos dominantes	Felicidade Saudade	O utente não transmitiu os seus sentimentos.	Vontade de viver
Os sentimentos transmitidos foram congruentes com o desenho elaborado?	Sim. A utente desenhou ela e o filho a brincarem no jardim. Referiu que <i>“tenho saudades do meu filho e das brincadeiras que tínhamos em conjunto”</i> (sic).	Não. O utente desenhou uma casa alegando que é <i>“um desenho que estou habituado a fazer”</i> (sic). Em todo o discurso apresentado não fez referência aos seus sentimentos.	Sim. A utente desenhou flores, alegando que <i>“Gosto muito de flores, pois ao pé delas sinto-me com força para continuar a viver e não penso em coisas que me perturbam”</i> (sic).
Observação	A utente participou ativamente na dinâmica interagindo e comunicando com os outros utentes e profissionais. O tema do seu discurso foi o filho, apresentou um fáceis de alegria e esboçando sorrisos. Referiu que <i>“passava o tempo com o meu filho, fazia tudo com ele, tenho saudades dele”</i> (sic). Apresentou um discurso fluente e coerente com o desenho ilustrado. Humor eutímico.	O utente não ilustrou um desenho que transmitisse os seus sentimentos e emoções, mas sim um desenho de que se recordou no momento, justificando <i>“foi o desenho que me lembrei, talvez porque sempre o desenhei”</i> (sic). Apresentou uma postura inquieta, fraca interação social e pouco comunicativo, não transmitindo verbalmente nem através do desenho os seus sentimentos nem emoções. Apresentou um discurso coerente, mas pobre e humor eutímico.	A utente participou com entusiasmo e empenho na dinâmica. Embora reservada e pouco comunicativa, apenas interagiu com os restantes utentes e profissionais no momento de comentar o seu próprio desenho. Na análise ao desenho evidenciou os seus sentimentos e emoções, com exemplos do dia-a-dia, os quais foram concordantes com o desenho elaborado. Apresentou humor deprimido, discurso coerente e pobre.



Avaliação	Utente 4	Utente 5	Utente 6
O utente entendeu/cumpriu as instruções fornecidas?	Sim	Sim	Sim
O utente interagiu com o grupo e com os profissionais?	Não	Sim	Sim
O utente sentiu dificuldades na realização da dinâmica? Quais?	Não	Não	Não
O utente sentiu-se motivado?	Sim	Sim	Sim
O utente exprimiu os seus sentimentos e emoções?	Sim	Sim	Sim
Sentimentos dominantes	Esperança	Ódio Vingança	Tristeza
Os sentimentos transmitidos foram congruentes com o desenho elaborado?	Não. A utente desenhou uma casa e flores, que não foram congruentes com a análise do desenho. Referiu que <i>“gostava de não ter pensamentos maus. Só desenhei isto, porque não sabia o que desenhar”</i> (sic).	Sim. O utente desenhou a sua mãe numa ilha deserta, alegando que <i>“quero-a longe de mim, senão não sei o que lhe faço”</i> (sic). Estes sentimentos surgem na sequência do internamento compulsivo.	Sim. A utente desenhou um girassol, alegando que <i>“quando morrer quero ser cremada, depois quero que deitem as minhas cinzas sobre um campo de girassóis”</i> (sic).
Observação	A utente demonstrou uma postura reservada e pouco comunicativa. Apresentou ainda fraca interação com os restantes utentes e com os profissionais referindo em todo o seu discurso que <i>“gostava de não ter pensamentos maus”</i> (sic). A frase mencionada não foi congruente com o desenho elaborado, visto que a utente desenhou uma casa e não quis tecer comentários ao desenho ilustrado, alegando que <i>“não sei o que dizer”</i> (sic). Apresentou humor deprimido, discurso coerente e pobre.	O utente participou ativamente na dinâmica de grupo demonstrando-se comunicativo. Adequada interação social com os restantes utentes e profissionais. Apresentou um discurso coerente e fluente, com conteúdo de ódio e vingativo relativamente à mãe, desejando que <i>“encontre-se longe de mim, senão nem sei o que lhe faço”</i> (sic). Durante o discurso ficou mais nervoso e tenso. Humor eutímico. Os sentimentos transmitidos oralmente, foram coerentes com o desenho.	A utente participou ativamente na dinâmica com uma postura adequada, interagindo com os restantes utentes. Partilhou experiências do seu dia-a-dia. Durante o seu discurso fez referência à sua morte como um acontecimento que ocorrerá em breve, expondo os seus desejos no que concerne ao seu velório. Humor deprimido e labilidade emocional ao referir que <i>“para estar sozinha neste mundo, prefiro deixar este mundo sem mim”</i> (sic). Mantém ideia suicida, sem plano.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da dinâmica de grupo “Desenho livre” Gráficos</p>	<p>Data: 20/Junho/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 3 de 5</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da dinâmica de grupo realizada.

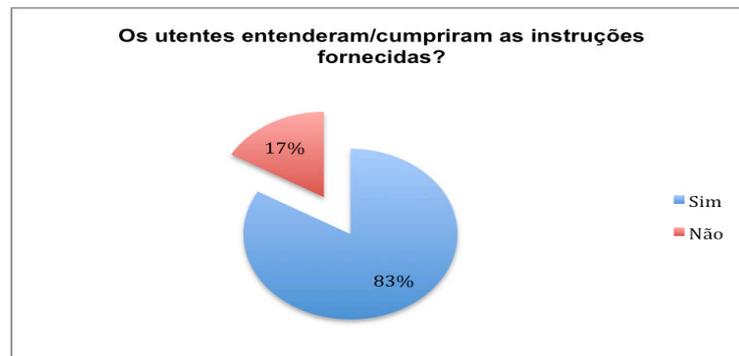


Gráfico 1 – Compreensão dos utentes face às instruções fornecidas.



Gráfico 2 – Interação dos utentes com o grupo e com os profissionais durante a dinâmica.



Gráfico 3 – Existência de dificuldades sentidas pelos utentes durante a realização da dinâmica de grupo.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da dinâmica de grupo “Desenho livre” Gráficos</p>	<p>Data: 20/Junho/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 4 de 5</p>

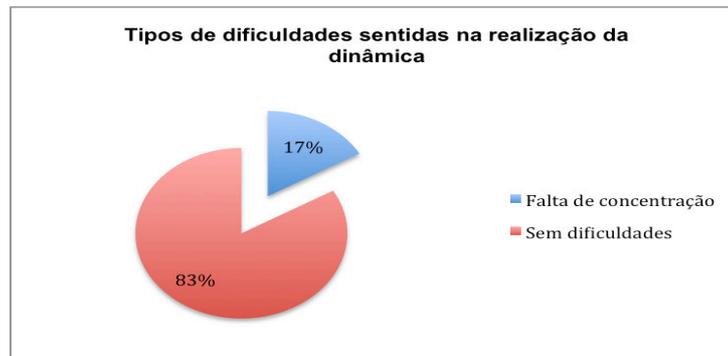


Gráfico 4 – Tipos de dificuldades sentidas pelos utentes durante a realização da dinâmica de grupo.



Gráfico 5 – Motivação dos utentes que participaram na dinâmica de grupo.

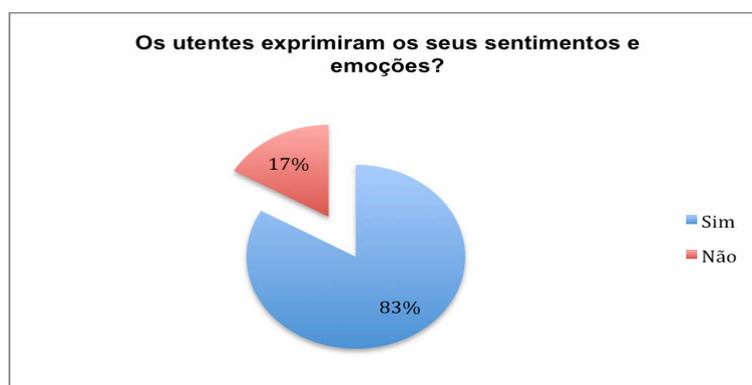


Gráfico 6 – Expressão dos sentimentos e emoções pelos utentes que participaram na dinâmica de grupo.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da dinâmica de grupo “Desenho livre” Gráficos</p>	<p>Data: 20/Junho/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 5 de 5</p>

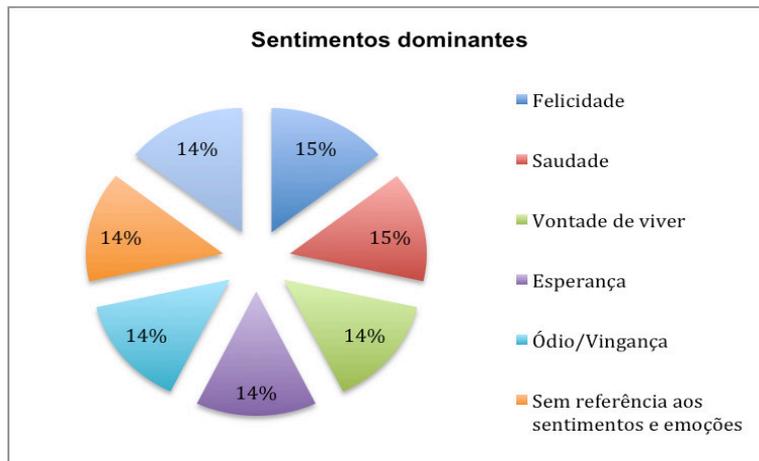


Gráfico 7 – Sentimentos dominantes nos utentes que participaram na dinâmica de grupo.



Gráfico 8 – Congruência entre os sentimentos transmitidos e o desenho elaborado pelos utentes na dinâmica de grupo.

Anexo XX – Dinâmica de grupo “*Comentário de Provérbios*”



<p>Grupo destinatário: Utentes internados no Serviço de Psiquiatria do CHBA Local: Sala de Atividades Data: 16/06/2013; 24/06/2013 Hora: 11:00 (turno da manhã); 20:00 (turno da tarde) Duração: 40 minutos Número de participantes: Entre 3-8 utentes Recursos materiais: Nenhum.</p>		<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permitir a interação social entre os utentes; • Promover a expressão de sentimentos e emoções; • Promover a comunicação entre os utentes. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validar o humor; • Verificar a vontade de viver; • Confirmar a ideiação suicida. 		
<p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auto-estima diminuída; • Humor deprimido; • Vontade de viver diminuída; • Comunicação expressiva diminuída; • Interação/Relação social diminuída; • Ansiedade. 		<p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamento alterado; • Percepção alterada; • Ausência de motivação para participar na dinâmica de grupo; • Auto-controlo impulso agressividade ineficaz; • Défice intelectual; • Dificuldade de concentração; • Estado confusional. 		
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5´	- Apresentação dos enfermeiros e utentes; - Apresentação da dinâmica e dos objetivos; - Explicação do procedimento da dinâmica; - Verificação da recetividade/interesse dos utentes.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação dos utentes.
Etapa II Desenvolvimento	25´	Descrição da dinâmica: Pedir aos utentes que comentem quatro dos seguintes provérbios: - A um conselho amigo não feches o postigo; - Mais vale tarde que nunca; - Não há bem que sempre dure nem mal que nunca acabe; - Viver não custa o que custa é saber viver; - Tristezas não pagam dívidas; - A união faz a força; - A galinha da vizinha é sempre melhor que a minha; - Água mole em pedra dura, tanto bate até que fura. Solicitar aos utentes para comentarem os provérbios podendo recorrer a exemplos do seu quotidiano.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, motivação e participação dos utentes.
Etapa III Conclusão	10´	- Motivação dos utentes para a reflexão; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da dinâmica de grupo.	- Método afirmativo / participativo.	- Avaliação da dinâmica de grupo através do diálogo com os utentes; - Auto-avaliação dos utentes.



Utente	Utente 1	Utente 2	Utente 3
Avaliação			
O utente entendeu/cumpriu as instruções fornecidas?	Sim	Sim	Não
O utente interagiu com o grupo e com os profissionais?	Sim	Sim	Não
O utente sentiu dificuldades na realização da dinâmica? Quais?	Não	Não	Sim, dificuldade em concentrar-se. Referindo que “ <i>não consigo, sinto a cabeça confusa</i> ” (sic)
O utente sentiu-se motivado?	Sim	Sim	Não
O utente expressiu os seus sentimentos e emoções?	Sim	Sim	Sim
Sentimentos dominantes	Confiança, referindo que “ <i>sinto que o meu estado de saúde esta a melhorar. Sinto-me confiante no tratamento</i> ” (sic).	Manifestou revolta por estar internado compulsivamente.	Verbalmente não expressou sentimentos. Comunicação não verbal – fáceis triste e labilidade emocional.
Observação	A utente participou na dinâmica ativamente, comentando todos os provérbios expostos e concedendo exemplos do seu quotidiano. Apresentou-se comunicativa, com discurso coerente e fluente, no entanto com humor deprimido.	O utente participou na dinâmica com motivação. Embora pouco comunicativo e com um discurso circunstanciado e vago, comentou os provérbios solicitados. Expressiu sentimentos de revolta direcionados ao internamento compulsivo. Apresentou humor eufímico.	A utente apresentou humor deprimido e labilidade emocional, apresentando-se deste modo com dificuldade em concentrar-se e em expor os seus sentimentos. Dificuldade em comentar os provérbios apresentados, apresentando discurso pobre e repetitivo.



Utente	Utente 4	Utente 5
Avaliação		
O utente entendeu/cumpriu as instruções fornecidas?	Não	Sim
O utente interagiu com o grupo e com os profissionais?	Não	Sim
O utente sentiu dificuldades na realização da dinâmica? Quais?	Sim, dificuldade em compreender dos provérbios.	Sim. Utente inglesa, onde a barreira linguística dificultou a compreensão dos provérbios.
O utente sentiu-se motivado?	Sim	Sim
O utente expressiu os seus sentimentos e emoções?	Sim	Sim
Sentimentos dominantes	<i>“Ando sempre uma pessoa muito triste, não tenho alegria”</i> (sic). Apresenta sentimentos tristeza.	Fez referência a sentimentos de tristeza e solidão. <i>“Estou sozinha, não tenho para onde ir”</i> (sic).
Observação	A participação da utente na dinâmica foi fraca, no entanto foi a própria a solicitar a sua participação. Pouco comunicativa, e com uma fraca interação social. Expressou os seus sentimentos, somente num provérbio. Apresentou uma postura isolada e uma atitude reservada.	Embora existisse a barreira linguística, este obstáculo foi colmatado permitindo a participação da utente na dinâmica. Expressiu os seus sentimentos, apresentando um discurso fluente e coerente, onde expressou planos para o seu futuro. Apresentou humor deprimido.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	Avaliação da dinâmica de grupo “Comentário de provérbios”	Data: 16/Junho/2013
Serviço de Psiquiatria do CHBA	Módulo II – Intervenção na crise do adulto	Página 3 de 6

Interpretação dos provérbios pelos utentes

Provérbio 1: “A um conselho amigo não feches o postigo”

Utente 1: “Devemos ouvir os conselhos que os amigos nos dão, porque nos querem ajudar, dai darem bons conselhos. Faz-nos bem ouvir e apreender” (sic).

Utente 2: “Devemos ouvir os conselhos que nos dão, no entanto quando não interessam, não ouvimos” (sic).

Utente 3: “Devemos ouvir o que os nossos amigos nos dizem” (sic).

Utente 4: “Temos de ouvir e não dizer nada a ninguém” (sic).

Utente 5: “Quando uma amiga nos dá um conselho temos de ouvi-lo e depois seleccioná-lo. Neste momento estou a ouvir os conselhos das minhas amigas e pondero voltar para a minha terra, pois aqui não tenho nada” (sic).

Provérbio 2: “Mais vale tarde do que nunca”

Utente 1: “Mais vale ter feito este tratamento tarde, do que nunca o ter feito. Temos de pensar antes de fazer as coisas” (sic).

Utente 2: “Mais vale fazer agora, neste momento, do que não fazer. O que nos vem à cabeça é para ser feito hoje e não deixar para amanhã” (sic).

Utente 3: “Mais vale tarde as coisas boas que nunca. Não sei o que diga mais” (sic).

Utente 4: “Não sei explicar” (sic).

Utente 5: “É melhor fazer mais tarde as coisas, do que não fazer. Neste momento é hora de arrumar as minhas malas e ir para perto da minha família” (sic).

Provérbio 3: “Não à bem que sempre dure, nem mal que nunca acabe”

Utente 1: “É por ciclos, ao longo da nossa vida à momentos em que estamos muito bem e outros em que estamos muito mal. Agora estou num ciclo mau, mas também já estive pior. Pelo menos, ainda consigo sorrir de vez em quando” (sic).

Utente 2: “O mal é estar aqui preso e não estar lá fora a apanhar sol e a passear. O meu internamento compulsivo é uma injustiça. Tenho de dar mais atenção ao mal e agarrar o bem sempre que se aproxime de mim” (sic).

