



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Nuno Leandro de Oliveira Miranda

LISBOA,
Abril de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Nuno Leandro de Oliveira Miranda

Sob orientação do Professor Paulo Seabra

LISBOA,

Abril de 2012

*“Posso ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes,
Mas não esqueço de que minha vida
É a maior empresa do mundo...
E que posso evitar que ela vá à falência.
Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver
Apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise.
Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e
Se tornar um autor da própria história...
É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar
Um oásis no recôndito da sua alma...
É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida.
Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos.
É saber falar de si mesmo.
É ter coragem para ouvir um “Não”!!!
É ter segurança para receber uma crítica,
Mesmo que injusta...

Pedras no caminho?
Guardo todas, um dia vou construir um castelo...”*

FERNANDO PESSOA

“Pedras no Caminho”

Dedico este trabalho...

...a todos os que me apoiaram
e que se cruzaram comigo neste árduo percurso

Agradeço...

...à Raquel por suportar os meus disparates
e por estar sempre ao meu lado, principalmente
nos momentos de maior insegurança.

RESUMO

O presente relatório tem como objectivo apresentar, analisar e reflectir o desempenho profissional e pessoal que decorreu ao longo da prática clínica de cuidados de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica. O estágio decorreu em três áreas específicas que se complementam entre si.

Na área da intervenção na crise do adulto, intervi com pessoas portadoras de doença mental em fase aguda estabelecendo uma relação terapêutica e desenvolvendo actividades terapêuticas com vista à promoção da saúde mental do utente/família. Com o objectivo de contribuir para a formação em enfermagem desenvolvi um caso clínico e apresentei-o em serviço.

Na área da psicogeriatría, com a finalidade de promover o auto-cuidado nos doentes institucionalizados, implementei um programa de treino de actividades de vida diária para treinar competências e por sua vez promover a auto-estima dos utentes. Para complementar o conhecimento, compreensão e gestão efectiva das limitações apresentadas pelos utentes realizei sessões de Educação para a Saúde. Aos profissionais de saúde foi realizada uma sessão de formação, no sentido de realçar a importância de treino da autonomia dos utentes nas suas actividades básicas da vida diária e realçar a importância da nossa intervenção na reabilitação funcional e psicossocial.

Na área da promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção na comunidade e centros de saúde, a minha intervenção centrou-se na promoção da saúde mental dos utentes/famílias, desenvolvendo acções especializadas que visam a adopção de estilos de vida saudáveis. Neste campo, investi na prevenção/redução do risco de perturbações mentais conjugando intervenções psicoterapêuticas com sessões psicoeducativas dirigidas aos utentes e às suas famílias/cuidadores. \

Palavras-Chave: ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA, RELAÇÃO TERAPÊUTICA, TREINO DE COMPETÊNCIAS, AUTO-CUIDADO, PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

ABSTRACT

In this report it is presented and discussed the professional and the personal developments that resulted from the realization of an internship in Psychiatric and Mental Health Nursing, which focused three very specific and complementary topics.

In terms of *adult crisis intervention*, this work addressed the problematic of how to promote the mental health of a patient/family. The study that was realized involved patients with severe mental health diseases and consisted in the definition of suitable therapeutic relationships and of therapeutic activities to endorse the patient/family mental health. In this scope, a case study was investigated and presented at work for other health professionals as a contribution for their education in nursing.

In what concerns to *psychogeriatrics*, a special program was developed and implemented with hospitalized patients so as to promote self-caring and self-esteem in them. Such program consisted in training the patients to realize several basic daily activities. In this scope, some sessions of the course on Education for Health were attended that not only allowed to fully understand this problematic, but also to manage much better such limitations. Moreover, a single session course about the importance of health professional people in both the functional and psicosocial rehabilitation of the patients, as well as in training them for the realization of basic activities, was also ministered to a group of health professionals.

Finally, regarding to the *endorsement of better life styles, diagnosis and preventions*, a few actions were taken to promote healthy life styles, and thus mental health, of both the patients and their families. This was achieved with the realization of several psicoeducative sessions and with multiple psiotherapeutical actions, targeted for both the patients and their families/caretakers.

Keywords: Psychiatric and Mental Health Nurse, Therapeutic Relationship, Competence Training, Self-Caring, Promotion of Mental Health

ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------------------------|---|
| AVD`s | Actividades de Vida Diária |
| CHPL | Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa |
| CIPE | Classificação Internacional da Prática de Enfermagem |
| CP III | Clínica Psiquiátrica III |
| IIHSCJ | Instituto Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus |
| MMSE | <i>Mini Mental State Examination</i> |
| NANDA | <i>North American Nursing Diagnosis Association</i> |
| NIC (Olivais) | Núcleo de Intervenção Comunitária |
| NIC | <i>Nursing Interventions Classification</i> |
| NOC | <i>Nursing Outcomes Classification</i> |
| OE | Ordem dos Enfermeiros |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PNSM | Programa Nacional de Saúde Mental |
| PNSPI | Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas |
| REPE | Regulamento do Exercício da Prática de Enfermagem |
| DGS | Direcção Geral de Saúde |
| Eng ^a | Engenheira |
| Enf.º/Enf. ^a | Enfermeiro/a |

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 19 |
| 1. INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO | 25 |
| 1.1. JUSTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO | 28 |
| 1.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS ESTABELECIDOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS | 29 |
| ✓ Objectivo 1: Integrar a equipa multidisciplinar e organização da Clínica Psiquiátrica | 29 |
| ✓ Objectivo 2: Intervir com pessoas portadoras de doença mental em fase aguda | 30 |
| ▪ Objectivo 2.1: Promover a saúde mental do utente/família..... | 32 |
| ▪ Objectivo 2.2: Dinamizar actividades terapêuticas em grupo | 34 |
| ✓ Objectivo 3: Contribuir para a formação em serviço | 37 |
| 1.3. BREVE REFLEXÃO | 38 |
| 2. PSICOGERIATRIA | 41 |
| 2.1 JUSTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO | 44 |
| 2.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS ESTABELECIDOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS | 45 |
| ✓ Objectivo 1: Promover o auto-cuidado dos utentes institucionalizados | 45 |
| ✓ Objectivo 2: Desenvolver formação em serviço | 48 |
| 2.3. BREVE REFLEXÃO | 49 |
| 3. PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO – NA COMUNIDADE E NOS CENTROS DE SAÚDE | 53 |
| 3.1. JUSTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO | 56 |
| 3.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS ESTABELECIDOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS | 59 |
| ✓ Objectivo 1: Integrar a equipa multidisciplinar e organização do NIC dos Olivais | 59 |
| ✓ Objectivo 2: Promover a saúde e prevenir a doença mental | 60 |
| ✓ Objectivo 3: Promover a adopção de estilos de vida saudáveis | 61 |
| 3.3 BREVE REFLEXÃO | 66 |
| CONCLUSÃO | 69 |