Utente 3: “Não sei que dizer, não tenho nada na cabeça” (sic).

Utente 4: “O bem nunca dura, nem o mal acaba. Não sei o que lhe hei-de dizer” (sic).

Utente 5: “As coisas boas nunca duram para sempre e as más também acabam. Espero que os meus problemas possam acabar” (sic).

Provérbio 4: “Tristezas não pagam dívidas”

Utente 1: “Não vale a pena andar triste. Temos de encontrar uma solução para os nossos problemas” (sic).

Utente 2: “A tristeza só afasta as pessoas. Quando só temos conversas de conteúdo negativo, afastamos os nossos amigos” (sic).

Utente 3: “Isto é muito confuso para a minha cabeça, não sei o que dizer” (sic).

Utente 4: “Ando sempre uma pessoa muito triste, não tenho alegria” (sic).

Utente 5: “Não sei explicar” (sic).

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da dinâmica de grupo “Comentário de provérbios” - Gráficos</p>	<p>Data: 16/Junho/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 4 de 6</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da dinâmica de grupo realizada.

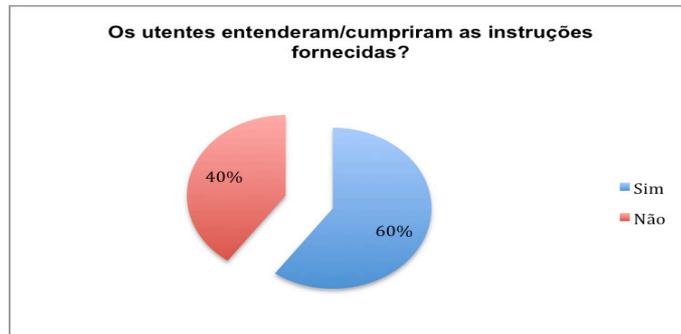


Gráfico 1 – Compreensão dos utentes face às instruções fornecidas.



Gráfico 2 – Interação dos utentes com o grupo e com os profissionais durante a dinâmica.



Gráfico 3 – Existência de dificuldades sentidas pelos utentes durante a realização da dinâmica de grupo.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da dinâmica de grupo “Comentário de provérbios” - Gráficos</p>	<p>Data: 16/Junho/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 5 de 6</p>



Gráfico 4 – Tipo de dificuldades sentidas pelos utentes durante a realização da dinâmica de grupo.



Gráfico 5 – Motivação dos utentes que participaram na dinâmica de grupo.



Gráfico 6 – Expressão dos sentimentos e emoções pelos utentes que participaram na dinâmica de grupo.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da dinâmica de grupo “Comentário de provérbios” - Gráficos</p>	<p>Data: 16/Junho/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 6 de 6</p>

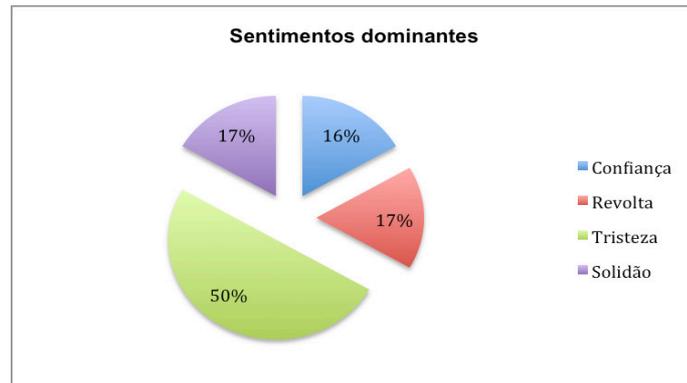


Gráfico 7 – Sentimentos dominantes nos utentes que participaram na dinâmica de grupo.



Utente	Utente 1	Utente 2	Utente 3
Avaliação			
O utente entendeu/cumpriu as instruções fornecidas?	Sim	Sim	Sim
O utente interagiu com o grupo e com os profissionais?	Sim	Sim	Sim
O utente sentiu dificuldades na realização da dinâmica? Quais?	Não	Não	Não
O utente sentiu-se motivado?	Sim	Sim	Sim
O utente expressou os seus sentimentos e emoções?	Sim	Sim	Sim
Sentimentos dominantes	Em todo o seu discurso demonstrou revolta com o internamento compulsivo, e nessa sequência referiu que <i>“não confio em mais ninguém, senão em mim próprio”</i> (sic).	Demonstrou esperança no futuro, focando o seu discurso em objetivos futuros. Demonstrou sentimentos de felicidade.	Expressou sentimentos de esperança face ao futuro.
Observação	Embora revoltado com o internamento, o utente participou ativamente na dinâmica com motivação e interesse. Demonstrou os seus sentimentos, apresentando um discurso fluente e coerente, recorrendo a exemplos.	Utente participou ativamente na dinâmica, adotando uma postura comunicativa e apresentou um discurso fluente e otimista face ao seu futuro. Apresentou fáceis de alegria sempre que fazia referência aos seus objetivos futuros.	A utente participou de forma ativa na dinâmica, expressando os seus sentimentos e perspetivas futuras. Apresentou um discurso fluente e coerente. Boa interação social com os restantes utentes. Humor eutímico.



Utente	Utente 4	Utente 5
Avaliação		
O utente entendeu/cumpriu as instruções fornecidas?	Sim	Não
O utente interagiu com o grupo e com os profissionais?	Sim	Não
O utente sentiu dificuldades na realização da dinâmica? Quais?	Não	Sim. Utente inquieto que não respeitou as regras da dinâmica, abandonando-a no seu decorrer.
O utente sentiu-se motivado?	Sim	Não
O utente expressiu os seus sentimentos e emoções?	Sim	Não
Sentimentos dominantes	Referiu estar motivada e feliz para ultrapassar os obstáculos do dia-a-dia e com esperança no futuro.	Não fez referência aos seus sentimentos.
Observação	A utente participou ativamente na dinâmica com empenho e motivação, expressando os seus sentimentos e focando a sua atenção em planos face ao futuro. Apresentou um discurso coerente e com lógica das suas ideias. Humor eutímico.	O utente inicialmente pediu para participar na dinâmica, no entanto no seu decorrer apresentou um comportamento inquieto, interrompendo os outros utentes, pelo que abandonou-a. Apresentou um discurso incoerente e fluente, acompanhado de um pensamento desorganizado.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	Avaliação da dinâmica de grupo “Comentário de provérbios”	Data: 24/Junho/2013
Serviço de Psiquiatria do CHBA	Módulo II – Intervenção na crise do adulto	Página 3 de 6

Interpretação dos provérbios pelos utentes

Provérbio 1: “Tristezas não pagam dívidas”

Utente 1: “Não adianta estarmos tristes, para enfrentar o internamento tenho de manter-me com força” (sic).

Utente 2: “Quando estamos tristes, temos de procurar uma solução para os nossos problemas” (sic).

Utente 3: “Para superar as tristezas temos de dar a volta à situação complicada do momento” (sic).

Utente 4: “Devemos superar as tristezas e apoiarmo-nos nas pessoas que gostam de nós e que nos transmitem apoio” (sic).

Utente 5: Não comentou o provérbio, porque abandonou a dinâmica de grupo.

Provérbio 2: “A união faz a força”

Utente 1: “Depende das pessoas e de vários fatores. Acredito em mim próprio e em mais ninguém” (sic).

Utente 2: “É melhor fazermos as coisas, acompanhados por outras pessoas, do que fazermos sozinhas. Deste modo, temos forças para continuar a caminhada” (sic).

Utente 3: “Devemo-nos apoiar uns nos outros para atingirmos os nossos objetivos. Devemos de dar e receber força, ou seja, força de parte a parte” (sic).

Utente 4: “Devemos colaborar uns com os outros, pois favorece um ambiente saudável para ultrapassar as dificuldades” (sic).

Utente 5: Não comentou o provérbio, porque abandonou a dinâmica de grupo.

Provérbio 3: “A um conselho amigo, não feches o postigo”

Utente 1: “Nem todos os conselhos são bons, não devemos acreditar em todo o que nos dizem. Foi por acreditar nas pessoas que hoje estou aqui, com internamento compulsivo” (sic).

Utente 2: “É bom ouvirmos os nossos amigos e pensarmos nos conselhos que nos dão” (sic).

Utente 3: “A minha cabeça tem de ter a força necessária para selecionar os conselhos que são bons e que me são dados com amor” (sic).

Utente 4: “Devemos receber os conselhos dos amigos, porque se nos dão conselhos é porque querem o nosso bem acima de tudo” (sic).

Utente 5: Não comentou o provérbio, porque abandonou a dinâmica de grupo.

Provérbio 4: “Água mole em pedra dura, tanto bate até que fura”

Utente 1: “Todos me dizem para tomar a medicação, mas eu sei que não estou doente, que não preciso da medicação, portanto não preciso de tanta água, eu é que sei o que é bom para mim” (sic).

Utente 2: “Quando queremos atingir um objetivo, temos de ter paciência para o alcançar, eu vou lutar e vou tentar não desistir” (sic).

Utente 3: “A persistência de um bom conselho, faz com que eu o assimile e compreenda a sua importância” (sic).

Utente 4: “A pedra é mais forte que a água, mas nem sempre devo ser uma pedra. Devo também permitir que a água fure a pedra que existe em mim” (sic).

Utente 5: Não comentou o provérbio, porque abandonou a dinâmica de grupo.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da dinâmica de grupo “Comentário de provérbios” - Gráficos</p>	<p>Data: 24/Junho/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 4 de 6</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da dinâmica de grupo realizada.

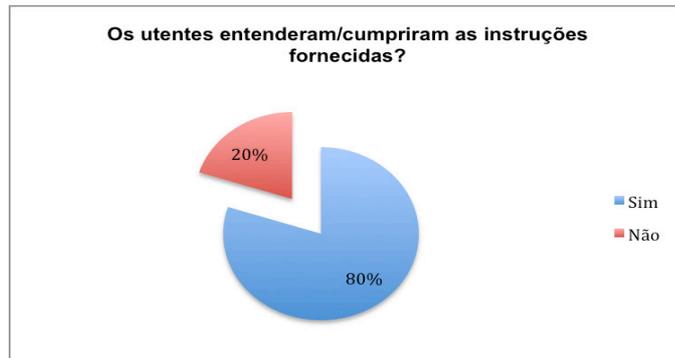


Gráfico 1 – Compreensão dos utentes face às instruções fornecidas.



Gráfico 2 – Interação dos utentes com o grupo e com os profissionais durante a dinâmica.



Gráfico 3 – Existência de dificuldades sentidas pelos utentes durante a realização da dinâmica de grupo.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da dinâmica de grupo “Comentário de provérbios” - Gráficos</p>	<p>Data: 24/Junho/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 5 de 6</p>



Gráfico 4 – Tipo de dificuldades sentidas pelos utentes durante a realização da dinâmica de grupo.



Gráfico 5 – Motivação dos utentes que participaram na dinâmica de grupo.

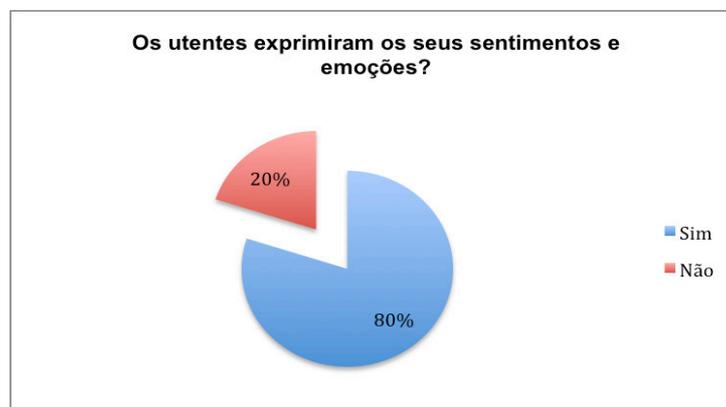


Gráfico 6 – Expressão dos sentimentos e emoções pelos utentes que participaram na dinâmica de grupo.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação da dinâmica de grupo “Comentário de provérbios” - Gráficos</p>	<p>Data: 24/Junho/2013</p>
<p>Serviço de Psiquiatria do CHBA</p>	<p>Módulo II – Intervenção na crise do adulto</p>	<p>Página 6 de 6</p>

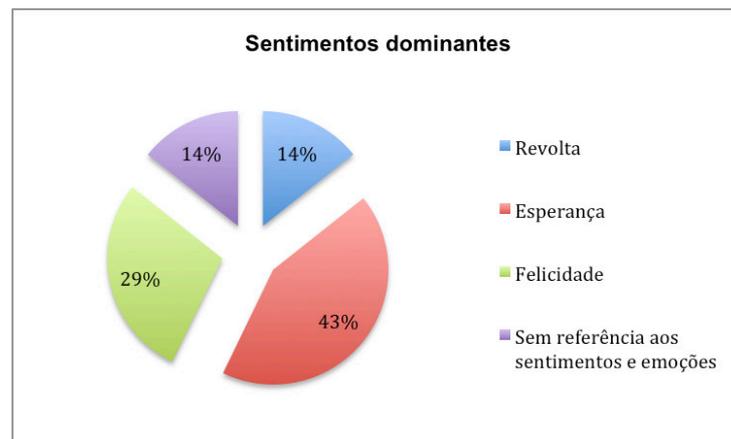


Gráfico 7 – Sentimentos dominantes nos utentes que participaram na dinâmica de grupo.

Anexo XXI – Projeto “*Dinâmicas Musicais na Adolescência*”



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

“Dinâmicas Musicais na Adolescência”



Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.
Consulta de Pedopsiquiatria



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

“Dinâmicas Musicais na Adolescência”



Aluno: Andreia Faleiro, n.º 360506091

Professor Orientador: Emília Preciosa

Enfermeiro tutor: Carolina Marques

Outubro, 2013

“A música tem importância na vida do homem, proporciona-lhe momentos de beleza, suscita emoções, inspirações, trata, traz recordações à consciência e embala sonhos”

(Padilha, 2008)

Índice

Introdução.....	9
1. Dinâmicas Musicais.....	13
1.1 Dinâmica Musical – “ <i>Percussão Corporal</i> ”.....	17
1.2 Dinâmica Musical – “ <i>Construção de Instrumentos e Composição Musical</i> ”.....	17
2. Objetivos das Dinâmicas Musicais.....	19
2.1 Objetivos gerais.....	20
2.2 Objetivos específicos.....	20
3. Aspectos gerais nas dinâmicas musicais.....	20
3.1 Ambiente.....	21
3.2 Confidencialidade.....	21
3.3 Introdução.....	21
3.4 Ação.....	21
3.5 Finalização.....	22
4. Focos de atenção e diagnósticos de enfermagem.....	22
4.1 Focos de atenção.....	22
4.2 Diagnósticos de enfermagem.....	22
5. Critérios de inclusão e exclusão dos adolescentes nas dinâmicas musicais.....	23
5.1 Critérios de inclusão.....	23
5.2 Critérios de exclusão.....	23
6. Planejamento das dinâmicas musicais.....	23
7. Avaliação das dinâmicas musicais.....	24
7.1 Indicadores de resultados.....	25
7.2 Grelha de avaliação das dinâmicas musicais.....	25
Conclusão.....	27
Referências Bibliográficas.....	29
Anexos.....	33
Anexo I – Planejamento da Dinâmica Musical “ <i>Percussão Corporal</i> ”.....	35
Anexo II – Planejamento da Dinâmica Musical “ <i>Construção de Instrumentos e Composição Musical</i> ”.....	37
Anexo III – Grelhas de avaliação das dinâmicas musicais.....	39

Introdução

A elaboração deste projeto denominado de “*Dinâmicas Musicais na Adolescência*”, surge no âmbito da realização da unidade curricular estágio - módulo III (Pedopsiquiatria), com o intuito de desenvolver competências no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiatria na infância e adolescência, bem como promover a saúde mental dos adolescentes com recurso à arte musical.

Após a análise das necessidades e dos problemas existentes na população alvo da consulta de Pedopsiquiatria e de forma a atingir os objetivos individuais de estágio por mim delineados, torna-se pertinente intervir em conformidade com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 7), em prestar “*cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, (...) de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde*”.

Na vida quotidiana, é possível verificar que tanto as crises familiares, escolares como as sociais são comuns no dia-a-dia dos adolescentes, podendo assim ser o adolescente caracterizado como “*um ser isolado com dificuldades e potencialidades em desenvolvimento*” (Zanini, Teixeira e Santos, 2010, p. 2).

Na sociedade atual, a adolescência pode ser compreendida como uma fase do ciclo vital em que cada indivíduo é entendido de acordo com as suas características históricas, necessidades sociais e económicas e também pelas relações que estabelece em espaços e tempos definidos (Zanini, Teixeira e Santos, 2010, p. 1) ocorrendo um “*momento de aquisição do sentimento de identidade pessoal, no qual acontece a perda da comunicação ou linguagem infantil para se adquirir uma comunicação ou linguagem adulta; momento de rebeldia e contestação, repleto de contradições, perturbado, ambivalente, no qual surgem modificações psicológicas correlatas de modificações corporais e momento em que ocorre a dificuldade de elaboração da perda do corpo infantil*” (Ozella, 2007, citado por Zanini, Teixeira e Santos, 2010, p. 2).

Dadas as características desta fase do ciclo vital de cada indivíduo, torna-se necessário ultrapassar os constrangimentos presentes, para que desse modo se possa promover a qualidade de vida e a saúde mental e psiquiátrica nos adolescentes e conseqüentemente no seu seio familiar. Com a elaboração destas dinâmicas musicais, pretende-se que a população alvo expresse os seus sentimentos, emoções e pensamentos num ambiente acolhedor, no sentido da humanização, socialização, afetividade e comunicação intrapessoal e interpessoal e conseqüentemente na promoção da saúde mental.

As dinâmicas musicais atuam ao nível da prevenção primária, secundária e terciária da saúde, analisando *“o complexo som-ser humano-som, para utilizar o movimento, o som e a música, com o objetivo de abrir canais de comunicação no ser humano, para produzir efeitos terapêuticos, psicoprofiláticos e de reabilitação no mesmo e na sociedade”* (Benenson, 1988, p. 11). Estas dinâmicas funcionam como uma terapia de apoio, que atua diretamente sobre as condições psicológicas, sociais e físicas de cada ser humano, com ação sobre um sintoma específico (Costa e Vianna, 1984 e Polo, 2010).

As dinâmicas de grupo com recurso à música, som, voz e instrumentos musicais, conferem benefícios à saúde, e nestes casos concretos, mais propriamente no que concerne a tratamentos, reabilitação, reeducação, recuperação e prevenção de adolescentes portadores de psicopatologia, visto que a *“música faz parte da vida do adolescente, integrando em suas manifestações e estilos os valores, a linguagem e outros aspetos da adolescência”* (Zanini, Teixeira e Santos, 2010, p. 3). Estas dinâmicas de grupo permitem ainda o convívio entre os adolescentes que vivem semelhantes situações clínicas, o trabalho em equipa, a escuta ativa acerca dos sentimentos e intenções de cada adolescente, momentos de auto-expressão, autoconhecimento, auto-descoberta e auto-reflexão, a comunicação, o desenvolvimento da sensibilização, a comunicação, a criatividade, a expressão de estados emocionais e a interação grupal, onde *“o grupo se constitui como um espelho e passa para o sujeito o modo como suas atitudes são compreendidas, recebidas e aceitas”* (Karam, 2011, p. 41).

Na óptica do autor Karam (2011, p. 13), as dinâmicas musicais recorrem à utilização de *“sons e movimentos para abrir canais de comunicação no processo de recuperação do indivíduo, seja como expressão da emoção ou descarga de energia física, pois a música pode contribuir de maneira muito eficaz para recriar o universo interno de uma pessoa, conduzindo-a a um estado de equilíbrio”*, podendo ser utilizada na cura de doenças ou na sua prevenção.

As dinâmicas de grupo com recurso à música designam “*a música como um recurso tecnológico que pode ser utilizado por enfermeiros interessados em proporcionar conforto, prazer e segurança ao cliente*” (Alvim e Bergold, 2009, p. 538), apresentando como finalidades terapêuticas a promoção do bem-estar físico e psicológico, a interação social, a expressão emocional, a comunicação interpessoal, a estimulação da capacidade de concentração, memória e de atenção e a diminuição dos níveis de ansiedade, obtendo assim efeitos a nível físico, cognitivo, emocional e social (Alvim e Bergold, 2009).

Também o autor Corrêa (2011), defende que as dinâmicas musicais trazem benefícios a nível da reabilitação motora dos adolescentes e que aumentam a sua motivação permitindo “*estimular a percepção de si e dos outros diante da singularidade de cada um, ao mesmo tempo em que permite que se descubram as conexões existentes no grupo, ampliando a capacidade de compreender o contexto em que estão inseridas as relações humanas*” (Alvim e Bergold, 2009, p. 538).

Os estudos científicos evidenciam ainda que “*a enfermagem e a musicoterapia possuem interfaces que se relacionam com a visão integral do cliente e a busca por promover uma assistência holística que atenda aos aspetos físicos, emocionais e sociais destes, estimulando que expresse seus desejos e subjetividades e que exerça seu direito de escolha*” (Alvim e Bergold, 2009, p. 538).

Os objetivos e as intervenções de enfermagem delineadas para este projeto foram ao encontro das necessidades e dos problemas dos adolescentes seguidos na consulta de Pedopsiquiatria. Deste modo, tornou-se necessário conhecer detalhadamente os adolescentes em questão, mais propriamente, a sua história clínica, os seus antecedentes pessoais e familiares, os seus hábitos e estilos de vida e as suas dinâmicas familiares, escolares e sociais. Procedeu-se então à consulta dos seus processos clínicos, assim como, à discussão de casos em reunião de equipa multidisciplinar, no sentido de evidenciar a população alvo a frequentar as respetivas dinâmicas de grupo. Em reunião de equipa multidisciplinar, ficou decidido que a população alvo seria constituída por adolescentes que apresentam uma ótima relação empática, de confiança e terapêutica com a enfermeira, sendo essa população constituída pelos adolescentes em que quinzenalmente é administrada medicação de ação prolongada via intra muscular.

As dinâmicas musicais serão realizadas com recurso ao método criativo e construtivo, onde serão efectuadas sessões de “*Percussão Corporal*” e “*Construção de Instrumentos e Composição Musical*” tendo por base a fundamentação científica, a experiência

profissional e a experiência individual dos diferentes adolescentes a partir da crítica reflexiva.

Segundo o autor Polo (2010, p. 17), citando Bruscia (2000, p. 282) a *“musicoterapia no campo da saúde mental é a utilização da música para possibilitar meios alternativos de expressão e comunicação em situações em que as palavras não são necessariamente, o modo mais eficiente de alcançar os objetivos terapêuticos do cliente. (...) Alguns dos objetivos mais frequentes em musicoterapia são: estimular a motivação; criar um ambiente para a exploração de sentimentos; desenvolver habilidades sociais, a autoconsciência e a consciência do outro; e estimular o movimento através da improvisação e do fazer musical espontâneo”*.

Os conteúdos que se seguem, irão abordar a importância das dinâmicas musicais, os seus objetivos gerais e específicos, os aspetos gerais das dinâmicas, os focos de atenção de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem, os critérios de inclusão e exclusão dos adolescentes a participar nas dinâmicas de grupo, o planeamento das sessões, a avaliação das sessões, a conclusão, a bibliografia e os anexos.

1. Dinâmicas Musicais

Desde os primórdios da humanidade que a música e os seus elementos acompanham o Homem, visto que *“o mundo é repleto de som”* (Polo, 2010, p. 54). A música era utilizada pelos xamãs como instrumento de cura, onde eles cantavam e tocavam como forma de expulsar os espíritos maus que causavam sofrimento ao corpo do ser humano, de modo a restituir a paz e a tranquilidade (Abreu, 2008).

Remota-se a 1859, data em que se encontra registada a primeira aplicação da música no processo de humanização dos cuidados de enfermagem prestados pela Florence Nightingale (González, Nogueira e Puggina, 2008), onde a música era *“utilizada como um recurso terapêutico de acordo com o conhecimento de sua influência no homem e a evolução das concepções de cada época sobre o que é saúde, doença e cura. Nightingale já cogitava a utilização da música como recurso terapêutico desde o início da enfermagem como profissão”* (Alvim e Bergold, 2009, p. 538).

Entre 1939 a 1945, período em que decorreu a Segunda Guerra Mundial, tem-se conhecimento que nos hospitais dos Estados Unidos da América, a música era também utilizada no tratamento dos soldados feridos, com múltiplos traumas, obtendo-se resultados positivos relativamente ao seu efeito sedativo e relaxante (Karam, 2011). Comprova-se assim, que a sua utilização se apresenta como uma mais valia no tratamento terapêutico dos soldados feridos tanto no alívio da dor física como da dor emocional (González, Nogueira e Puggina, 2008). Após esta aplicação, iniciaram-se os estudos acerca da eficácia da aplicação da música como terapia na área da saúde.

A aplicação da terapia com recurso à música surgiu em 1960, onde esta técnica era utilizada no tratamento de utentes com transtorno autista, visto que *“os estímulos musicais tinham mais efeito do que a comunicação verbal”* (Gattino, 2009, p. 26).

Segundo a visão antropológica do autor Jourdain (1997), citado por Polo (2010, p. 52) acrescenta que *“a música surgiu inicialmente para unir comunidades, fortalecer laços sociais e buscar a resolução de conflitos, tudo isto levado pela emoção”*.

Na mitologia grega, o deus Apolo, conhecido pelo deus da medicina, era paralelamente também conhecimento como o deus da música. Nesta sequência, o autor Leinig (1977), citado por Polo (2010, p. 52) afirma que *“os gregos utilizavam a música como terapia para tratar doenças físicas e mentais; Aristóteles atribuía à música o poder de tratar emoções incontrolláveis, promovendo uma catarse e também considerava que ela deveria fazer parte da educação para formar cidadãos éticos; Platão indicava a música para a saúde da mente e do corpo e para pacientes que sofressem de angustias e fobias; Pitágoras acreditava que cada planeta ao mover-se no espaço emitia um som determinado, correspondendo a uma nota musical e todas elas, em conjunto formariam uma escala constituindo a “Música das Esferas”, refletindo a ordem do universo”*. Todas estas teorias são baseadas na sabedoria dos antigos egípcios (Polo, 2010).

Ao analisar-se a relação da música com as diferentes fases do ciclo de vida de cada indivíduo, constata-se que *“a experiência sonora constitui, talvez, uma das vivências mais primitivas do homem, sendo já comprovada, por diversas pesquisas, sua existência desde a vida intra-uterina”* (Costa e Vianna, 1984, p. 2), onde o bebê ouve os sons corporais da sua mãe, os batimentos cardíacos e os sons do meio envolvente, ampliados pelo meio líquido em que se encontra imersa (Albinati, 2008, citando Campbell, 2001).

Aquando do nascimento, a experiência sonora contínua, pela relação estabelecida na primeira infância entre o bebê e as pessoas que o rodeiam, depreendendo determinadas qualidade musicais. Neste contexto, o bebê apresenta capacidade para reconhecer os padrões sonoros da voz da sua mãe, manifestando por ela uma maior preferência (Lima, 2012). Também neste período do ciclo vital, a *“família já pendura móveis sonoros em seu berço, antevendo sua alergia em puxá-los para se maravilhar com a música ouvida”* (Albinati, 2008, p. 17), verificando-se que os sons, estabelecem a forma como a criança interage e se relaciona com o mundo envolvente.

Com o passar do tempo, e á medida que a criança vai cresce, ela própria começa a explorar as suas próprias possibilidades sonoras, através da voz, do choro, do grito, do bater dos pés e das palmas e dos estalos com a língua (Albinati, 2008).

Na ótica dos autores Costa e Vianna (1984, p.2) *“o elemento rítmico, presenta na música, está presente na existência do homem, que possui seus ritmos próprios e naturais (cardíaco, respiratório, etc...), sendo estes, inclusive, que atestam a permanência da vida. Por isto a música tem a possibilidade de penetrar a interioridade do ser humano e de abrir canais de comunicação, desde os níveis mais primitivos”*.

As dinâmicas musicais utilizam *“tanto o som, o silêncio, o ritmo, o movimento, o timbre, a melodia, além de outros elementos constituintes do fazer musical, quanto da própria música para alcançar propósitos terapêuticos”* (Presotti, 2006, p. 3).

Para o autor Benenzon (1988), a música produz efeitos terapêuticos pelo fato de se basear no princípio da identidade sonora, desde a vida intra-uterina e através da sua continuidade por toda a vida no que concerne aos diferentes contextos sociais, culturais, históricos e psicofisiológicos, ou seja, *“é um fenômeno de som e movimento interno que resume nossos arquétipos sonoros, nossas vivências sonoras gestacionais e intra-uterinas e nossas vivências sonoras de nascimento e infantis até nossos dias”* (Karam, 2011, p. 14, citando Benenzon, 2000).

Os efeitos terapêuticos da aplicação da música como terapia são evidentes na literatura científica, nomeadamente no que concerne a efeitos fisiológicos no organismo humano (alteram a respiração, circulação sanguínea, digestão, oxigenação, relaxamento muscular, aceleração do metabolismo, redução de estímulos sensoriais, dinamismo nervoso e humoral), redução da fadiga, promoção do tônus muscular, estimulação psicológica e emocional, estimulação da auto-estima, do auto conhecimento e da auto-expressão, diminuição do limiar da dor, do medo e da ansiedade, promoção do contato com o ambiente, elevação do humor, processamento de informação abstrata e simbólica, facilita a expressão corporal, aumenta a atenção, concentração, memória, comunicação e interação social e o desenvolvimento de habilidades sociais, emocionais, cognitivas e motoras (Cunha, 2003; Wigram e Gold, 2006; Abreu, 2008; Albinati, 2008; Gonzalez, Nogueira e Puggina, 2008; Gattino, 2009; Alvim e Bergold, 2009; Gomes, 2009; Polo, 2010 e Karam, 2011).

Hoje em dia recorre-se à utilização das dinâmicas musicais também devido aos seus efeitos terapêuticos tanto a nível da prevenção como da reabilitação (Gattino, 2009) isto porque *“a enfermagem e a musicoterapia possuem interfaces que se relacionam com a visão integral do cliente e a busca por promover uma assistência holística que atenda aos aspectos físicos, emocionais e sociais deste, estimulando que expresse seus desejos e subjetividades e que exerça seu direito de escolha”* (Alvim e Bergold, 2009, p. 538).

Na ótica dos autores Gonzalez, Nogueira e Puggina (2008, p. 592) *“na enfermagem, a música é utilizada como intervenção complementar para alívio da dor e outros diagnósticos, como por exemplo, da angustia espiritual, de distúrbio do sono, de desesperança, de risco para solidão, de isolamento social e de stress”*.

As dinâmicas musicais, correspondem a uma intervenção terapêutica não-farmacológica, de baixo custo e não-invasiva, que podem ser empregadas em contexto hospitalar e que visam a promoção dos processos de desenvolvimento e a saúde mental e psiquiátrica dos adolescentes (Polo, 2010).

As dinâmicas de grupo com recurso à música utilizam quatro ferramentas essenciais para que a sua realização seja possível, sendo elas, a música, o som, a voz e os instrumentos musicais (Gattino, 2009). Deste modo, no decorrer destas dinâmicas os adolescentes poderão utilizar os seus *“sentidos da visão, do tato, da audição, da propriocepção do corpo em relação aos instrumentos e aos demais integrantes do grupo bem como da sinestesia do movimento executado por ela com o prazer de produzir e expressar-se livremente”* (Karam, 2011, p. 34).

A música encontra-se inserida nas diferentes culturas, daí que a sua definição varie de cultura para cultura, pois *“observa-se que não há cultura sem música e a música é considerada como a expressão mais emocional e sincera das relações sociais que permeiam as culturas”* (Cunha, 2003, p. 20). Neste sentido, e dado que o ser humano é um ser único e individualizado, a música vai ser compreendida e expressa pelos adolescentes de maneira subjetiva e única, não sendo possível prever atempadamente o significado e os valores atribuídos à música pelos diferentes adolescentes.

No decorrer da realização das dinâmicas de grupo, o enfermeiro deve estabelecer com os adolescentes uma relação baseada na confiança, no apoio e na escuta ativa (Gattino, 2009). Posteriormente, será pedido aos adolescentes para descobrirem sons através da percussão corporal, construir instrumentos musicais e uma música (letra e som), cantar, tocar os instrumentos musicais elaborados e no final da dinâmica analisar e refletir acerca da música elaborada.

De acordo com os estudos científicos, tem-se verificado que *“a música nos ajuda a organizar, a pontuar a vida em sequência para lembrar fases da vida e a época em que ocorreram. Os aspetos que ligam a música à identidade musical do sujeito, relacionados à sua própria história pessoal, podem ser categorizados em espaço pessoal, espaço social, espaço tempo/lugar e espaço transpessoal. O espaço pessoal engloba a consciência emocional e corporal, espaço privado e crenças básicas. O espaço social é relacionado ao grupo de pertencimento, género, valores e comunidade. Tempo/lugar abrange rituais diários, celebrações, fases da vida, nacionalidade, etc. O transpessoal é conectado a experiências religiosas, rituais de transição, de natureza, o sentido de “ser maior”* (Alvim e Bergold, 2009, p. 539).

1.1 Dinâmica Musical – “Percussão Corporal”

A percussão corporal, traduz o propósito consciente ou inconsciente de produzir diferentes tipos de sons (voluntários, involuntários, graves e agudos) com recurso ao corpo, sendo possível conhecer o potencial terapêutico de cada adolescente e construir pontes entre eles e a sua própria saúde. Esta dinâmica musical irá realizar-se sem a necessidade de utilização de recursos materiais.