| | |
|--|-----------|
| ANEXOS..... | 79 |
| ANEXO I (Cronograma geral) | 80 |
| ANEXO II (Reflexões sobre o estágio do Modulo II – Intervenção na Crise) | 82 |
| ANEXO III (Entrevista de Enfermagem)..... | 94 |
| ANEXO IV (Actividades terapêuticas desenvolvidas no CHPL - Polo Julio de Matos CPIII)..... | 103 |
| ANEXO V (Estudo de Caso sobre “Esquizofrenia”)..... | 124 |
| ANEXO VI (Projecto de Intervenção sobre “Reabilitação do Auto-cuidado em Psicogeriatria” - Planificação)..... | 141 |
| ANEXO VII (Relatorio de Intervenção sobre “Reabilitação do Auto-cuidado em Psicogeriatria” – Análise e Discussão de Dados)..... | 165 |
| ANEXO VIII (Sessão de Educação para a Saúde sobre o “Banho e os Cuidados de Higiene Pessoal” dirigido às utentes)..... | 181 |
| ANEXO IX (Sessão de Formação sobre “Banho e os Cuidados de Higiene Pessoal” dirigido aos profissionais de saúde) | 189 |
| ANEXO X (Reflexão teórica sobre Electroconvulsivoterapia - ECT) | 200 |
| ANEXO XI (Cronograma das actividades desenvolvidas no estágio do Modulo I - promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção – na comunidade e centros de saúde) | 205 |
| ANEXO XII (Reflexão sobre visitas domiciliares)..... | 208 |
| ANEXO XIII (Reflexão teórica sobre “Psicoeducação”) | 211 |
| ANEXO XIV (Planificação e avaliação da sessão de Relaxamento)..... | 221 |
| ANEXO XV (Planificação e avaliação da sessão de arteterapia – “Decoração de Natal”)..... | 225 |
| ANEXO XVI (Planificação e avaliação da dinâmica de grupo – “Tarde Desportiva”) | 231 |
| ANEXO XVII (Sessão de educação para a Saúde sobre “Alimentação Saudável”) ... | 237 |
| ANEXO XVIII (Sessão de educação para a saúde sobre “Higiene Oral”) | 249 |
| ANEXO XIX (Sessão de educação para a saúde sobre “Higiene do Sono”)..... | 253 |
| ANEXO XX (Psicoeducação sobre “Esquizofrenia - Como pode a família ajudar”)..... | 264 |

ANEXO XXI (Sessão de educação para a saúde sobre “Adesão ao Regime Terapêutico”).....279

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, ministrado pela Universidade Católica Portuguesa e sob orientação do Professor Paulo Seabra, com a finalidade de obter o grau de especialista e após a sua apresentação pública e discussão, o grau de mestre.

Um relatório consiste assim numa descrição e análise das actividades desenvolvidas num determinado período. Segundo VIDAL-HALL (1992),

"Um relatório é uma declaração formal dos resultados de uma investigação ou de qualquer assunto sobre o qual seja exigido uma informação precisa feita por qualquer pessoa ou organismo que recebe instruções ou a quem é exigido que o faça".

Este trabalho consiste na descrição, análise e reflexão de todas as actividades desenvolvidas ao longo da prática clínica. O período de estágio decorreu entre 20 de Abril de 2011 e 26 de Janeiro de 2012 e foi composto por 3 módulos. Cada módulo possuiu uma carga horária de 180h de contacto directo ao desenvolvimento das actividades previstas. (Anexo I)

Módulo I – Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção – na comunidade e nos centros de Saúde. Escolhi apreender e desenvolver conhecimentos a nível primário da intervenção em Saúde Mental, porque penso que este é um pilar da nossa intervenção na sociedade. De acordo com a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho), “A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, de forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social”. O enfermeiro desempenha um papel relevante, contribuindo para a emancipação dos utentes com perturbações mentais e comportamentais no seu próprio ambiente, intervindo de forma eficiente para que os utentes aumentem as suas aptidões para o auto-cuidado, tendo a família como parceira e o apoio formal da comunidade, nomeadamente através da cooperação com o sector social.

Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto. Por a experiência com doentes mentais em fase aguda ser inexistente, escolhi uma clínica de psiquiatria do CHLP – Hospital Júlio Matos, de forma a desenvolver competências nesta área de intervenção. Pretendi acompanhar o internamento das pessoas na fase aguda da doença visando o seu tratamento para posteriormente traçar

metas/objectivos para a sua reabilitação/reinserção, observando-o em todas as suas vertentes bio-psico-socio cultural;

Módulo III – Psicogeriatría. Este módulo realizou-se numa unidade de internamento de pessoas com doença psiquiátrica crónica, esta deveu-se ao facto de ser o local onde exercia funções, o que me permitiu realizar o estágio em contexto de trabalho e desenvolver actividades / competências no âmbito da área de especialização. Sendo uma unidade de psicogeriatría, onde as demências prevalecem, pretendi desenvolver e aprofundar conhecimentos nesta área aplicando/desenvolvendo processos de reabilitação cognitiva/motora.

Por motivos curriculares realizei em primeiro lugar o Modulo II (20 de Abril a 17 de Junho 2011) no CHPL – Hospital Júlio de Matos, seguindo-se o Modulo III (20 de Setembro a 17 de Novembro 2011) no Instituto Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus – Casa de Saúde da Idanha e por fim realizei o Modulo I (15 de Novembro de 2011 a 26 de Janeiro de 2012) no CPHL – Hospital Júlio de Matos, Núcleo de Intervenção Comunitária dos Olivais. A estrutura deste trabalho escrito foi baseada na referida cronologia.

Todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio foi apoiado no planeamento prévio apresentado em forma de projecto. No entanto, considerando-se que o projecto é um instrumento flexível e mutável, devido às realidades que surgiram nos diferentes locais de estágio alguns objectivos sofreram pequenas mudanças, de forma a alcançar resultados concretos e evidentes. O relatório surge assim, como um culminar do projecto.

Tal como descrever as actividades desenvolvidas, também se tornou importante apresentar e reflectir sob os problemas/obstáculos que surgiram, pois estes são o incentivo e o guia de todo o esforço intelectual, os quais nos induzem à busca de uma compreensão cada vez mais profunda das coisas.

De acordo com o REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DA ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010), o Enfermeiro Especialista deve estar consciente da importância de planear e projectar todo o trabalho desenvolvido, promovendo a articulação entre a teoria e a prática de forma a actuar reflectidamente e eficientemente, alcançando resultados concretos e visíveis. Devendo as suas competências serem aplicáveis nos diferentes contextos: cuidados de

saúde primários, secundários e terciários. Desta forma, justifica-se a necessidade da realização deste relatório não só para dar resposta a uma exigência curricular mas também para promover o crescimento pessoal e profissional.

Pretende-se portanto que este documento, se apresente como o espelho do desempenho e que contribua significativamente para a respectiva avaliação, ciente de que, a transcrição para o papel dos contributos deste estágio para a formação e para o próprio serviço e comunidade se poderá talvez tornar redutora, isto porque os resultados de qualquer intervenção têm sempre um certo carácter de imprevisibilidade intrínseca, que contrasta precisamente com a tentativa de tentar prever, medir ou verificar tudo.