O recurso à percussão corporal permite confirmar que *“o uso que ela faz dos sons representa diretamente o estágio de desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, nos aspetos motor, afetivo e social, constituindo uma linguagem própria, dentro da usada por sua cultura”* (Albinati, 2008, p. 34). A percussão corporal traduz o propósito consciente ou inconsciente da expressão

Nesta dinâmica musical os adolescentes são convidados a criar sons com recurso ao improvisado através da percussão corporal, onde *“a criação musical lhes faculta a construção de uma identidade positiva, o afloramento de uma criatividade inesperada em meio a suas dificuldades psicomotoras, e uma via adequada e valorizada de expressão de sentimentos e ideias”* (Albinati, 2008, p. 9).

A dinâmica irá seguir três etapas, correspondendo elas, à apresentação dos adolescentes e profissionais, bem como conceder orientações para a realização da dinâmica e esclarecimento de dúvidas, uma segunda etapa correspondente à realização da dinâmica com recurso à percussão corporal, sendo esta uma produção artística e individual para cada adolescente e a última etapa corresponde à análise e discussão da dinâmica realizada.

Segundo o autor Polo (2010, p. 56), citando Ruud (1990), *“a música é considerada frequentemente como uma espécie de linguagem emocional, capaz de atingir áreas de nossa psiquê que processam informação e que nós, por vários motivos, não comunicamos com clareza a nós mesmos”*.

1.2 Dinâmica Musical – “Construção de Instrumentos e Composição Musical”

Nas dinâmicas musicais denominadas de *“Construção de Instrumentos e Composição Musical”*, os adolescentes são convidados a compor uma música com recurso ao improvisado e recriação, tendo como base de atuação os instrumentos musicais construídos através de material reciclado. Neste sentido, os adolescentes, criam o som, interagem com os instrumentos musicais, criam a sua própria música e utilizam a voz e o canto, expressando estados emocionais em concordância com as suas capacidades motoras, cognitivas e

emocionais (Presotti, 2006), de acordo com a tomada de consciência de si próprio, que compreende a corporalidade, os processos psíquicos e a espiritualidade (Karam, 2011).

No decorrer destas dinâmicas, é possível verificar que a patologia e o contexto sócio-histórico em que cada adolescente se encontra inserido, contribui para a construção da música elaborada (Presotti, 2006; Lima, 2012), no entanto, estas dinâmicas terapêuticas rompem *“as barreiras da patologia, revelando potenciais de expressão”* (Presotti, 2006, p. 6). Verifica-se ainda que *“a comunicação através da música, ao se cantar ou tocar uma canção, é uma maneira de definir, diferenciar, pesquisar e apontar nuances de vida interior, ou trazer à baila áreas até então não pesquisadas nesse contexto, o que nos aponta a música como um importante recurso para a percepção de si e dos outros em contextos reflexivos grupais”* (Alvim e Bergold, 2009, p. 539).

Com recurso aos instrumentos musicais construídos, verifica-se que a música que os adolescentes espelham encontra-se relacionada com a sua própria vontade em os fazer soar, assim sendo, *“a ação de tocar traz a possibilidade de veicular pulsões através de uma atividade psicomotor, organizada ritmicamente de forma espontânea, o ritmo é inerente à vida; em sua ausência não há processo vital e qualquer desorganização dos ritmos vitais é sentida desagradavelmente, como algo ameaçador. Ao tocar um instrumento, o indivíduo pode libertar pulsões antagônicas, sem contradição, e expressar seus conflitos”* (Costa e Vianna, 1984, p. 3).

Tocar instrumentos musicais e elaborar músicas, são processos terapêuticos que proporcionam benefícios nos adolescentes, uma vez que requerem a coordenação dos diferentes movimentos, assim como permitem a expressão de emoções reprimidas, auxiliam na estabilização do comportamento hiperativo, estimulam os adolescentes com características pessoais de timidez e diminuem a ansiedade (Albinati, 2008).

A construção da música com recurso às técnicas musicoterapêuticas da improvisação, recriação, interpretação e composição musical, segundo os autores Zanini, Teixeira e Santos (2010, p. 5), citando Sekeff (2002, p. 46) mencionam que *“a melodia fala diretamente à nossa fisionomia afectiva. (...) ela representa a fisionomia sentimental característica de cada indivíduo, assenta num repertório sociocultural”*, adquirindo a sua própria individualidade no que concerne ao sentido e significado transmitido (Costa e Vianna, 1984).

O canto difere da fala pela riqueza de variações alcançadas pelo som e pelas emissões vocais que expressam sentimentos e ideias. Ele é caracterizado, pelos parâmetros do som relativamente à sua altura, duração, intensidade e timbre. Deste modo, *“o canto é*

praticado pela criança/adolescente das mais diversas culturas, de forma espontânea e prazerosa, com grande envolvimento pessoal, em todas as suas etapas de vida” (Albinati, 2008, p. 22 citando Sadie, 1994, p. 165).

Analogamente à composição musical, esta técnica requerer que os adolescentes exercitem as suas capacidades de concentração com recurso ao significado existente a nível histórico e temporal, de modo a facilitar a expressão verbal de sentimentos. A composição musical, permite ainda que os adolescentes atribuam forma musical as suas ideias concretas, para que elas consigam ser tocadas e cantadas (Albinati, 2008).

A arte de improvisar requer espontaneidade e criatividade pela parte dos adolescentes que através da linguagem musical comunicam, produzem sons, expressam a sua realidade interna e particular (Costa e Vianna, 1984) e demonstram como se relacionam de forma ativa, passiva, corajosa ou medrosa com o ambiente que o rodeia (Albinati, 2008).

As dinâmicas musicais, permitem que os adolescentes criem as suas próprias músicas, através da assimilação que fazem do mundo que as rodeia no decorrer das diferentes etapas do seu desenvolvimento psicomotor (Albinati, 2008), refletindo a *“sua percepção de semelhanças e diferenças (...) ela mantém a criação musical como um espaço seguro de experimentação de ideias e sentimentos com os quais se depara, exercitando sua individualidade e a expressando de forma socialmente adequada”* (Albinati, 2008, p. 36).

2. Objetivos das Dinâmicas Musicais

As dinâmicas musicais com recurso à *“Percussão Corporal”* e à *“Construção de Instrumentos e Composição Musical”* visam contribuir para o bem-estar físico e psicológico dos adolescentes, tal como minimizar os sinais e sintomas da psicopatologia associada a cada adolescente na sua individualidade. Assim sendo, estas dinâmicas, visam estimular a percepção que os adolescentes apresentam de si mesmos e de quem os rodeia, em conformidade com a singularidade de cada indivíduo, ao mesmo tempo que estabelecem conexões com o grupo, de modo a ampliar a capacidade de compreensão do contexto em que se encontram inseridos (Alvim e Bergold, 2009).

Os objetivos delineados para a elaboração deste projeto, foram baseados nos processos fisiológicos, psicológicos, sociais e terapêuticos dos adolescentes, nas dinâmicas musicais selecionadas de acordo com a percepção que os adolescentes têm de si próprios, nas suas

capacidades de criatividade, improviso e recriação, tal como nas suas emoções, cognição, relacionamento interpessoal, coordenação motora e capacidades de concentração, atenção e memorização.

Neste sentido, foram traçados objetivos gerais e específicos para as respectivas dinâmicas musicais a realizar, sendo eles:

2.1 Objetivos gerais:

- Promover o bem-estar físico e psicológico;
- Promover a interação social;
- Promover a comunicação verbal e não verbal.

2.2 Objetivos específicos:

- Estimular a capacidade de concentração, memória e de atenção;
- Permitir a expressão de sentimentos e emoções;
- Facilitar a perceção sonora, corporal, ambiental e de si mesmo;
- Promover a criatividade e a capacidade de improviso;
- Desenvolver habilidades cognitivas e sociais;
- Estimular habilidades sensório-motoras.

O alcance dos objetivos gerais e específicos trará benefícios tanto a nível da saúde física como da saúde mental nos adolescentes manifestando impacto nas suas vidas quotidianas, enquanto presente e futuro.

3. Aspetos gerais nas dinâmicas musicais

No decorrer das dinâmicas musicais alusivas à “*Percussão Corporal*” e “*Construção de Instrumentos e Composição Musical*”, torna-se fundamental ter em consideração alguns aspetos, particularmente os relacionados com o ambiente, confidencialidade, introdução, ação e finalização das sessões.

3.1 Ambiente

O ambiente onde irão decorrer as dinâmicas musicais deverá ser um lugar apropriado, com as seguintes características: calmo, sossegado, ausente de ruídos, distúrbios e interrupções e onde a temperatura ambiente seja amena (Payne, 2003).

3.2 Confidencialidade

Antes de dar início às dinâmicas musicais, os adolescentes deverão ser informados que as mesmas serão realizadas com recurso ao princípio da confidencialidade, de acordo com o sigilo profissional, tal como é descrito na alínea a do artigo 85º. do código deontológico, ao referir que o enfermeiro é *“obrigado a aguardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de: considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte”* (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p.79).

3.3 Introdução

No início das diferentes dinâmicas musicais, deverá realizar-se uma breve introdução, com o intuito de explicar aos adolescentes a importância da realização destas sessões. No decurso desta introdução deverão ainda ser apresentados os objetivos das dinâmicas a realizar, bem como a descrição dos métodos e dos procedimentos a serem executados.

Pretende-se através desta introdução que os adolescentes demonstrem motivação e interesse em participar nas dinâmicas referidas, assim como, exponham e vejam esclarecidas as suas dúvidas (Sousa e Basso, 2002).

3.4 Ação

No decorrer da realização das diferentes dinâmicas musicais com os adolescentes, estes devem ser incentivados a participar, de modo a promover a interação e comunicação entre os diferentes elementos que constitui o grupo.

No decorrer desta fase, coloca-se em prática a dinâmica de grupo, ou seja, dá-se início as dinâmicas musicais previamente delineadas. Esta etapa é caracterizada por ser o *“momento dedicado à expressão musical do cliente, através da utilização de qualquer técnica musicoterapica”* (Sousa e Basso, 2002, p. 28).

3.5 Finalização

O fim destas dinâmicas de grupo é um momento não musicalizado que deve colmatar com uma conclusão e reflexão acerca da dinâmica realizada (Sousa e Basso, 2002). Nesta fase, pretende-se que os adolescentes partilhem as suas emoções e sentimentos com recurso à comunicação verbal (Costa e Vianna, 1984). Este momento é um *“momento reservado para a apreciação dos conteúdos expressos (...) momento não musicalizado, reservado para o encerramento da sessão”* (Sousa e Basso, 2002, p. 28).

4. Focos de atenção e diagnósticos de enfermagem

Após uma detalhada análise dos processos clínicos dos adolescentes seguidos em consulta de pedopsiquiatria, verificou-se que os focos de atenção e os diagnósticos de enfermagem mais comuns e apresentados seguidamente, foram pertinentes para a elaboração dos critérios de inclusão e exclusão dos adolescentes a frequentar as dinâmicas de grupo com recurso à música.

4.1 Focos de atenção:

- Bem-estar;
- Bem-estar físico;
- Bem-estar psicológico;
- Comunicação;
- Processo social;
- Pensamento;
- Perceção.

4.2 Diagnósticos de enfermagem

- Bem-estar alterado;
- Bem-estar físico alterado;
- Bem-estar psicológico alterado;
- Comunicação comprometida;

- Processo social comprometido;
- Pensamento alterado;
- Percepção alterada.

5. Critérios de inclusão e exclusão dos adolescentes nas dinâmicas musicais

No sentido de planejar e estruturar as dinâmicas de grupo torna-se necessário definir os critérios de inclusão e exclusão referentes aos adolescentes em questão. Assim sendo, torna-se exequível eleger os adolescentes com critérios para participar nas dinâmicas de grupo e quais os adolescentes em que a sua participação se encontra contra-indicada.

5.1 Critérios de inclusão:

- Comunicação comprometida;
- Processo social comprometido;
- Pensamento alterado;
- Percepção alterada.

5.2 Critérios de exclusão:

- Ausência de motivação para participar nas dinâmicas de grupo;
- Auto-controlo: impulsividade, agressividade ineficaz;
- Défice intelectual.

6. Planeamento das dinâmicas musicais

De modo a executar as dinâmicas de grupo, torna-se essencial desenvolver um planeamento prévio, que contemple objetivos gerais e específicos, critérios de inclusão e exclusão dos adolescentes, conteúdos a abordar, as três fases a desenvolver (introdução, desenvolvimento e conclusão), os métodos a implementar e a avaliação a realizar no final

das diferentes dinâmicas realizadas. Em anexo serão apresentados os planeamentos das dinâmicas musicais (Anexo I e II) a realizar aos adolescentes que frequentam a consulta de pedopsiquiatria no Centro Hospitalar do Algarve, Polo de Faro, Pedopsiquiatria, E.P.E.

7. Avaliação das dinâmicas musicais

A avaliação executada nas dinâmicas de grupo, deverá abranger as componentes psicológicas e comportamentais, de modo, a possibilitar a constatação da eficácia das diferentes dinâmicas musicais elegidas, bem como validar se os adolescentes estão a alcançar os objetivos propostos.

O processo de avaliação das dinâmicas musicais irá ocorrer através da observação direta no decorrer da realização das dinâmicas de grupo e com recurso à auto-avaliação realizada pelos adolescentes no final das sessões planeadas. O método de auto-avaliação permite que estes se avaliem a si mesmo e transmitam os seus sentimentos e emoções no final das sessões realizadas.

Durante o processo de avaliação o enfermeiro, observa e escuta as manifestações dos adolescentes, bem como o seu processo de interação e comunicação com o ambiente envolvente. Deste modo, analisa também a forma de interagir dos adolescentes com os instrumentos musicais elaborados, com a sua própria voz e com as suas sonoridades.

A observação direta é tida como um recurso no processo de avaliação, pois através dela consegue-se *“corroborar a informação recolhida através das outras fontes”* (Payne, 2003, p. 231).

O método de avaliação relacionado com a auto-avaliação caracteriza-se pela avaliação que o adolescente faz de si próprio no final das diferentes dinâmicas musicais. Embora se trate de uma *“avaliação altamente subjetiva, é contudo considerada de grande valor”* (Payne, 2003, p. 229). Neste âmbito, os adolescentes são estimulados a descrever e a analisar os seus sentimentos e emoções, bem como são também estimulados a exprimir as suas dificuldades relativas à capacidade de concentração, atenção e memória, especificando os momentos em que ocorreram.

Ainda no decorrer da avaliação, os adolescentes serão interpelados acerca das expectativas relativamente às dinâmicas realizadas, no sentido de verbalizarem e argumentarem os objetivos alcançados.

7.1 Indicadores de resultados

Os indicadores de resultados, patenteiam os efeitos dos resultados obtidos nas dinâmicas de grupo, ou seja, eles transparecem a eficiência do programa instituído. Pretende-se assim verificar:

- Capacidade de comunicação verbal e não verbal;
- Capacidade de interação grupal;
- Capacidade de concentração;
- Capacidade de memória;
- Capacidade de atenção;
- Capacidade de percepção sonora;
- Capacidade de percepção corporal;
- Capacidade de criatividade;
- Capacidade de improviso;
- Capacidade para transmitir sentimentos e emoções no final das sessões.

7.2 Grelha de avaliação das dinâmicas musicais

As grelhas de avaliação das dinâmicas musicais serão apresentadas no anexo III, onde serão também compreendidos os indicadores de resultado, permitindo com maior eficiência e eficácia a avaliação dos resultados obtidos e a pertinência das dinâmicas de grupo realizadas.

Conclusão

Desde a antiguidade que a aplicação da música obtém benefícios terapêuticos tanto a nível do bem-estar físico com mental, visto que a música é *“considerada uma tecnologia simples se considerarmos que nossa cultura é muito musical”* (Alvim & Bergold, 2009, p. 538).

Hoje em dia, são conhecidos os benefícios das dinâmicas musicais aplicados às intervenções de enfermagem no que concerne à promoção da saúde mental e psiquiátrica na infância e adolescência e à promoção da qualidade de vida do adolescente e das suas famílias.

O uso da música nestas dinâmicas encontra-se vinculado à memória de eventos quotidianos e relevantes na vida de cada adolescente. As dinâmicas musicais aplicadas às intervenções de enfermagem autónomas, evidenciam resultados favoráveis no âmbito do desenvolvimento intra e interpessoal, promoção do processo de socialização, interação e comunicação verbal e não verbal dos adolescentes com psicopatologia associada perante o meio envolvente.

Para além dos efeitos terapêuticos acima mencionados, é ainda de salientar que a aplicação da música a uma terapia adquire resultados no desenvolvimento do pensamento lógico e da perceção, na capacidade de atenção, memória e concentração, criatividade e impossível e permite a auto-expressão, a auto-aceitação e o autoconhecimento. Acrescenta-se ainda aos efeitos terapêuticos a capacidade de expressão de sentimentos e emoções, maturidade intelectual e racionalidade.