Assim, este relatório de estágio tem como objectivos, os seguintes:

- ✓ Apresentar, analisar e reflectir o desempenho profissional e pessoal ao longo do estágio;
- ✓ Ser avaliado e analisado, para obtenção do grau de Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica, e posteriormente, após discussão pública, para obtenção de grau de mestre;
- ✓ Partilhar esta experiência e permitir outras intervenções de enfermagem no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria.

A metodologia utilizada baseou-se na descrição e avaliação crítico-reflexiva apoiada em pesquisa bibliográfica.

O documento está estruturado, essencialmente em três capítulos referentes a cada área de intervenção conforme o plano curricular. O capítulo 1 refere-se à área de intervenção na crise do adulto onde esta foi desenvolvida no Hospital Júlio de Matos; o capítulo 2 remete-se à Psicogeriatrics onde é abordada a reabilitação funcional e psicossocial dos idosos institucionalizados portadores de doença mental; e o capítulo 3 corresponde à promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção, neste caso num NIC incluído CHLP.

Em cada capítulo serão apresentados os diferentes locais de estágio, assim como a justificação de cada escolha e serão analisados os objectivos específicos pré-estabelecidos e as competências/actividades desenvolvidas. Por fim, será apresentada a conclusão, onde

é feita uma análise geral de todo o percurso realizado. As referências bibliográficas respeitam a Norma Portuguesa 405. Em anexo encontram-se todos os trabalhos que foram desenvolvidos ao longo deste processo.

1. INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO

Saúde mental é um termo usado para descrever um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou a ausência de uma doença mental. Na perspectiva da psicologia positiva ou do holismo, a saúde mental pode incluir a capacidade de um indivíduo para apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as actividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica.

A saúde mental é muito mais que a mera ausência de transtornos mentais, estando a dimensão positiva da saúde mental bem patente na definição de saúde da OMS (CARTA DE OTTAWA, 1986) como “...um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade.”, ou quando esta se refere a saúde mental como “um estado de bem estar por meio do qual os indivíduos reconhecem as suas capacidades, são capazes de fazer frente ao stress normal do dia a dia, trabalhar de uma forma produtiva e frutífera e contribuir para a sua comunidade”.

Deste modo, o conceito de saúde mental inclui bem-estar subjectivo, autonomia, competência e reconhecimento da habilidade de realizar-se intelectual e emocionalmente e ultrapassa extensamente a ausência de doença.

De acordo com o relatório sobre a “Saúde no Mundo de 2001” (OMS, 2002) estima-se que existem 450 milhões de pessoas portadores de perturbações mentais e comportamentais (transtornos depressivos, esquizofrenia, doença de Alzheimer, transtornos devido ao uso de álcool, entre outros).

As perturbações da saúde mental constituem, de facto, um crescendo preocupante nas várias formas que actualmente vêm assumindo, sintomas psiquiátricos directos, manifestações psicossomáticas, problemas de comportamento ou mesmo de perturbações emocionais, que se reflecte na sua enorme progressão que constitui já um grave problema no mundo civilizado, em consequência das actuais condições psicossociais.

Segundo FONTAINE (1987), a intervenção na crise centra-se no problema imediato e procura responder à questão “porque vieste à procura de ajuda agora?”

A intervenção na fase aguda da doença psiquiátrica é de extrema importância pois uma abordagem integrada e adequada às necessidades de cuidados no contexto de internamento influencia positivamente o desenvolvimento de estratégias na gestão da crise, a sua reabilitação e a sua readaptação ao seu contexto sociofamiliar. Na minha

opinião, o foco de atenção de enfermagem nesta área de intervenção será a minimização das repercussões da doença mental na sua vivência diária, a promoção do bem-estar, a aceitação do estado de saúde e a promoção de mecanismos de adaptação para a prevenção de recidivas, a gestão e adesão ao regime terapêutico, o desenvolvimento de uma atitude crítica face á doença e com o envolvimento da família neste processo de apoio e suporte.

A essência da intervenção na crise concerne-se a ajudar o indivíduo a encontrar mecanismos adaptativos novos e úteis, voltando ao seu nível de funcionamento pré-crise ou possivelmente a um nível mais elevado de funcionamento. (THOMPSON, R. *et al.*, 2004)

1.1. JUSTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Local: CHPL - Hospital Júlio de Matos (Clínica Psiquiátrica III)

Período: 20 de Abril a 17 de Junho 2011

Enfermeiro Orientador: Olga Valentim (Enf^ª Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria)

Com a escolha deste local, pretendi desenvolver competências nesta área de intervenção, pois seria a primeira vez que iria lidar com pessoas portadoras de doença mental em fase aguda. Por outro lado, penso ser de extrema importância a observação e compreensão das diferentes fases da doença mental. Acompanhando assim, o internamento na fase aguda da doença visando o seu tratamento, para posteriormente traçar metas/objectivos para a reabilitação do utente, observando-o em todas as suas vertentes bio-psico-social e cultural.

A intervenção na crise, segundo TAYLOR (1992),

“é uma técnica usada por pessoas com uma variedade de conhecimentos, no auxílio dos indivíduos e suas famílias, para que compreendam e lidem efectivamente com as emoções que caracterizam um estado de crise”.

O serviço de internamento de psiquiatria, Clínica Psiquiátrica Lisboa Cidade do Pólo Júlio de Matos está inserido no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Os utentes pertencem à área geodemografia de Lisboa e são admitidos no serviço através de três locais: do Serviço de Urgência do Hospital Curry Cabral (ainda em funcionamento

no momento de realização do estágio), das Consultas Externas do Hospital Júlio de Matos ou das Consultas externas do Hospital Miguel Bombarda.

Esta unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar, composta por: Enfermeiro Chefe, Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria; Enfermeiros Generalistas; Assistentes Operacionais; Equipas de Médicos Psiquiatras; Psicólogos; Assistentes Sociais e Administrativa.

Quanto às suas características físicas, este serviço é misto, situa-se no pavilhão 21, primeiro andar, internando pessoas portadoras de patologia psiquiátrica com menos de 60 anos. No rés-do-chão, ficam as pessoas com os mesmos diagnósticos que tenham mais de 60 anos. Ambos os serviços são coordenados pelo mesmo Enfermeiro Chefe.

1.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS ESTABELECIDOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

✓ Objectivo 1: Integrar a equipa multidisciplinar e organização da Clínica Psiquiátrica

Para que este estágio decorresse com sucesso, decidi estabelecer o objectivo supracitado porque considero que a integração num local onde existe uma equipa multidisciplinar e uma organização específica é de extrema importância para a aquisição de conhecimentos de qualidade, promovendo assim o bom desempenho profissional.

Ao longo do estágio tive oportunidade de assistir/participar em reuniões entre a equipa multidisciplinar facilitando a minha integração na equipa e serviço. Estas tinham como finalidade discutir situações que ocorriam no serviço e chegar a resoluções unânimes promovendo assim, a melhoria da qualidade de cuidados prestados e a satisfação e boa relação entre todos os elementos da equipa.

Consultei os diferentes protocolos existentes no serviço, questionei vários colegas que se demonstraram sempre disponíveis para me esclarecerem dúvidas e darem-me a conhecer o seu trabalho.

Com o objectivo de conhecer e perceber a história das pessoas internadas consultei os diferentes processos clínicos e esclareci dúvidas, sempre que necessário, com a Enfermeira Orientadora.

Nas duas primeiras semanas tive a oportunidade de trabalhar com um colega do mesmo curso mas de outra instituição de ensino. Como este já se encontrava no final de estágio tivemos a oportunidade de discutir diversos casos existentes, exibindo diferentes pontos de vista.

Particpei nas passagens de turno, procurando compreender o conhecimento clínico e as abordagens ao utente/família pela equipa de enfermagem. Colaborei com a equipa partilhando conhecimentos teóricos adquiridos durante o curso e aplicando-os na prática.

Reflectindo no meu curto percurso, penso ter atingido este objectivo, pois demonstrei capacidade de trabalho, de forma adequada e produtiva, com criatividade, sentido crítico e iniciativa, respeitando sempre a filosofia/missão da instituição. Adaptei o meu projecto pessoal às necessidades dos utentes, não interferindo nos projectos terapêuticos instituídos e demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com os utentes/famílias, como Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Considero assim, que a minha integração tornou-se um suporte sustentado promovendo/facilitando o meu desempenho ao longo deste estágio.

✓ **Objectivo 2: Intervir com pessoas portadoras de doença mental em fase aguda**

Neste âmbito, identifiquei os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade e avaliei/observei o impacto de diversos factores de *stress* e crises situacionais na área da saúde mental (Anexo II).

Ao longo deste estágio tive ainda a oportunidade de avaliar, detectar e intervir em situações de emergência psiquiátrica, tais como crises de agitação psicomotora. Avaliei o potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo a suicídio, homicídio e outros comportamentos autodestrutivos, de forma a ajudar os utentes/famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garantisse a segurança para o próprio e para a família.

Um caso, que saliento neste trabalho, foi o de uma pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Este utente, tinha vindo a apresentar um comportamento cada vez mais reservado, isolado do grupo, humor disfórico. Pouco coerente com os resultados

esperados pela equipa, após ter sido submetido a um ciclo de oito sessões de electroconvulsivoterapia. Não havendo ganhos com o tratamento deste doente, muitas dúvidas e preocupações foram surgindo na equipa multidisciplinar. No entanto, a equipa recordou-se que, por duas vezes, o único amigo do utente se tinha comprometido a levá-lo a visitar a filha, que vive com a mãe. Compromisso que nunca foi cumprido pois faltou nos dias combinados. Esta situação foi vivenciada pelo utente, de forma negativa, provocando manifestações psicossomáticas.

Num dia, em conversa com o próprio, este revelou-me ter sido vítima de maus tratos, infligidos pelo pai, que era alcoólico e nunca ter sido acarinhado por parte da mãe, pelo que foi criado pelos avós. O seu casamento também acabou em divórcio e na separação com a filha. O utente reagiu a estes acontecimentos da sua vida com o aparecimento de sintomatologia positiva da doença.

A equipa de Enfermagem ao deparar-se com esta situação, não ficou indiferente. Através da Assistente Social, o amigo do utente foi contactado e, ficou programada a visita à filha com o acompanhamento da Assistente Social

Esta notícia deixou o utente mais reconfortado, mas de qualquer forma mantinha-se apreensivo pela reacção da filha, que neste momento tem 13 anos e que não o aceitava como pai. Este encontrava-se numa dualidade, primeiro refere que a coisa que mais quer é estar com a filha, mas depois encontrava-se apreensivo com a recepção desta.

A equipa de Enfermagem esteve sempre atenta a esta situação, para tentar minimizar os seus efeitos negativos, tendo sempre como finalidade, manter a pessoa integrada na sua família. Pretendia-se que depois de ultrapassada a situação de crise, o utente fosse restituído à sua família e aí permanecer o máximo de tempo possível, numa situação de equilíbrio e bem-estar.

Não posso deixar de referir que, de facto, cuidar não é apenas administrar terapêutica, que o distanciamento familiar e clínico pode, por vezes, gerar mais sofrimento do que a própria doença. Neste caso concreto, o utente tão pouco valorizado na sua vida, quer pelos familiares quer pela sociedade, apenas se sentia acarinhado e cuidado pela equipa multidisciplinar do serviço onde se encontra internado, levando-o a uma relação de confiança e empatia.

A equipa teve uma relação de ajuda para com este utente, teve a virtude de partilhar o sofrimento do outro e com o outro, observando-o de uma forma holística. Na perspectiva do cuidar, assume-se como essencial na relação de ajuda, sendo uma das vias para a humanização dos cuidados.

Este caso serviu-me como base e motivação para o restante percurso nesta área da saúde mental.

Para complementar a minha intervenção na crise do adulto defini dois objectivos específicos, que se seguem.

- **Objectivo 2.1: Promover a saúde mental do utente/família**

A Promoção de Saúde é um processo de capacitar as pessoas a aumentarem o controlo sobre a sua saúde e a melhorá-la (CARTA DE OTTAWA, 1986). Baseia-se essencialmente na aceitação de que, os comportamentos em que o indivíduo se envolve e as circunstâncias em que vive, têm um impacto sobre a sua saúde, e nas alterações que procuram melhorar o seu estado de saúde (BENNETT & MURPHY, 1999).

Neste caso, compete igualmente aos profissionais de saúde zelar pela saúde das pessoas portadores de doença mental, para intervir neste processo torna-se essencial estabelecer uma relação adequada, assertiva e empática com o utente.

A relação terapêutica caracteriza-se pelo acolhimento, num clima de abertura, respeito, autenticidade e interesse por aquilo que o outro é. Criam-se laços de confiança. Com os dados recolhidos, o interveniente pode estabelecer um diagnóstico estrutural e um diagnóstico da dificuldade do utente e se for caso disso, propor um plano de intervenção.

A relação enfermeiro-utente evolui para uma relação de parceria entre ambos, que expande as dimensões do papel de enfermagem psiquiátrica, que incluem competência clínica, defesa do utente-família, colaboração interdisciplinar, responsabilidade social e parâmetros ético-legais. Todos fazendo parte desta parceria. (TAYLOR, 1992)

Uma das intervenções onde apliquei esta relação terapêutica foi nas entrevistas de enfermagem. Ao longo deste estágio, realizei entrevistas individuais, informais e outras formais, após consentimento dos utentes.

A entrevista de enfermagem em psiquiatria é um instrumento de extrema importância para toda a intervenção. Esta permite estabelecer uma ligação entre utente-enfermeiro, onde o profissional poderá recolher informações necessárias para o respectivo tratamento, ou seja, cria-se um ambiente favorável para realizar uma avaliação do utente e do seu comportamento e apresentar mecanismos para o ajudar a melhorar o seu bem-estar. (PHANEUF, M. 2005)

As entrevistas formais que realizei foram semiestruturadas e abrangentes devido à associação de vários tipos de finalidades e à diversidade de diagnósticos de enfermagem. Assim, cingi-me sempre ao acolhimento, colheita de dados e interpretação destes, visando o planeamento de intervenção adequado.