Visivelmente se constata que a música abarca diferentes áreas, nomeadamente no que concerne à relação espaço-tempo, à perceção auditiva e visual, à cognição, sendo também considerada como uma proveniência de estímulos que desperta a relação com o mundo e induz comportamentos motores e gestuais.

As dinâmicas musicais tornam-se poderosos meios de expressão sentimental, com recurso ao trinómio: ação/relação/comunicação, isto porque *“quando o indivíduo faz música oriunda de suas próprias motivações pode veicular pulsões através desta ação concreta,*

objetiva e determinada por ele mesmo” (Costa e Vianna, 1984, p. 11) no seu processo de recuperação, conduzindo-o a um estado de equilíbrio.

Em suma, constata-se que as dinâmicas musicais em grupo, tornam os adolescentes participativos na sua realização, conferindo conhecimentos dos diferentes tempos, espaços e visões do mundo e que compartilham momentos prazerosos com os restantes adolescentes que integram a respetiva dinâmica (Albinati, 2008). Assim sendo é possível confirmar que *“a música tem um poder que ultrapassa as palavras e através dela torna-se possível expressar o que é difícil ou mesmo aquilo que é proibido expressar em palavras”* (Polo, 2010, p. 51, citando Barenboim 2007, p. 72).

Referências Bibliográficas

- Benenzon, R. 1988. “*Teoria da Musicoterapia*”. Summus editorial. São Paulo.
- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. 2005. *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Payne, R. 2003. “*Técnicas de Relaxamento*”. Loures: Lusociência.
- Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. 2010. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Townsend, M. 2011. *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica*. Loures: Lusociência.

Webliografia

- Abreu, F. 2008. Tese de Mestrado “*O lugar ético dos sons musicais quando significantes na clínica e na política de saúde mental infanto-juvenil*”. Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Centro de Educação e Humanidades – Instituto de Psicologia. Disponível em http://www.pgpsa.uerj.br/dissertacoes/2008/Francisca%20Mariana/Diss_FranciscaMariana.pdf, consultado a 5 de Outubro de 2013.
- Albinati, M. 2008. Tese de Doutorado “*Recursos musicais aplicáveis à saúde e à educação da criança e do adolescente: contribuições da musicoterapia à clínica pediátrica*”. Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Disponível em http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-7JUKCN/maria_eug_nica_castelo_branco_albinati.pdf?sequence=1, consultado a 5 de Outubro de 2013.
- Alvim, N. & Bergold, L. 2009. “*A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem*”. Esc. Anna Nery Revista enfermagem 2009 Julho-Setembro. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a12.pdf>, consultado a 4 de Outubro de 2013.

Corrêa, A. 2011. Tese de Doutorado *“Realidade aumentada musical para reabilitação: estudo de caso em musicoterapia”*. São Paulo. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3142/tde-09032012-131212/pt-br.php>, consultado a 4 de Outubro de 2013.

Costa, C., Vianna, M. 1984. *“Musicoterapia – Uma pesquisa sobre sua utilização para pacientes esquizofrênicos”*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Vol.33, nº. 3. Disponível em <http://biblioteca-da-musicoterapia.com/biblioteca/arquivos/pesquisa/1984%20Clarice%20marthapesquisa%20com%20esquizofr.pdf>, consultado a 7 de Outubro de 2013.

Cunha, R. 2003. Tese de Mestrado *“Jovens no espaço interativo da musicoterapia: O que objetivam por meio da linguagem musical”*. Universidade federal do Paraná. Curitiba. Disponível em <http://biblioteca-da-musicoterapia.com/biblioteca/arquivos/dissertacao/JOVENS%20NO%20ESPACO%20INTERATIVO%20DA%20MUSICOTERAPIA%20O%20QUE%20OBJETIVAM%20POR%20MEIO%20DA%20LINGUAGEM%20MUSICAL.pdf>, consultado a 5 de Outubro de 2013.

Gattino, G. 2009. Tese de Mestrado *“A influência do tratamento musicoterapêutico na comunicação de crianças com transtornos do espectro autista”*. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Medicina. Programa de Pós-graduação em saúde da criança e do adolescente. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16859/000708275.pdf?sequence=1>, consultado a 6 de Outubro de 2013.

Gomes, G., 2009. *“Musicoterapia e psicoterapia corporal: Uma experiência com crianças em busca de expressão”*. Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro de psicoterapias corporais. Curitiba. Disponível em <http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais%202009/GOMES,%20Gislaine%20de%20Souza%20-%20Musicoterapia.pdf>, consultado a 7 de Outubro de 2013.

Gonçalez, D., Nogueira, A., Puggina, A. 2008. *“O uso da música na assistência de enfermagem no Brasil: Uma revisão bibliográfica”*. Cogitare enfermagem 2008 Out/Dez; 13(4):591 -6. Jundiaí. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/13121/8881>, consultado a 5 de Outubro de 2013.

Karam, J. 2011. Tese de Mestrado *“Música e saúde na escola”*. São Leopoldo. Escola Superior de Teologia – Programa de Pós-Graduação em Teologia. Disponível em

http://tede.est.edu.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=337, consultado a 3 de Outubro de 2013.

Lima, T. 2012. Tese de Mestrado “*Música e invocação: uma oficina terapêutica com crianças com transtornos de desenvolvimento*”. Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia. São Paulo. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-19092012-123935/pt-br.php>, consultado a 5 de Outubro de 2013.

Loureiro, C., França, C. 2005. “*Inclusão física versus integração: Função da musicoterapia na iniciação e educação musical da criança portadora de atraso do desenvolvimento na rede regular de ensino*”. ANPPOM – Décimo Quinto Congresso. Disponível em http://www.anppom.com.br/anais/anaiscongresso_anppom_2005/sessao22/cybelleloureiro_ceciliacavaliere.pdf, consultado a 4 de Outubro de 2013.

Polo, C. 2010. Tese de Mestrado “*Intervenções lúdico-musicais frente ao estresse de crianças acolhidas vítimas de violência doméstica*”. Universidade metofista de São Paulo. São Bernardo do Campo. Disponível em http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2574, consultado a 6 de Outubro de 2013.

Presotti, T. 2006. “*Musicoterapia no atendimento infantil: aspetos de uma prática*”. XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. Goiânia. Disponível em http://www.sgmt.com.br/anais/p05temalivrecomoral/TLCO014-Tiburcio_Anais_XIISBMT.pdf, consultado a 4 de Outubro de 2013.

Sousa, P., Basso, I. 2002. “*Musicoterapia funciona? Um estudo de caso único baseado em evidências (ECUBE), de um(a) cliente com sintomas de depressão em um trabalho de musicoterapia interativa não diretiva*”. Pelotas. Disponível em http://biblioteca.ucpel.tche.br/tedesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=127, consultado a 3 de Outubro de 2013.

Zanini, C., Teixeira, C., Santos, H. 2010. “*A psicologia sócio-histórica como fundamentação no atendimento de musicoterapia a adolescentes*”. Encontro de Pesquisa em Musicoterapia. Salvador. Disponível em <http://biblioteca-da-musicoterapia.com/biblioteca/arquivos/pesquisa/2010%20Claudia%20zanini,hermes%20id entidade%20adolescente.pdf>, consultado a 8 de Outubro de 2013.

Anexos

Anexo I – Planejamento da Dinâmica Musical – “*Percussão Corporal*”



<p>Enfermeira: Andreia Faleiro Grupo destinatário: Adolescentes que frequentam a consulta de Pedopsiquiatria do CHA, E.P.E. Local: Sala de consulta da terapia ocupacional da Consulta de Pediatria do CHA, E.P.E. Data: 31/10/2013 Hora: 16:00 Duração: 60 minutos Número de participantes: 5 adolescentes Recursos materiais: ----</p>		<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover o bem-estar físico e psicológico; • Promover a interação social entre os adolescentes; • Promover a comunicação verbal e não verbal dos adolescentes. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a capacidade de concentração, memória e de atenção; • Permitir a expressão de sentimentos e emoções; • Facilitar a perceção sonora, corporal, ambiental e de si mesmo; • Promover a criatividade e a capacidade de improviso; • Desenvolver habilidades cognitivas e sociais; • Estimular habilidades sensório-motoras. 		
<p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação comprometida; • Processo social comprometido; • Pensamento alterado; • Perceção alterada. 		<p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de motivação para participar nas dinâmicas de grupo; • Auto-controlo impulso agressividade ineficaz; • Défice intelectual. 		
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
<p>Etapa I Introdução</p>	5'	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos enfermeiros e adolescentes; - Apresentação da dinâmica musical; - Definição dos objetivos; - Explicação do procedimento; - Verificação da recetividade/interesse dos adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação dos adolescentes.



Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa II Desenvolvimento	45´	- Procedimento da dinâmica musical: - Solicitar aos adolescentes que formem uma roda e seguidamente explorem os diferentes sons do seu corpo com recurso á percussão corporal; - Partilhar com os restantes adolescentes os sons corporais que descobriram e ensinarem aos colegas as suas descobertas; - Construir uma melodia com recurso aos diferentes sons corporais explorados e descobertos.	- Método afirmativo/ participativo	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, motivação e participação dos adolescentes.
Etapa III Conclusão	10´	- Motivação para a reflexão nos adolescentes, expressando os seus sentimentos e emoções; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da dinâmica musical.	- Método afirmativo/ participativo	- Avaliação formativa e imediata; - Avaliação da dinâmica musical através do diálogo com os adolescentes.

Anexo II – Planejamento das Dinâmicas Musicais – “*Construção de Instrumentos e Composição Musical*”



<p>Enfermeira: Andreia Faleiro Grupo destinatário: Adolescentes que frequentam a consulta de Pedopsiquiatria do CHA, E.P.E. Local: Sala de consulta da terapia ocupacional da Consulta de Pediatria do CHA, E.P.E. Data: 7/11/2013 Hora: 16:00 Duração: 60 minutos Número de participantes: 5 adolescentes Recursos materiais: Folhas de papel autocolante, canetas, tesouras, cola, adesivo, arame, fio de pesca, rolos de papel de cozinha, caricas, caixa de sapatos, garrafas de água e de iogurtes, massas e paus de fósforos</p>		<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Promover o bem-estar físico e psicológico;• Promover a interação social entre os adolescentes;• Promover a comunicação verbal e não verbal dos adolescentes. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estimular a capacidade de concentração, memória e de atenção;• Permitir a expressão de sentimentos e emoções;• Facilitar a perceção sonora, corporal, ambiental e de si mesmo;• Promover a criatividade e a capacidade de improviso;• Desenvolver habilidades cognitivas e sociais;• Estimular habilidades sensório-motoras.		
<p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comunicação comprometida;• Processo social comprometido;• Pensamento alterado;• Perceção alterada.		<p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ausência de motivação para participar nas dinâmicas de grupo;• Auto-controlo impulso agressividade ineficaz;• Défice intelectual.		
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5'	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação dos enfermeiros e adolescentes;- Apresentação da dinâmica musical;- Definição dos objetivos;- Explicação do procedimento;- Verificação da recetividade/interesse dos adolescentes.	<ul style="list-style-type: none">- Método expositivo/interrogativo	<ul style="list-style-type: none">- Avaliação formativa e imediata;- Observação do interesse, recetividade e motivação dos adolescentes.



Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa II Desenvolvimento	45´	- Procedimento da dinâmica musical: - Solicitar aos adolescentes que construam diferentes instrumentos musicais utilizando os recursos materiais disponíveis; - Promover a apresentação dos instrumentos musicais elaborados.	- Método afirmativo/ participativo	- Avaliação formativa e imediate; - Observação do interesse, motivação e participação dos adolescentes.
Etapa III Conclusão	10´	- Motivação para a reflexão nos adolescentes, expressando os seus sentimentos e emoções; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da dinâmica musical.	- Método afirmativo/ participativo	- Avaliação formativa e imediate; - Avaliação da dinâmica musical através do diálogo com os adolescentes.



<p>Enfermeira: Andreia Faleiro Grupo destinatário: Adolescentes que frequentam a consulta de Pedopsiquiatria do CHA, E.P.E. Local: Sala de consulta da terapia ocupacional da Consulta de Pediatria do CHA, E.P.E. Data: 14/11/2013 Hora: 16:00 Duração: 60 minutos Número de participantes: 5 adolescentes Recursos materiais: Instrumentos musicais construídos na sessão anterior.</p>		<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover o bem-estar físico e psicológico; • Promover a interação social entre os adolescentes; • Promover a comunicação verbal e não verbal dos adolescentes. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a capacidade de concentração, memória e de atenção; • Permitir a expressão de sentimentos e emoções; • Facilitar a perceção sonora, corporal, ambiental e de si mesmo; • Promover a criatividade e a capacidade de improviso; • Desenvolver habilidades cognitivas e sociais; • Estimular habilidades sensório-motoras. 		
<p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação comprometida; • Processo social comprometido; • Pensamento alterado; • Perceção alterada. 		<p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de motivação para participar nas dinâmicas de grupo; • Auto-controlo impulso agressividade ineficaz; • Défice intelectual. 		
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5'	- Apresentação dos enfermeiros e adolescentes; - Apresentação da dinâmica musical; - Definição dos objetivos; - Explicação do procedimento; - Verificação da recetividade/interesse dos adolescentes.	- Método expositivo/ interrogativo	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação dos adolescentes.



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**“Dinâmicas Musicais – “Construção de Instrumentos e
Composição Musical” – Sessão nº. 2**

Consulta de Pedopsiquiatria
do Centro Hospitalar do
Algarve, E.P.E.

Módulo III – Pedopsiquiatria

Página 2 de 2

Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa II Desenvolvimento	45´	- Procedimento da dinâmica musical: - Solicitar aos adolescentes que construam a melodia da música com recurso ao instrumentos musicais criados na sessão anterior.	- Método afirmativo/ participativo	- Avaliação formativa e imediate; - Observação do interesse, motivação e participação dos adolescentes.
Etapa III Conclusão	10´	- Motivação para a reflexão nos adolescentes, expressando os seus sentimentos e emoções; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da dinâmica musical.	- Método afirmativo/ participativo	- Avaliação formativa e imediate; - Avaliação da dinâmica musical através do diálogo com os adolescentes.



Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	Módulo III – Pedopsiquiatria	Página 1 de 2
---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	---------------

<p>Enfermeira: Andreia Faleiro Grupo destinatário: Adolescentes que frequentam a consulta de Pedopsiquiatria do CHA, E.P.E. Local: Sala de consulta da terapia ocupacional da Consulta de Pediatria do CHA, E.P.E. Data: 21/11/2013 Hora: 16:00 Duração: 60 minutos Número de participantes: 5 adolescentes Recursos materiais: Instrumentos musicais construídos nas sessões anteriores; folhas de papel e canetas.</p>		<p>Objetivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover o bem-estar físico e psicológico; • Promover a interação social entre os adolescentes; • Promover a comunicação verbal e não verbal dos adolescentes. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a capacidade de concentração, memória e de atenção; • Permitir a expressão de sentimentos e emoções; • Facilitar a perceção sonora, corporal, ambiental e de si mesmo; • Promover a criatividade e a capacidade de improviso; • Desenvolver habilidades cognitivas e sociais; • Estimular habilidades sensório-motoras. 		
<p>Critérios de Inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação comprometida; • Processo social comprometido; • Pensamento alterado; • Perceção alterada. 		<p>Critérios de Exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de motivação para participar nas dinâmicas de grupo; • Auto-controlo impulso agressividade ineficaz; • Défice intelectual. 		
Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa I Introdução	5'	- Apresentação dos enfermeiros e adolescentes; - Apresentação da dinâmica musical; - Definição dos objetivos; - Explicação do procedimento; - Verificação da recetividade/interesse dos adolescentes.	- Método expositivo/ interrogativo	- Avaliação formativa e imediata; - Observação do interesse, recetividade e motivação dos adolescentes.



Fase	Tempo	Conteúdo	Método	Avaliação
Etapa II Desenvolvimento	45´	- Procedimento da dinâmica musical: - Solicitar aos adolescentes que escrevam a letra de uma música e construam a sua melodia; - Promover a apresentação da composição musical, tanto a nível de escrita, como a nível de melodia.	- Método afirmativo/ participativo	- Avaliação formativa e imediate; - Observação do interesse, motivação e participação dos adolescentes.
Etapa III Conclusão	10´	- Motivação para a reflexão nos adolescentes, expressando os seus sentimentos e emoções; - Conclusão das principais ideias; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da dinâmica musical.	- Método afirmativo/ participativo	- Avaliação formativa e imediate; - Avaliação da dinâmica musical através do diálogo com os adolescentes.

Anexo III - Grelhas de avaliação das dinâmicas musicais



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Avaliação das dinâmicas musicais

Data: _____
Dinâmica musical:
"Percussão Corporal"

Consulta de Pedopsiquiatria
do Centro Hospitalar do
Algarve, E.P.E.