Durante a intervenção com os utentes, desenvolvi uma postura emocionalmente adequada, promovi a escuta activa, fui congruente, empático e aceitei de forma incondicional e positiva o doente, evitando realizar juízos de valor. (CHALIFOUR, J. 2008)

As relações com os utentes foram-se aprofundando, permitindo a interacção entre enfermeiro-utente. É de salientar, que por vezes dependendo das características dos utentes, dei apenas prioridade ao silêncio. O olhar directo e o toque, foram por vezes suficientes para promover uma relação de confiança e segurança.

Mantive sempre o contexto e os limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico e monitorizei as minhas reacções corporais, emocionais e respostas comportamentais durante todo o processo.

Uma das entrevistas que me marcou, foi a que realizei a um utente que ficou internado por tentativa de suicídio por enforcamento. Iniciei a entrevista fazendo uma apresentação pessoal e clarificando objectivos e aspectos pragmáticos da entrevista. Permiti que o utente escolhesse onde se queria sentar e eu coloquei-me não muito distante mas tendo em atenção a sua área de conforto. No início o Sr. MR encontrava-se um pouco retraído mas gradualmente foi ficando mais à vontade, colaborando de forma adequada.

No momento em que o observei mais calmo, continuei com a entrevista e coloquei a seguinte questão: “Apercebo-me que esta situação o perturba um pouco... Quer contar-me o que o motivou a isto?” E aí contou-me os motivos que o levaram a este comportamento.

Ao longo da entrevista observei uma alteração do comportamento do utente, inicialmente demonstrava-se ríspido e com um discurso seguro mas ao longo da entrevista conforme fui conseguindo abordar o assunto central do seu internamento foi apresentado uma maior labilidade emocional e um discurso mais inseguro, percebendo nesta altura que necessitava mesmo de ajuda.

Esta entrevista foi muito gratificante para mim tanto como profissional, futuro Enfermeiro Especialista de Saúde Mental como a nível pessoal. Penso que consegui estabelecer uma relação de confiança com o Sr. MR e desta forma adquirir informação fundamental para o seu tratamento. Assim consegui desenvolver um plano de cuidados estruturado com diagnósticos e adequadas intervenções de enfermagem. (Anexo III)

▪ **Objectivo 2.2: Dinamizar actividades terapêuticas em grupo**

Este foi um dos objectivos atingidos com mais satisfação por ser igualmente um dos que mais receava e que me suscitava algumas dúvidas. Pois tratava-se de actividades que nunca tinha realizado e apenas continha conhecimento teórico adquirido nas aulas.

No entanto, com o auxílio da Enf.^a Olga e com investimento em pesquisa bibliográfica, fui debruçando-me nesta área e no final do estágio já me sentia mais capaz, com competências para intervir com os utentes.

Realizei várias actividades terapêuticas como por exemplo, sessões de relaxamento (Movimento e Relaxamento – adaptado de Jacobson), sócio-recreativas (Passeio ao Parque) e de expressão de emoções (técnicas de musicoterapia e sessão sobre conhecimento pessoal). (Anexo IV)

A escolha dos utentes foi ponderada com base no contributo que cada uma das actividades poderia dar às necessidades destes. Mas de uma forma geral, foram seleccionados todos os utentes que se encontravam internados no CHPL- Pólo Júlio de Matos, CP III com excepção dos que apresentavam marcada actividade produtiva, os que não estavam motivados para participar e os que se encontravam em internamento compulsivo, no caso do passeio ao parque.

Em todas as actividades assumi o papel de moderador da sessão com a finalidade de orientar os utentes a manterem-se em grupo, promover o treino de competências sociais,

de evitar comportamentos desadequados e estar alerta para qualquer sinal de ansiedade ou agitação psicomotora, evitando danos para o próprio ou para terceiros.

As sessões demoraram entre 50 a 60 minutos nunca ultrapassando este tempo, para não levar à distração e desinteresse por parte dos utentes e pela evidência que são os tempos recomendados pela literatura. De um modo geral, decorreram de uma forma favorável sem nenhuma intercorrência. Dependendo dos objectivos de cada uma das sessões, estas foram avaliadas através da observação e da aplicação de escalas de avaliação (no caso da sessão de relaxamento) e da colocação de questões no final de cada sessão.

Na sessão “Momento das Artes” foi proposto aos utentes que dessem largas à sua imaginação e criatividade e que partilhassem a mesma folha de papel de cenário e os lápis de cera de forma a exprimirem os seus sentimentos através do desenho e pintura. Ao longo da actividade foi possível observar que os utentes partilharam os lápis, o espaço na tela e houve ainda desenhos em colaboração, demonstrando assim espírito de equipa, de partilha e de respeito pelo outro. Esta sessão foi muito interactiva, todos os utentes participaram. Desta forma promovi a interacção, socialização e a partilha de experiências entre os utentes participantes e os moderadores.

O “Passeio ao parque”, consistiu num passeio ao exterior da instituição com alguns utentes. O grupo foi informado sobre os objectivos do passeio e regras que deveriam ser preservadas, para a interacção ser agradável e benéfica para todos. Estas indicações foram bem aceites por todos e foi ainda sugerido que o passeio fosse conduzido pelos utentes. Neste percurso, também foi feita uma paragem na esplanada do restaurante central, permitindo aos utentes a compra de bebidas e alimentos (gerindo o seu próprio dinheiro) e foram escolhidos temas de discussão pelos mesmos, promovendo assim o diálogo. No final, a maioria dos utentes referiu que esta actividade os ajudou a conhecerem-se melhor uns aos outros, ajudou a quebrar a barreira com o mundo exterior e a reflectir sobre si mesmos e até a encontrarem soluções para alguns dos seus problemas, na comparação com as histórias de vida dos outros.

As Reuniões Comunitárias tiveram como objectivo informar/esclarecer as normas do serviço, após identificar as necessidades dos utentes, através da verbalização dos mesmos ou da avaliação feita pelos técnicos; de promover a comunicação e relacionamento entre os utentes e a equipa multidisciplinar; de ajudar a diminuir a ansiedade relacionada com a

hospitalização; e a melhorar o *insight*, crítica para o internamento e intervenções terapêuticas. De uma forma geral, as reuniões terminaram com um contrato de entendimento, utilizando sempre o diálogo para esclarecer dúvidas e resolver situações problemáticas que surgiam. No final, os utentes apresentaram-se mais calmos e mais comunicativos.

Para promover o bem-estar, diminuir a ansiedade, entre outros objectivos, realizei uma sessão de “Movimento e Relaxamento (adaptado de Jacobson)”, em que consistiu numa série de exercícios simples de movimento e flexibilidade promovendo a actividade física e favorecendo igualmente a interacção entre os vários utentes. No final, foi-lhes solicitado que partilhassem as sensações e sentimentos experienciados durante a sessão e para uma avaliação mais fiável, foi aplicada uma escala de avaliação da ansiedade antes e depois da sessão. Verificou-se assim que todos os utentes gostaram e mostraram vontade de repetir e que esta actividade teve um efeito positivo na diminuição da ansiedade dos participantes.

Na sessão de “Musicoterapia” foi solicitado aos utentes que escolhem-se na sua vez uma música que gostassem de ouvir e depois de ouvir que manifestassem os sentimentos provocados pelas diferentes músicas. Ao longo da actividade foram demonstrados sentimentos ambíguos, com algumas músicas sentiam tristeza, desânimo, melancolia, com outras sentiam prazer, emoção, bem-estar, saudades do passado. No final, a pedido de todos os utentes foi criado um ambiente de dança com músicas tradicionais portuguesas, pois referiram que estas alegravam o coração e que traziam recordações de felicidade e amor.

Por último, realizei a actividade “Como me vejo e como os outros me vêem...”, nesta os utentes sentaram-se à volta de uma mesa para possibilitar a escrita e foi entregue uma folha e uma caneta. Cada um fez uma apreciação sintética de si próprio e depois essa folha foi passando por cada elemento do grupo, para se apreciarem uns aos outros. Após cada avaliação a folha era dobrada em harmónio, afim de não influenciar a apreciação do próximo elemento. No final da sessão, os utentes partilharam o que foi escrito, o que promoveu a interacção do grupo. Todos concordaram e aceitaram a opinião dos outros. Os pontos positivos dos colegas, forma os mais salientados, pelo que este tema foi mais trabalhado na perspectiva da auto-estima.

Assim, conclui-se que de acordo com as suas necessidades, todas as pessoas podem beneficiar com o desenvolvimento de actividades terapêuticas, tanto pelo aspecto de diversão e prazer, como pelo aspecto da aprendizagem. Através das actividades terapêuticas desenvolvem-se várias capacidades, exploram-se e reflectem-se vários contextos da realidade e cultura na qual vivemos, incorporam-se e, ao mesmo tempo, questionam-se regras e papéis sociais (MALUF, 2006).

“Uma grande diversidade de actividades de grupo pode ser observada hoje em dia no contexto das instituições que tratam da saúde mental”. (GUIMÓN, 2002) Os mediadores utilizados pelos grupos são variados, desde a música à arte, à expressão corporal e à psicomotricidade.

As técnicas grupais com fins terapêuticos são utilizadas em vários contextos e representam meios e procedimentos que necessitam de ser utilizados adequada e oportunamente (IDÁÑEZ, 2004; CORDIOLI et al., 2008). Visam ajudar o indivíduo a resolver conflitos e a obter uma maior compreensão sobre si mesmo e os outros, sendo o principal objectivo o *insight* e a maior adaptação às relações com os outros (BEZERRA; OLIVEIRA, 2002 e BATEMAN; BROWN; PEDDER, 2003). Os doentes que integram técnicas grupais aprendem muito sobre si próprios através do feedback que recebem dos outros elementos que fazem parte do grupo (BATEMAN; BROWN e PEDDER, 2003).

Dependendo da fase em que se encontra a pessoa portadora de perturbação mental, as intervenções realizadas em grupo podem tornar-se mais vantajosas para o seu tratamento do que as individuais. A interacção existente entre os participantes pode ser variada e complexa, havendo assim, partilha de experiências de vida e transferências múltiplas entre utentes-profissionais de saúde e entre utente-utente. Esta partilha leva a que o grupo apresente características específicas.

✓ **Objectivo 3: Contribuir para a formação em serviço**

A formação contínua, como refere a OE (REPE, 2010), promove o desenvolvimento de competências “científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Com a consciência de que um Enfermeiro Especialista deve ter como competência a formação, na sua área de especialização, realizei e apresentei um “estudo de caso” de um utente do serviço (Anexo V). Dinamizei a sessão de modo a esclarecer e a desenvolver o diálogo e a reflexão colectiva da equipa de enfermagem.

Neste trabalho, desenvolvi o processo de enfermagem com um utente portador de Esquizofrenia do tipo paranóide, caso já supracitado. Este foi analisado à luz do Modelo de Betty Neuman. Como modo de sistematização optei por identificar os diagnósticos utilizando a linguagem CIPE e por sua vez, para a orientação das intervenções utilizei a NIC. Como suporte para a avaliação dos resultados de forma a demonstrar os ganhos em saúde, baseei-me na NOC.

Este trabalho foi apresentado através de equipamento multimédia e utilizei uma técnica expositiva e interrogativa com uma linguagem clara e objectiva. Ao longo da actividade todos os elementos da equipa, demonstraram-se atentos e interessados pelo tema, e no final promoveu-se um momento de discussão e partilha de experiências. Os enfermeiros referiram ficar mais despertos para esta patologia e para a forma de intervir com as pessoas portadoras desta. Concluí que todos os conhecimentos transmitidos foram adquiridos pelos destinatários da sessão.

Por outro prisma, após conversa com a Enfermeira orientadora, verifiquei que com esta actividade despertei os elementos da equipa para a necessidade e a importância destes pequenos momentos de formação em serviço.

1.3. BREVE REFLEXÃO

Penso que neste período de estágio apesar de ser curto para a heterogeneidade de pessoas portadoras de doença mental, consegui auxiliar alguns indivíduos a encontrar mecanismos adaptativos necessários para ultrapassar a situação de crise que estavam a vivenciar.

A relação terapêutica que estabeleci com alguns utentes teve um impacto positivo na adesão ao regime terapêutico por parte destes. A negociação realizada pelos profissionais e a aceitação por parte dos utentes é primordial para o todo o processo de tratamento clínico.

Através das actividades terapêuticas, consegui promover, dentro do grupo de utentes, o conhecimento, a compreensão e a gestão efectiva dos problemas relacionados com a

saúde mental. Tentei ajudar os utentes a resolverem conflitos e a obterem uma maior compreensão sobre si mesmos e os outros, a fomentar assim o *insight* e a melhorar a relação com os outros.

Com as reuniões comunitárias, consegui promover um momento de partilha entre enfermeiros – utentes, utentes – utentes e enfermeiros – enfermeiros. Senti uma boa aceitação por parte de todos os utentes, pelo que ficaram a conhecer-se melhor estabelecendo uma relação de confiança e compreensão que teve repercussões positivas na gestão da crise.

Por o contacto com pessoas portadoras de doença mental em situação de crise ter sido uma experiência pioneira para mim, esta realidade teve um grande impacto tanto a nível pessoal como profissional. Um aspecto que me constrangeu foi o facto de a média de idade dos utentes internados ser tão baixa. Existiam bastantes jovens, de todas as classes sociais e nível educacional. Os reinternamentos constantes também foram uma realidade que despertaram algumas reflexões pessoais. A intervenção na fase aguda é importante, mas a falta de continuidade de cuidados na comunidade terá repercussões negativas em todo o trabalho realizado anteriormente.