Módulo III – Pedopsiquiatria

Página 1 de 1

Utente				
Avaliação				
Capacidade de comunicação verbal e não verbal				
Capacidade de interação grupal				
Capacidade de concentração				
Capacidade de memória				
Capacidade de atenção				
Capacidade de percussão corporal				
Capacidade de criatividade				
Capacidade de improviso				
Capacidade em se relacionar com os sons				
Expressão de sentimentos e emoções				
Sentimentos transmitidos no final da sessão				
Observação				



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Avaliação das dinâmicas musicais

Data: _____
Dinâmica musical:
"Construção de Instrumentos e Composição Musical" – Sessão n.º.1

Consulta de Pedopsiquiatria
do Centro Hospitalar do
Algarve, E.P.E.

Módulo III – Pedopsiquiatria

Página 1 de 1

Utente				
Avaliação				
Capacidade de comunicação verbal e não verbal				
Capacidade de interação grupal				
Capacidade de concentração				
Capacidade de memória				
Capacidade de atenção				
Capacidade em construir instrumentos musicais				
Capacidade de criatividade				
Capacidade de improviso				
Expressão de sentimentos e emoções				
Sentimentos transmitidos no final da sessão				
Observação				

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p>	<p>Data: _____ Dinâmica musical: <i>“Construção de Instrumentos e Composição Musical”</i> – Sessão n.º.2</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 1 de 1</p>

Utente Avaliação				
<p>Capacidade de comunicação verbal e não verbal</p>				
<p>Capacidade de interação grupal</p>				
<p>Capacidade de concentração</p>				
<p>Capacidade de memória</p>				
<p>Capacidade de atenção</p>				
<p>Capacidade de criatividade</p>				
<p>Capacidade de improviso</p>				
<p>Capacidade em se relacionar com a música/sons</p>				
<p>Expressão de sentimentos e emoções</p>				
<p>Sentimentos transmitidos no final da sessão</p>				
<p>Observação</p>				

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p>	<p>Data: _____ Dinâmica musical: <i>“Construção de Instrumentos e Composição Musical”</i> – Sessão n.º.3</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 1 de 1</p>

Utente Avaliação				
Capacidade de comunicação verbal e não verbal				
Capacidade de interação grupal				
Capacidade de concentração				
Capacidade de memória				
Capacidade de atenção				
Capacidade de criatividade				
Capacidade de improviso				
Capacidade em escrever a letra da música				
Capacidade em se relacionar com a voz				
Expressão de sentimentos e emoções				
Sentimentos transmitidos no final da sessão				
Observação				

Avaliação das Dinâmicas Musicais na Adolescência



Utente	Adolescente 1	Adolescente 2	Adolescente 3
Avaliação			
Capacidade de comunicação verbal e não verbal	Sim	Sim	Sim
Capacidade de interação grupal	Sim	Sim	Sim
Capacidade de concentração	Sim	Sim	Sim
Capacidade de memória	Sim	Sim	Sim
Capacidade de atenção	Sim	Sim	Sim
Capacidade de percussão corporal	Sim	Sim	Sim
Capacidade de criatividade	Sim	Não	Sim
Capacidade de improviso	Sim	Não	Sim
Capacidade em se relacionar com os sons	Sim	Sim	Sim
Expressão de sentimentos e emoções	Sim	Não	Sim
Sentimentos transmitidos no final da sessão	Felicidade	---	Alegria
Observação	<p>O adolescente participou na dinâmica de grupo com entusiasmo e motivação. Demonstrou boa capacidade em relacionar-se com os sons emitidos pela percussão corporal, boa capacidade de improviso, criatividade e memorização. No decorrer da dinâmica demonstrou boa capacidade de comunicação e de interação tanto com os adolescentes como com os profissionais.</p>	<p>O adolescente participou na dinâmica com entusiasmo e motivação. Demonstrou capacidade em relacionar-se com os sons emitidos pela percussão corporal, no entanto apresentou alguma dificuldade na construção dos sons emitidos com recurso ao improviso e à criatividade. Boa capacidade de memorização, sendo que frequentemente relembra os outros adolescentes acerca da sequência musical. No decorrer da dinâmica relacionou-se bem e estabeleceu contato ocular com os restantes adolescentes e com os profissionais esboçando sorrisos, alternados com outros momentos em que desviava o olhar.</p>	<p>O adolescente participou na sessão com grande entusiasmo e motivação. Contribuiu para a construção de da melodia com recurso à percussão corporal, memorizando a sequência correspondente à música elaborada. Boa interação com os restantes adolescentes, na medida em que os estimulava a participar na sessão. Revelou boa capacidade de memorização, improviso e criatividade. No final da sessão colocou algumas questões acerca do álcool, sendo realizados ensinamentos de acordo com a temática exposta e com as suas dúvidas.</p>



Utente	Adolescente 4	Adolescente 5
Avaliação		
Capacidade de comunicação verbal e não verbal	Sim	Sim
Capacidade de interação grupal	Não	Sim
Capacidade de concentração	Sim	Não
Capacidade de memória	Sim	Não
Capacidade de atenção	Sim	Não
Capacidade de percussão corporal	Sim	Sim
Capacidade de criatividade	Sim	Sim
Capacidade de improviso	Sim	Sim
Capacidade em se relacionar com os sons	Sim	Sim
Expressão de sentimentos e emoções	Não	Sim
Sentimentos transmitidos no final da sessão	Demonstrou indiferença	Alegria
Observação	<p>O adolescente participou na dinâmica de grupo com pouco interesse e empenho. Quando abordado verificou-se que conseguiu alcançar alguns dos objetivos terapêuticos propostos, nomeadamente na capacidade de percussão corporal, de improviso e de criatividade.</p> <p>No entanto, no decorrer da dinâmica, apresentou uma postura defensiva, com fraca interação com os restantes adolescentes. No final da sessão, comunicou individualmente que <i>"gostei, não levei a mal nenhum comentário de ninguém, porque não me conhecem"</i> (sic). No decorrer da sessão foram ainda realizados ensinamentos acerca dos efeitos secundários da medicação, uma vez que o adolescente em causa apresentava fala arrastada, sendo questionado por um outro adolescente acerca do porque da sua fala.</p>	<p>A adolescente participou na dinâmica de grupo com grande entusiasmo e motivação. No decorrer da sessão colocou questões acerca dos restantes adolescentes, nomeadamente a idade, o número de irmãos, entre outras questões, as quais foram esclarecidas pelos mesmos. As questões colocadas, foram pertinentes na medida em que promoveram a interação interpessoal.</p> <p>Revelou no entanto dificuldade em concentrar-se na sessão bem como fraca capacidade de memorização, concentração e atenção.</p>

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 31/10/2013 Dinâmica musical: "Percussão Corporal"</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 3 de 6</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da dinâmica musical realizada.



Gráfico 1 – Capacidade de comunicação verbal e não verbal.

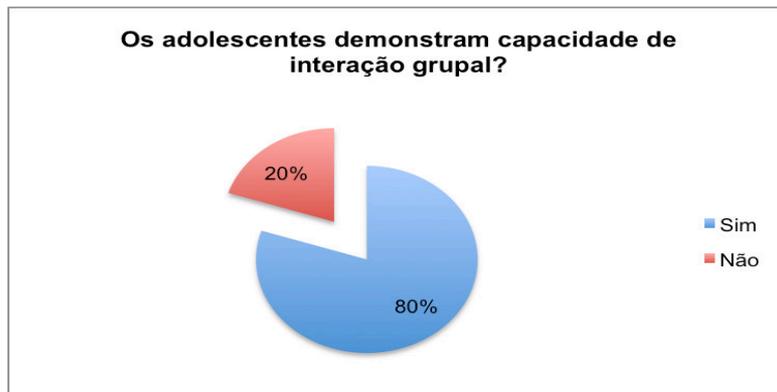


Gráfico 2 – Capacidade de interação grupal.

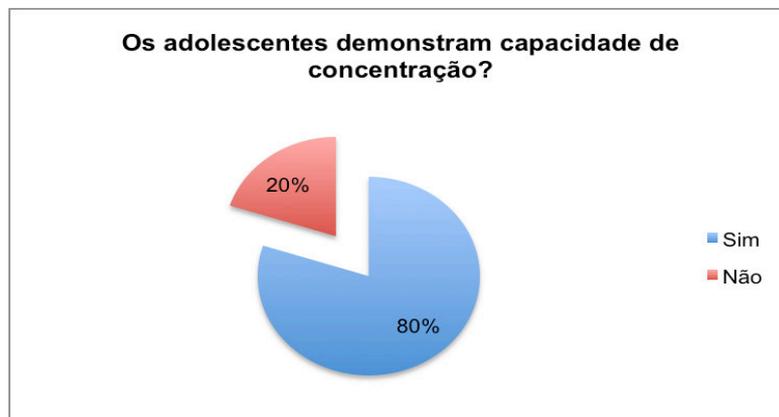


Gráfico 3 – Capacidade de concentração.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 31/10/2013 Dinâmica musical: "Percussão Corporal"</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 4 de 6</p>

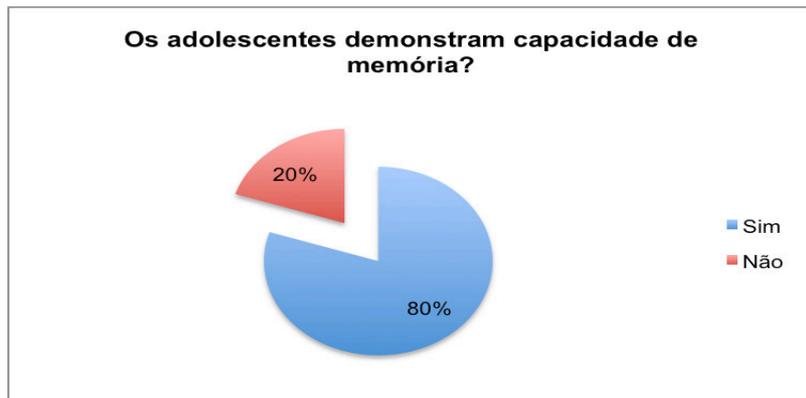


Gráfico 4 – Capacidade de memória.

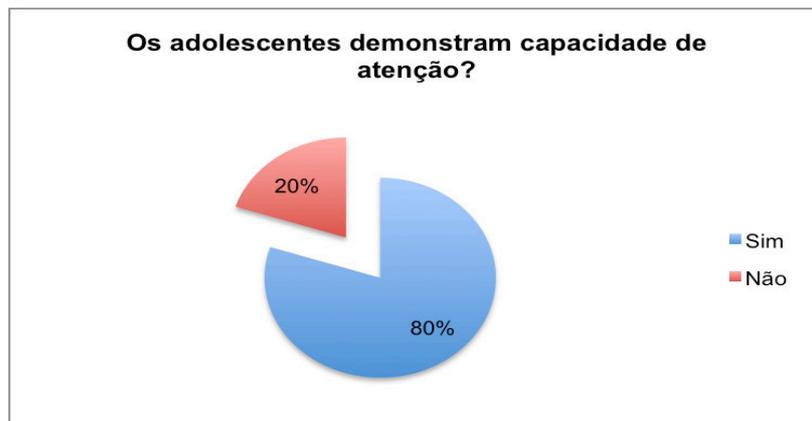


Gráfico 5 – Capacidade de atenção.



Gráfico 6 – Capacidade de percussão corporal.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 31/10/2013 Dinâmica musical: "Percussão Corporal"</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 5 de 6</p>

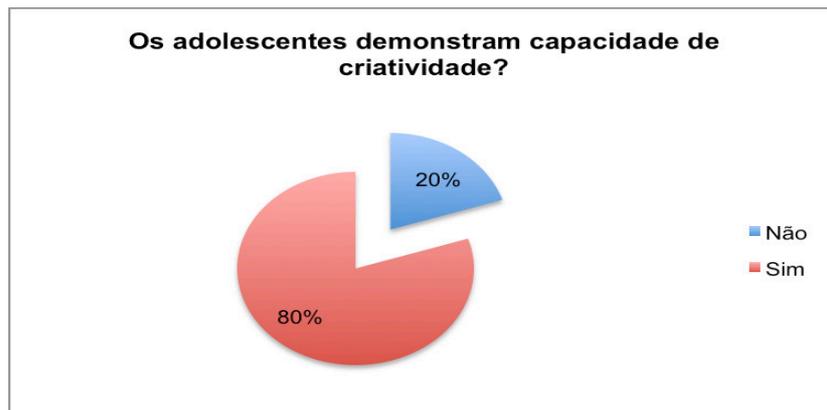


Gráfico 7 – Capacidade de criatividade.

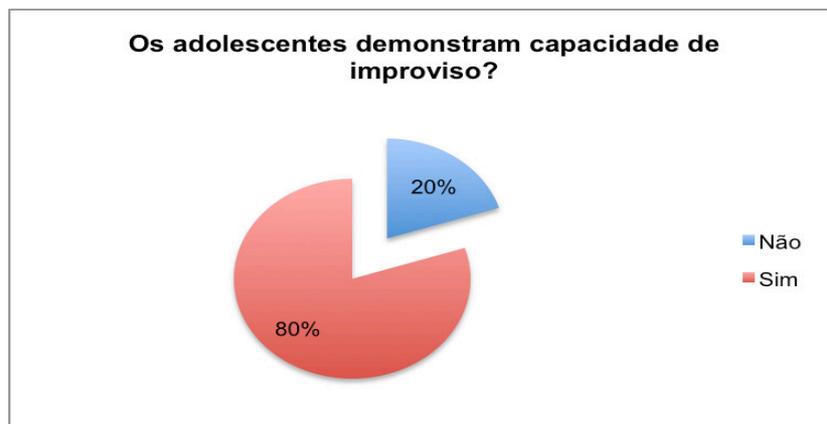


Gráfico 8 – Capacidade de improviso.



Gráfico 9 – Capacidade de relacionamento com os sons.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 31/10/2013 Dinâmica musical: "Percussão Corporal"</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 6 de 6</p>

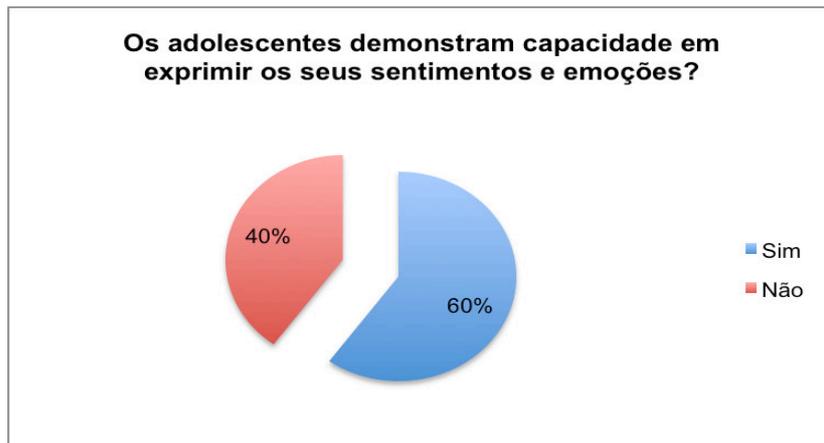


Gráfico 10 – Capacidade em exprimir os sentimentos.