Esta prática clínica foi uma mais-valia neste percurso, pois permitiu-me reflectir e adquirir um suporte de ferramentas, para a prática de cuidados de enfermagem, compatíveis com um nível superior, mais avançado e específico, na área da Saúde Mental e Psiquiatria com utentes nesta fase tão complicada e geradora de *stress*.

Isto é, tive a oportunidade de assistir as pessoas, na fase aguda da doença, a otimizar e a recuperar a saúde mental, tendo em atenção os problemas de saúde reais ou potenciais. Sistematizei um plano de cuidados para se proceder a uma intervenção organizada em equipa multidisciplinar. Para além disto, como Enfermeiro Especialista prestei cuidados no âmbito psicoterapêutico de técnicas que foram apreendidas em contexto escolar e reforçadas em contexto prático. Este tipo de intervenção exigiu-me interpretar e individualizar a prestação de cuidados, de forma a ajudar a pessoa a realizar as suas próprias capacidades e a atingir um padrão funcional satisfatório.

Terminei este estágio, com a noção de que consegui atingir grande parte dos objectivos a que me propus, mas consciencializado de que a prática difere um pouco da teoria, o que dificulta o pré-estabelecimento de objectivos, como foi solicitado.

2. PSICOGERIATRIA

Sendo o “envelhecimento humano (...) definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (DGS - PNSPI, 2004), deduz-se que envelhecer é uma tarefa exigente, envelhecer com sucesso é um desafio. Este desafio exige, muitas vezes, a colaboração especializada em Psicogeriatrics.

A Psicogeriatrics dedica-se à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pessoas com mais de 65 anos, que adoecem psicologicamente. De entre as doenças mais comuns nesta faixa etária, destaca-se a demência, que é caracterizada:

“(...) pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos (incluindo diminuição da memória) devidos aos efeitos directos de um estado físico geral, aos efeitos persistentes de uma substância ou a múltiplas etiologias (por exemplo, aos efeitos combinados de uma doença cerebrovascular e de uma doença de Alzheimer)” (DSM-IV, 2002).

Com o intuito de minimizar os efeitos desta e de outras doenças que afectam a população idosa, surge a reabilitação cognitiva e psicossocial, que é um processo terapêutico que tem como objectivo recuperar ou estimular as habilidades funcionais e cognitivas das pessoas e promover a sua relação adequada com a sociedade.

Actualmente, as novas políticas de saúde mental visam e reforçam a importância da reinserção dos utentes com patologia psiquiátrica na comunidade (utentes institucionalizados) e a prevenção da cisão dos restantes com o seu contexto (utentes não institucionalizados). No entanto, existem vários obstáculos presentes na sociedade actual que não possibilitam a desinstitucionalização dos utentes, observando-se principalmente em Psicogeriatrics, como por exemplo a ausência de laços familiares ou a dificuldade de acompanhamento familiar devido às actividades laborais dos restantes membros.

A institucionalização em psiquiatria leva a que os utentes deteriorem cada vez mais as suas capacidades psico-motoras e cognitivas, repercutindo-se assim na sua forma de estar ao longo do dia. Pois, as estruturas e rotinas das instituições levam ao estreitamento ou redução do senso crítico individual, da autonomia e da autodeterminação, degradando as capacidades dos utentes em todas as suas valências.

O enfermeiro especialista exerce um papel essencial no planeamento e projecto de todo o trabalho desenvolvido, promovendo a articulação de conhecimentos teórico-práticos de forma a actuar reflectidamente e eficientemente para alcançar resultados concretos e visíveis.

2.1 JUSTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Local: IIHSCJ - Casa de Saúde da Idanha / Unidade 8 e 9

Período: 20 de Setembro a 11 de Novembro de 2011

Enfermeiro Orientador: Ricardo Rodrigues (Enf^o Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria)

A escolha deste local de estágio deveu-se ao facto de se tratar do local onde à data do estágio exerci funções, o que me permitiu realizar o estágio em contexto de trabalho, e desenvolver actividades e competências no âmbito da área de especialização. Sendo uma unidade de psicogeriatrics, onde as pessoas com demências prevalecem pretendi desenvolver e aprofundar conhecimentos nesta área e aplicar/desenvolver processos de reabilitação.

A Unidade 8/9 da Casa de Saúde da Idanha pertence á Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, que se encontram distribuídas por vários locais de Portugal. A sua fundação ocorreu em 1894, por S. Bento Menni, sendo este o primeiro centro de assistência da congregação em Portugal.

Os principais objectivos desta Congregação são a prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica, segundo o carisma hospitaleiro, orientados pelo critério da centralidade da pessoa doente.

A população internada na Unidade de Psicogeriatrics 8/9 é composta por 53 utentes na sua grande maioria do sexo feminino, existindo apenas 3 homens, com idades compreendidas entre os 59 e os 90 anos. A patologia mais frequente é a esquizofrenia residual.

Estes utentes têm o acompanhamento permanente (24h) de uma equipa de enfermagem e de auxiliares. Para além destes profissionais também têm médico uma vez por semana ou sempre que necessário, psicóloga e Eng^a alimentar. As pessoas internadas têm à sua disponibilidade diversas actividades inseridas na instituição: ateliês, bar, capela, ginásio,

entre outros, que podem usufruir dependendo das suas capacidades e após avaliação da equipa de enfermagem.

2.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS ESTABELECIDOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

✓ Objectivo 1: Promover o auto-cuidado dos utentes institucionalizados

Por já conhecer a realidade/necessidades do serviço, decidi investir na promoção do autocuidado. Assim, respondendo a uma necessidade curricular e beneficiando a minha permanência numa unidade de psicogeriatrica desenvolvi um projecto de intervenção sobre “*Reabilitação do Auto-cuidado em Psicogeriatrica*” (Anexo VI), tornando-se um objectivo específico do estágio.

A escolha deste tema baseou-se na importância de se investir e solidificar inicialmente as capacidades básicas das pessoas portadoras de doença mental para depois ser possível abranger outras capacidades mais avançadas.

Este trabalho teve como objectivos: promover a independência dos utentes, de forma a realizarem correctamente o auto cuidado higiene pessoal; aumentar a auto estima e o auto conceito dos utentes; permitir aos utentes a aquisição de uma maior autonomia e o aumento das suas capacidades cognitivas e funcionais; promover a interacção entre os utentes e os profissionais e promover o *empowerment* e o *recovery* dos utentes.

Ao longo da implementação do projecto de intervenção e com apoio bibliográfico concluí que o treino de actividades de vida diária e a aquisição/melhoria das habilidades físicas e cognitivas leva por si só a um aumento da auto-estima do utente, conseguindo promover a saúde mental e prevenir as limitações da doença psiquiátrica.

A maioria dos utentes presentes nesta unidade tinham capacidades funcionais, no entanto, observou-se que apresentavam dificuldade em desempenhar autonomamente as suas necessidades básicas, não conseguiam regular autonomamente a temperatura da agua do banho, ou simplesmente reunir o material para o banho, escolher o vestuário adequado com a estação, cortar as unhas ou perceberem que havia necessidade de o fazer, entre outras limitações. Este facto, pode abranger vários factores mas cabe aos profissionais de saúde estimular as respectivas actividades, promovendo assim, o desenvolvimento cognitivo, funcional e emocional.