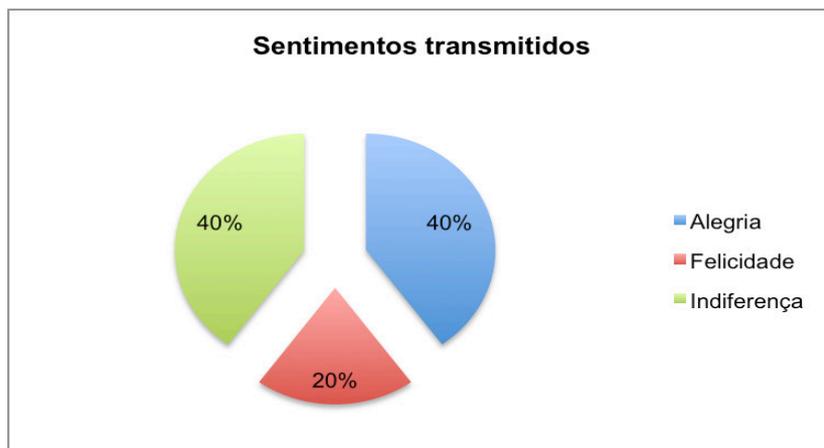


Gráfico 11 – Sentimentos transmitidos.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p>	<p>Data: 7/11/2013 Dinâmica musical: “Construção de Instrumentos e Composição Musical” – Sessão nº.1</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 1 de 6</p>

<div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;"> Utente Avaliação </div>	Adolescente 1	Adolescente 2	Adolescente 3
Capacidade de comunicação verbal e não verbal	Sim	Sim	Sim
Capacidade de interação grupal	Sim	Sim	Sim
Capacidade de concentração	Sim	Sim	Não
Capacidade de memória	Sim	Sim	Não
Capacidade de atenção	Sim	Sim	Não
Capacidade em construir instrumentos musicais	Sim	Sim	Não
Capacidade de criatividade	Sim	Sim	Não
Capacidade de improviso	Sim	Sim	Não
Expressão de sentimentos e emoções	Sim	Sim	Sim
Sentimentos transmitidos no final da sessão	Tranquilidade	Abstração de pensamentos	Felicidade
Observação	<p>O utente encontrou-se entusiasmado e motivado com a sua participação na dinâmica. Referiu ao longo da sessão que estava a gostar muito da sessão e que gostava inclusivamente de música. Demonstrou capacidade de criatividade relativamente à construção do seu instrumento musical com recurso ao material reciclado. Boa interação com os restantes utentes e com os profissionais. Comunicativo, referindo como tinha corrido o resto da semana (após a última dinâmica musical realizada).</p>	<p>O utente encontrou-se entusiasmado e motivado. Referiu que estava a gostar mais desta sessão, pelo fato de estar relacionada com a construção de instrumentos, sendo uma área do seu interesse pessoal. Demonstrou capacidade de criatividade relativamente à construção do seu instrumento musical. Postura reservada, no entanto interagiu com os restantes utentes. Apenas comunicativo verbalmente quando solicitado. No final da sessão, por iniciativa própria, mostrou desenhos que realizou em casa com o intuito de partilhar as suas criações com os restantes adolescentes. Os colegas elogiaram o seu trabalho.</p>	<p>Durante a sessão a utente encontrava-se verborreica. Participou pouco na construção do seu instrumento, sendo que o mesmo foi construído com ajuda de profissional. Demonstrou pouca capacidade de criatividade e de improviso. Partilhou algumas situações familiares aquando da sua deslocação a casa da sua mãe (referiu conflitos com o padrasto e que por vezes, durante o períodos da noite ficava a tomar conta dos irmãos de 6 e 1 ano enquanto os pais se ausentavam).</p>

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 7/11/2013 Dinâmica musical: <i>“Construção de Instrumentos e Composição Musical”</i> – Sessão n.º.1</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 3 de 6</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da dinâmica musical realizada.



Gráfico 1 – Capacidade de comunicação verbal e não verbal.



Gráfico 2 – Capacidade de interação grupal.

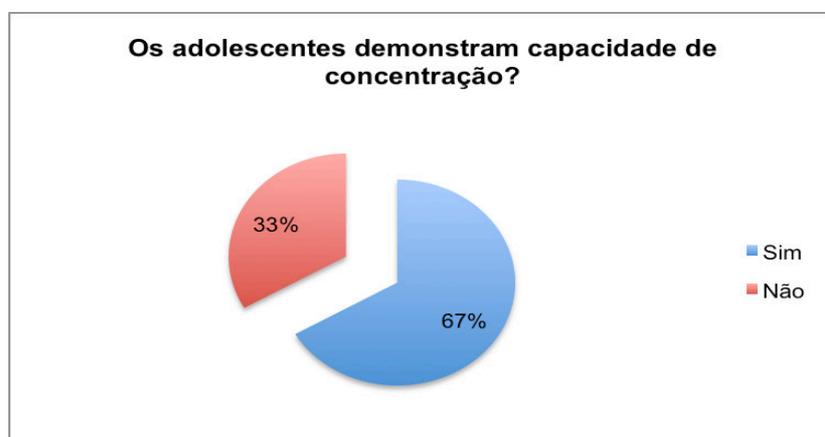


Gráfico 3 – Capacidade de concentração.

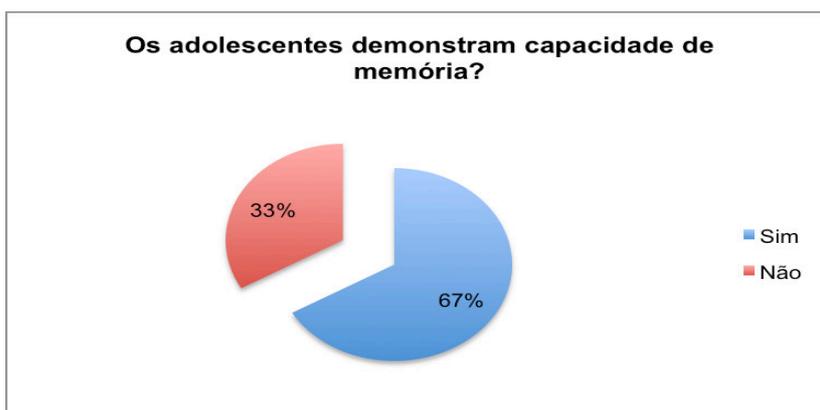


Gráfico 4 – Capacidade de memória.

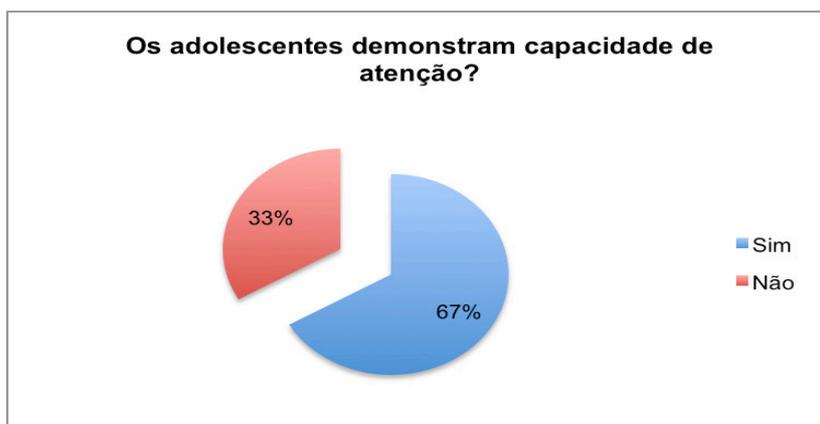


Gráfico 5 – Capacidade de atenção.

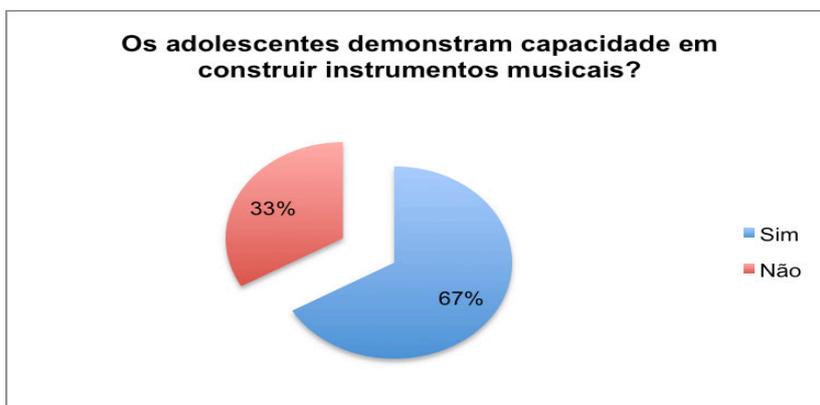


Gráfico 6 – Capacidade em construir instrumentos musicais.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 7/11/2013 Dinâmica musical: <i>“Construção de Instrumentos e Composição Musical”</i> – Sessão n.º 1</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 5 de 6</p>

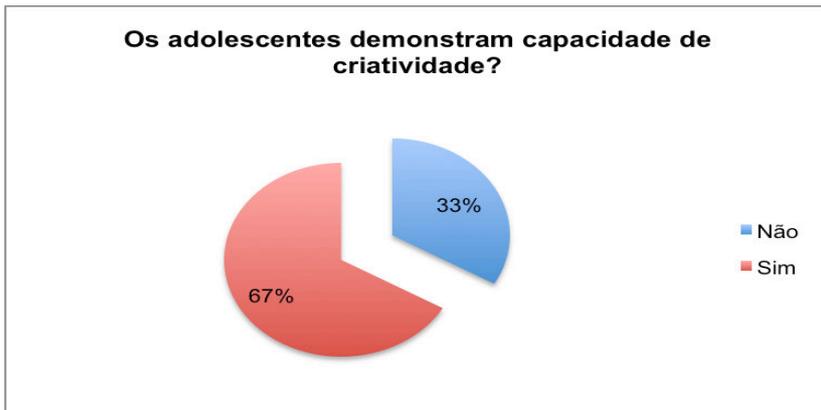


Gráfico 7 – Capacidade de criatividade.

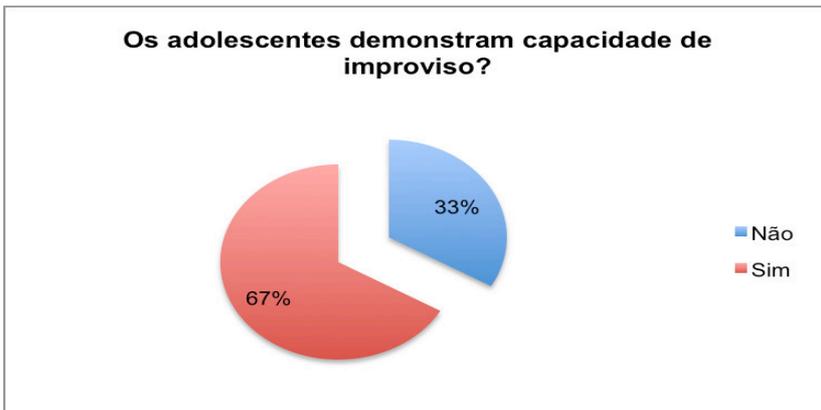


Gráfico 8 – Capacidade de improviso.



Gráfico 9 – Capacidade de exprimir os sentimentos e emoções.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 7/11/2013 Dinâmica musical: <i>“Construção de Instrumentos e Composição Musical”</i> – Sessão n.º 1</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 6 de 6</p>



Gráfico 10 – Sentimentos transmitidos.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p>	<p>Data: 14/11/2013 Dinâmica musical: "Construção de Instrumentos e Composição Musical" – Sessão nº.2</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 1 de 6</p>

<p>Utente Avaliação</p>	<p>Adolescente 1</p>	<p>Adolescente 2</p>
<p>Capacidade de comunicação verbal e não verbal</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de interação grupal</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de concentração</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de memória</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de atenção</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de criatividade</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de improviso</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade em se relacionar com a música/sons</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Expressão de sentimentos e emoções</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Sentimentos transmitidos no final da sessão</p>	<p>Felicidade</p>	<p>Abstração dos pensamentos</p>
<p>Observação</p>	<p>O adolescente participou na dinâmica musical com empenho e entusiasmo. Apresentou boa capacidade de interação com os restantes adolescentes e com os profissionais. Com recurso aos instrumentos realizados através de material reciclado na sessão anterior, emitiu sons e produzir uma melodia. No final da sessão mencionou que o que mais gostou foi o ritmo criado. Partilhou com o grupo os seus gostos musicais. Comunicativo.</p>	<p>O adolescente participou na dinâmica musical com empenho e motivação. Com recurso aos instrumentos musicais construídos com material reciclado na sessão anterior, emitiu sons e colaborou na construção da música. Apresentou uma boa interação com o grupo, interagindo com ele. Comunicativo. No final da sessão referiu que gostou de produzir sons através dos instrumentos previamente elaborados. Partilhou com o grupo os seus gostos musicais, bem como cantou músicas a seu gosto.</p>

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p>	<p>Data: 14/11/2013 Dinâmica musical: “Construção de Instrumentos e Composição Musical” – Sessão nº.2</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 2 de 6</p>

Utente	Adolescente 3	Adolescente 4
Avaliação		
Capacidade de comunicação verbal e não verbal	Sim	Sim
Capacidade de interação grupal	Sim	Sim
Capacidade de concentração	Sim	Sim
Capacidade de memória	Sim	Sim
Capacidade de atenção	Sim	Sim
Capacidade de criatividade	Sim	Não
Capacidade de improviso	Sim	Não
Capacidade em se relacionar com a música/sons	Sim	Sim
Expressão de sentimentos e emoções	Sim	Sim
Sentimentos transmitidos no final da sessão	Alegria	Distração
Observação	<p>O adolescente participou na dinâmica musical com entusiasmo. Apresentou boa interação com os restantes adolescentes e com os profissionais. Através dos instrumentos musicais construídos com material reciclado na sessão anterior, emitiu sons e colaborou na produção da música. O adolescente coordenou o restante grupo na construção e elaboração do ritmo e da música. No final da sessão acrescentou que gostou do ritmo elaborado e partilhou com o restante grupo os seus gostos musicais. Emitiu também sons produzidos pelo corpo, com recurso à percussão corporal. Comunicativo.</p>	<p>No início da sessão a adolescente encontrava-se revoltada com uma situação que tinha ocorrido na instituição em que se encontra institucionalizada, no entanto não quis especificar. Posteriormente, ficou entusiasmada, participando com entusiasmo na sessão e cumprindo as orientações solicitadas. Através dos instrumentos musicais construídos com material reciclado na sessão anterior, emitiu sons e produziu a música com a ajuda dos restantes adolescentes. No final da sessão mencionou que o que mais gostou foi o ritmo criado na música. Partilhou com os restantes adolescentes os seus gostos musicais, cantou algumas músicas e comentou como tinha decorrido o seu fim-de-semana.</p>

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 14/11/2013 Dinâmica musical: <i>“Construção de Instrumentos e Composição Musical”</i> – Sessão n.º.2</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 3 de 6</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da dinâmica musical realizada.



Gráfico 1 – Capacidade de comunicação verbal e não verbal.



Gráfico 2 – Capacidade de interação grupal.

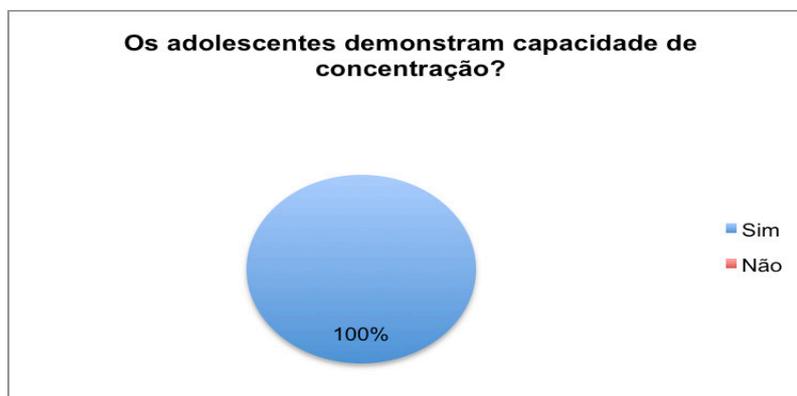


Gráfico 3 – Capacidade de concentração.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 14/11/2013 Dinâmica musical: <i>“Construção de Instrumentos e Composição Musical”</i> – Sessão nº.2</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 4 de 6</p>

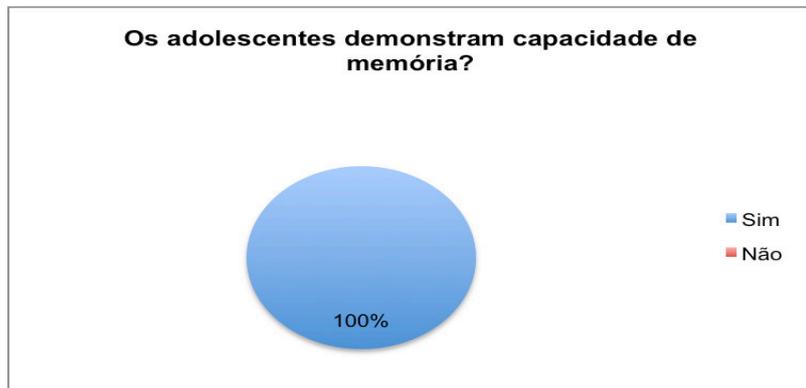


Gráfico 4 – Capacidade de memória.

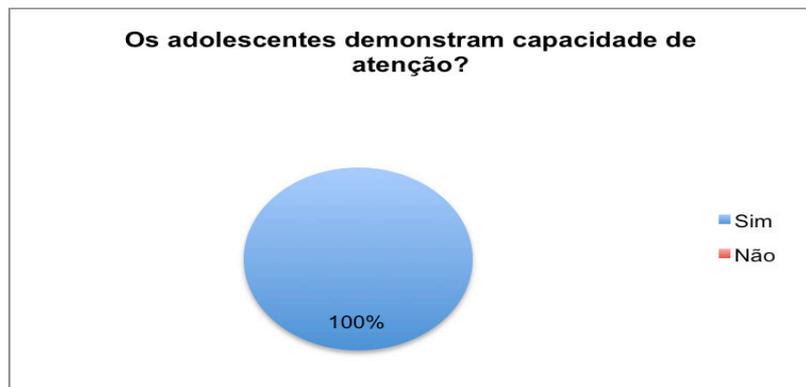


Gráfico 5 – Capacidade de atenção.

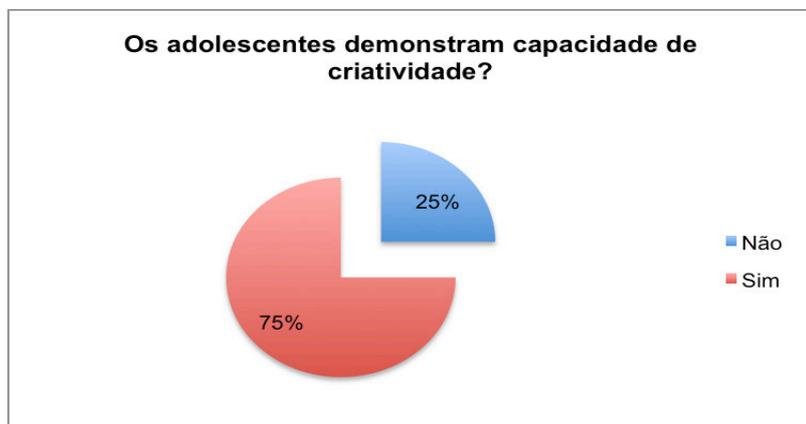


Gráfico 6 – Capacidade de criatividade.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 14/11/2013 Dinâmica musical: <i>“Construção de Instrumentos e Composição Musical”</i> – Sessão n.º.2</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 5 de 6</p>

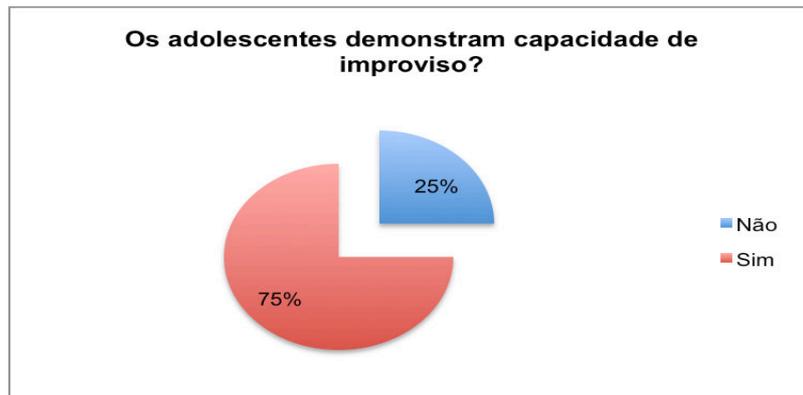


Gráfico 7 – Capacidade de improviso.

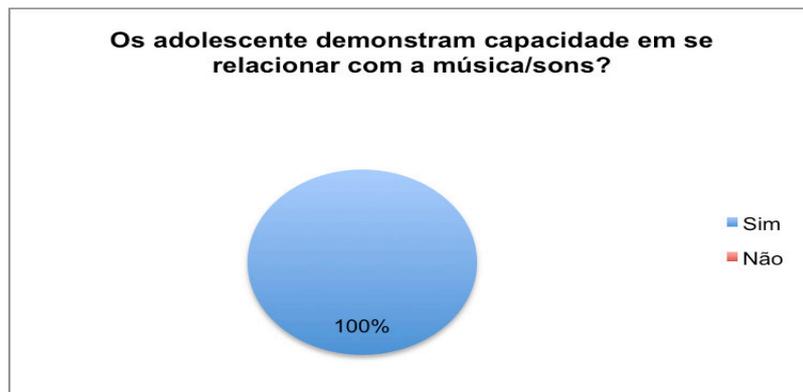


Gráfico 8 –Capacidade em relacionar-se com a música/sons.



Gráfico 9 – Capacidade de exprimir os sentimentos.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 14/11/2013 Dinâmica musical: <i>“Construção de Instrumentos e Composição Musical”</i> – Sessão nº.2</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 6 de 6</p>

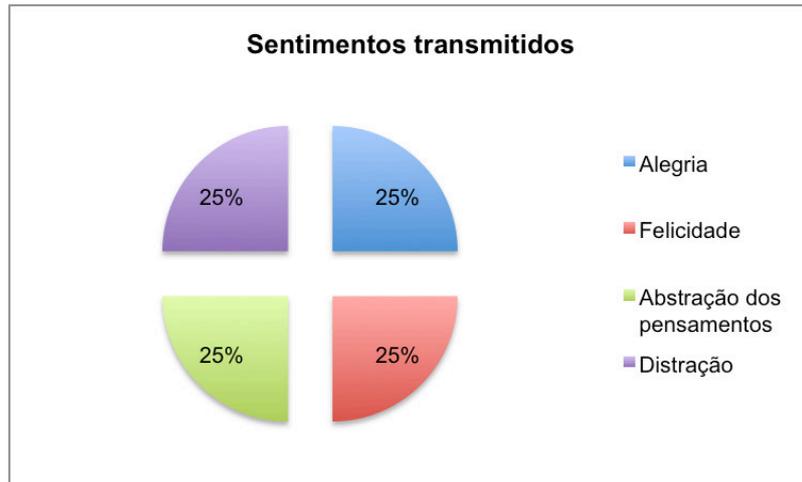


Gráfico 10 – Sentimentos transmitidos.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p>	<p>Data: 21/11/2013 Dinâmica musical: "Construção de Instrumentos e Composição Musical" – Sessão n.º.3</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 1 de 6</p>

<p>Utente</p> <p>Avaliação</p>	<p>Adolescente 1</p>	<p>Adolescente 2</p>
<p>Capacidade de comunicação verbal e não verbal</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de interação grupal</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de concentração</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de memória</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de atenção</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de criatividade</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de improviso</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade em escrever a letra da música</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade em se relacionar com a voz</p>	<p>Sim</p>	<p>Não</p>
<p>Expressão de sentimentos e emoções</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Sentimentos transmitidos no final da sessão</p>	<p>Felicidade</p>	<p>Alegria</p>
<p>Observação</p>	<p>Participou na atividade com empenho e motivação. Estabeleceu boa interação com os adolescentes e com os profissionais. Desenvolveu capacidade de comunicação, improviso e atenção. Colaborou na construção da letra da música com criatividade, ajudando os restantes colegas a escrever a música. Espírito de trabalho em equipa.</p> <p>Referiu que <i>"Gostei das sessões, de futuro mudaria a minha paciência, porque em todas as sessões testei a vossa paciência"</i> (sic). Acresce ainda salientar que após a realização desta dinâmicas o adolescente começou a escrever no domicílio letras de músicas, acrescentado que <i>"despertaram em mim o bichinho pela música"</i> (sic).</p>	<p>O adolescente participou na atividade com empenho e motivação. Estabeleceu boa interação com os utentes e com os profissionais. Desenvolveu capacidade de comunicação, improviso e de atenção. Colaborou na construção da letra da música, bem como tocou os instrumentos musicais elaborados com material reciclado anteriormente.</p> <p>Referiu que <i>"gostei do trabalho desenvolvido em grupo, no entanto tinha gostado mais das sessões se tivéssemos tocado instrumentos verdadeiros"</i> (sic), no sentido de explorar e conhecer uma realidade completamente desconhecida para si.</p>

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p>	<p>Data: 21/11/2013 Dinâmica musical: "Construção de Instrumentos e Composição Musical" – Sessão nº.3</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 2 de 6</p>

<p>Utente</p>	<p>Adolescente 3</p>	<p>Adolescente 4</p>
<p>Avaliação</p>		
<p>Capacidade de comunicação verbal e não verbal</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de interação grupal</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de concentração</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de memória</p>	<p>Sim</p>	<p>Não</p>
<p>Capacidade de atenção</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de criatividade</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade de improviso</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade em escrever a letra da música</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Capacidade em se relacionar com a voz</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Expressão de sentimentos e emoções</p>	<p>Sim</p>	<p>Sim</p>
<p>Sentimentos transmitidos no final da sessão</p>	<p>Abstração de pensamentos negativos</p>	<p>Felicidade</p>
<p>Observação</p>	<p>O adolescente participou na atividade com empenho e motivação. No decorrer da sessão estabeleceu contacto ocular com os restantes adolescentes e profissionais, bem como desenvolveu capacidade de interação, comunicação, improviso e de atenção. Colaborou na construção da letra da música e no final da sessão, foi o próprio quem a cantou para os restantes utentes. Referiu que <i>"gostei muito destas sessões, é pena terminarem por aqui, porque juntos desenvolvemos amizades, partilhamos experiências e esclarecemos dúvidas"</i> (sic).</p>	<p>A adolescente participou na atividade "dinâmicas musicais na adolescência" com empenho e motivação. No decorrer da sessão estabeleceu interação com os adolescentes e com os profissionais, bem como desenvolveu capacidade de comunicação, improviso e atenção. Colaborou na construção da letra da música, assim como na construção da melodia com recurso aos instrumentos musicais previamente elaborados. Referiu que <i>"Gostei destas quatro sessões, não mudava nada, porque correu tudo bem"</i> (sic). No decorrer da sessão partilhou ainda com os restantes adolescentes como tinha corrido a sua semana.</p>

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 21/11/2013 Dinâmica musical: <i>“Construção de Instrumentos e Composição Musical”</i> – Sessão nº.3</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 3 de 6</p>

Seguidamente serão apresentados os gráficos referentes à avaliação da dinâmica musical realizada.



Gráfico 1 – Capacidade de comunicação verbal e não verbal.



Gráfico 2 – Capacidade de interação grupal.



Gráfico 3 – Capacidade de concentração.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 21/11/2013 Dinâmica musical: <i>“Construção de Instrumentos e Composição Musical”</i> – Sessão n.º.3</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 4 de 6</p>

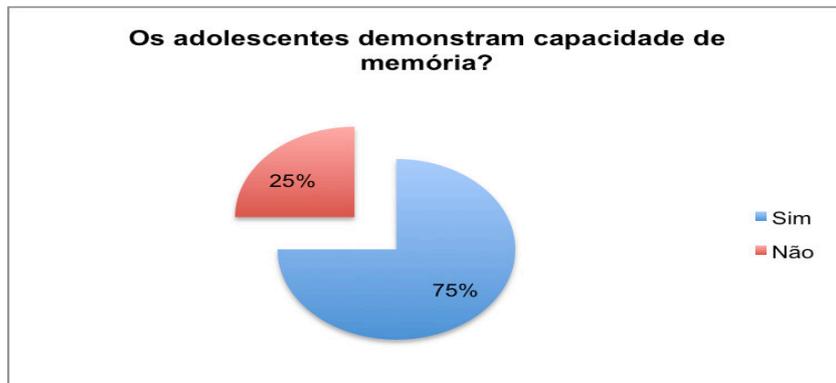


Gráfico 4 – Capacidade de memória.

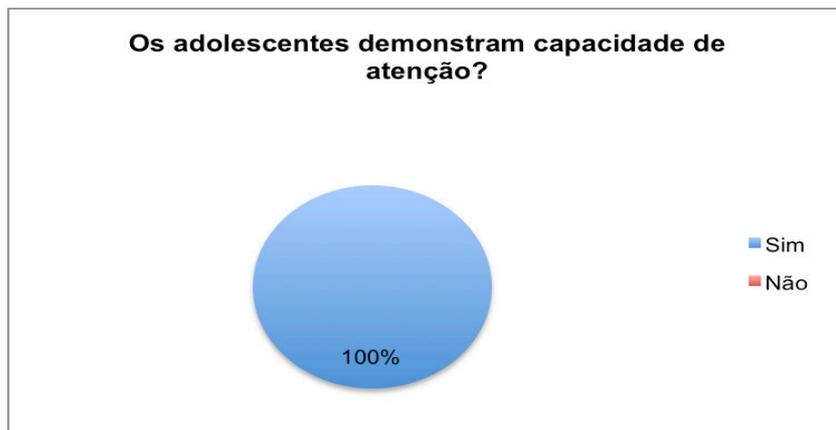


Gráfico 5 – Capacidade de atenção.



Gráfico 6 – Capacidade de criatividade.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 21/11/2013 Dinâmica musical: <i>“Construção de Instrumentos e Composição Musical”</i> – Sessão n.º.3</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 5 de 6</p>

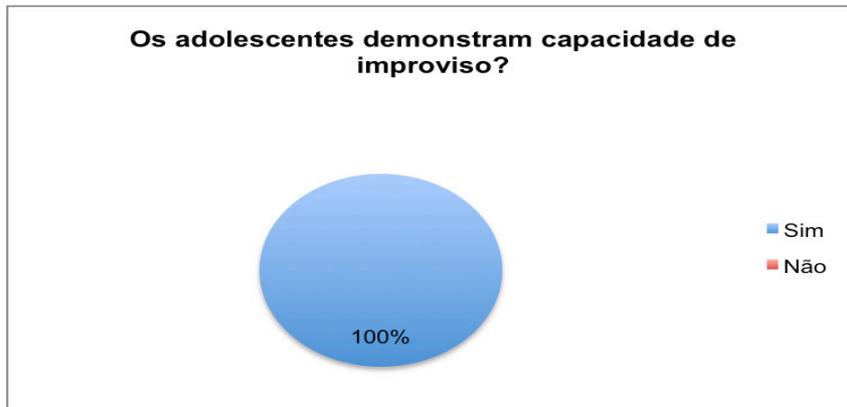


Gráfico 7 – Capacidade de improviso.

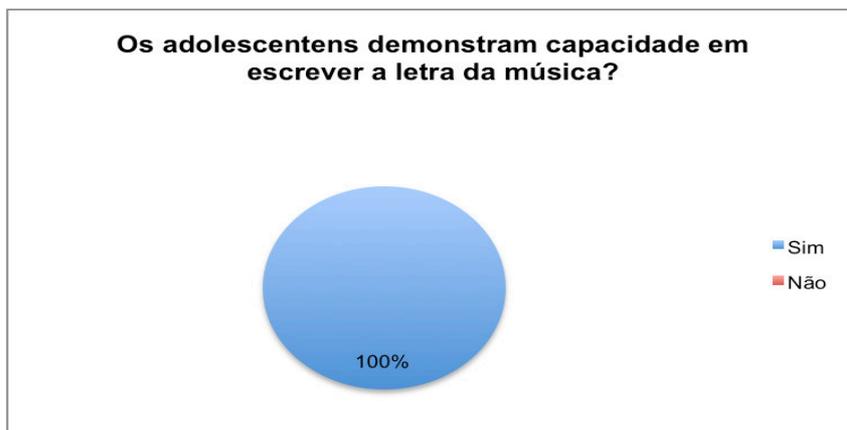


Gráfico 8 – Capacidade em escrever a letra da música.



Gráfico 9 – Capacidade de se relacionar com a voz.

 <p>CATÓLICA PORTO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</p>	<p>Avaliação das dinâmicas musicais</p> <p>Gráficos</p>	<p>Data: 21/11/2013 Dinâmica musical: <i>“Construção de Instrumentos e Composição Musical”</i> – Sessão nº.3</p>
<p>Consulta de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.</p>	<p>Módulo III – Pedopsiquiatria</p>	<p>Página 6 de 6</p>



Gráfico 10 – Capacidade em exprimir os seus sentimentos e emoções.

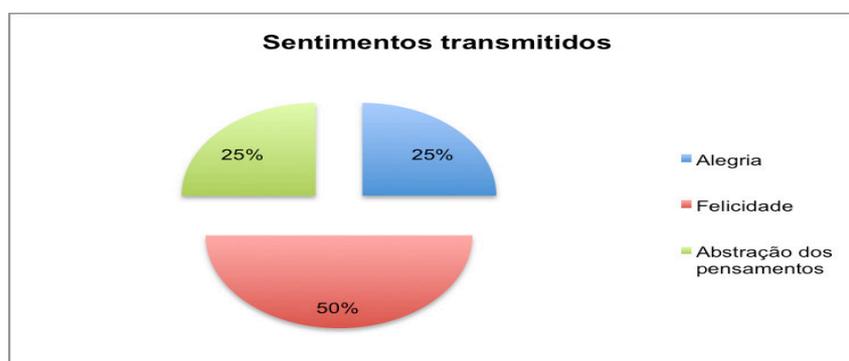


Gráfico 11 – Sentimentos transmitidos.

Música elaborada pelos adolescentes no decorrer da sessão:

Ama quem te ama, não ames quem te sorri, pois quem te sorri não te ama e quem te ama sofre por ti.

Até podes ser baixa mas eu fico feliz por ti, não te rias de mim, pois eu só te amo a ti.

Eu gosto muito de ti, que me dá calores, quem passa por ai ri-se de mim.

Ri-se de mim, porque ninguém gosta de mim.

Porque o fogo quando se apaga na cinza deixa o calor...

E o amor quando acaba no coração deixa a dor.

Pela minha grande dor, não desisto de ti meu amor.

O nosso amor é como um morango, que no final nós ficamos abraçando.

Gosto muito de ti e não te vou esquecer para sempre.

E por isso a nossa história acaba agora.