Pelo que, se tornou essencial que os utentes fossem capazes de realizar tarefas básicas do autocuidado promovendo a sua autonomia. Por sua vez, esta melhoria das aptidões diárias repercutiu-se de forma positiva na auto-estima e no auto-conceito.

Este trabalho foi estruturado em duas fases. Inicialmente foi necessário escolher a população alvo a fim de se individualizar a intervenção. Pois, dado a população da Unidade 8/9 da Casa de Saúde da Idanha, ser uma população heterogénea a vários níveis e com uma dimensão elevada (53 utentes) para as actividades projectadas, foi necessário definir uma população alvo mais restrita que possibilitasse um trabalho mais estruturado e sustentado tentando atender a algumas necessidades individuais e a algumas especificidades dos utentes. A selecção da população alvo, foi baseada na avaliação funcional (através da escala de Barthel) e cognitiva (através do MMSE) já aplicadas na Unidade, na opinião dos elementos da equipa multidisciplinar, bem como a vontade de participar por parte dos utentes.

A população alvo foi assim, cingida a 12 utentes, 11 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, que apresentavam alguma dependência parcial para as actividades básicas. e não tinham qualquer tipo de défice cognitivo.

Por último, ao longo do período de estágio e com o auxílio dos restantes profissionais de saúde, implementei um programa de treino das actividades de vida diária ao grupo alvo.

Todos os utentes aceitaram participar, mostraram-se motivados e empenhados, desde o início que lhes foi explicado todo o procedimento, respeitando os princípios fundamentais de ética para a investigação, principalmente o princípio da autonomia e consentimento informado, ou seja, a pessoa foi incluída na intervenção por sua livre vontade após informada correctamente dos objectivos da intervenção e poderia desistir desta a qualquer momento sem existir qualquer dano para a sua saúde.

Este programa foi desenvolvido sob respectivos parâmetros, onde foram encontrados défices em aspectos básicos considerados essenciais e necessários para melhorar a qualidade de vida destes utentes: Banho e Higiene Pessoal (lavar as mãos, lavar a cara, pentear o cabelo, desfazer a barba e seleccionar o vestuário).

Sendo um trabalho de treino de competências, o principal método utilizado para recolha dos dados foi a observação subjectiva recorrendo a grelhas de observação e escalas de

medida e avaliação. Salienta-se que as referidas grelhas foram realizadas para este trabalho em questão, com base na Taxonomia NANDA-NIC-NOC (Classificação de Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem). A utilização do instrumento de dados baseou-se no suporte da tomada de decisão que os utentes poderiam oferecer.

No entanto, este projecto foi um pouco ambicioso para o período de tempo disponível, pois sendo o objectivo principal o treino de competências em utentes internados em psicogeriatría seria necessário mais algum tempo para perceber se estas competências serão realmente mantidas pelos utentes participantes no seu dia-a-dia.

Apesar desta dificuldade temporal supra citada, verificou-se que a maioria dos utentes evoluiu nas suas competências do auto-cuidado: banho e higiene pessoal. Este treino de competências foi sustentado com acções de formação e intervenção individualizada e posteriormente foram aplicadas grelhas de observação. Assim, através da grelha verificou-se uma melhoria no desempenho dos utentes após cada observação, ou seja, ao longo da intervenção os utentes foram diminuindo o seu grau de dependência para as necessidades humanas básicas abordadas.

É de salientar, que apesar de estas necessidades serem básicas, cada uma exige capacidades funcionais distintas (movimentos finos, mais precisos, outros necessitam de maior mobilidade/locomoção), isto é, cada utente apresenta as suas limitações/dificuldades específicas fazendo com que a sua evolução seja mais específica e individualizada em cada área.

Ao longo das técnicas, com auxílio dos profissionais, todos os utentes sentiram-se motivados, contribuindo assim para o sucesso deste trabalho. Para os utentes que apresentavam mais dificuldade de compreensão/aquisição, a estratégia utilizada foi a dinâmica de pares. Assim tentou-se estabelecer uma interacção entre cada dupla, pedindo ao elemento que possuía maior capacidade de aprendizagem para ser o primeiro a exemplificar/treinar cada critério indicado, de forma a ajudar/motivar o outro.

Outro aspecto a ter em conta nesta intervenção foi o reforço positivo após cada critério realizado correctamente, tentando-se assim, aumentar a auto-estima e favorecendo a comunicação e a interacção com os utentes.

Para justificar a pertinência deste trabalho na área de saúde mental, apliquei a escala de avaliação da auto-estima, Rosenberg, antes e depois da implementação do programa de treino das actividades básicas de vida. Desta forma, concluí que as dificuldades a nível funcional, ultrapassadas pelos utentes, fez com que se sentissem melhor consigo mesmos, verificando-se assim um aumento da auto-estima ao longo da intervenção.

Com base nestes dados obtidos poderá concluir-se que a promoção de autonomia leva a um aumento da auto-estima, isto é, o facto de o utente sentir-se útil, motivado, sentir que consegue realizar algumas tarefas básicas sem ajuda faz com que a relação consigo mesmo melhore e consequentemente haja uma optimização da sua saúde mental (Anexo VII).

✓ **Objectivo 2: Desenvolver formação em serviço**

Para sustentar o programa de treino de competências e responder à necessidade de formação contínua na profissão de enfermagem, realizei sessões de formação tanto para os utentes como para os profissionais.

Relativamente aos utentes, implementei intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efectiva das limitações apresentadas relacionadas com a saúde mental. Ensinei, eduquei e auxiliei o utente a realizar as actividades básicas de vida, reforçando a importância de cada auto-cuidado.

Assim, a sessão apresentada aos utentes sobre o “Banho e os Cuidados de Higiene Pessoal” (Anexo VIII), foi apresentada com o auxílio de equipamento multimédia (computador e retroprojector), através do programa informático Microsoft Power Point. Foi dividida por várias sessões para facilitar a sua compreensão e realizada conforme a fase de programa de treino em que nos encontrávamos. Ao ser uma apresentação em grupo, consegui reforçar a interacção grupal onde os utentes puderam debater entre eles o tema abordado e esclarecer dúvidas. No final das sessões, todos manifestaram agrado e interesse pelo que foi apresentado e com um debate final ficaram a perceber que não estão sozinhos nas limitações com que se deparavam diariamente, pois existem mais pessoas com igual ou mais limitações.

A pedido do Enfermeiro Orientador, Enf^o Ricardo Rodrigues, foi realizada uma formação em serviço dirigida aos profissionais da unidade (enfermeiros e auxiliares) sobre o

“Banho e Higiene Pessoal” (Anexo IX), como já referi, no sentido de realçar a importância de treino da autonomia dos utentes nas suas actividades básicas da vida diária e a importância da nossa intervenção neste âmbito.

Os recursos materiais utilizados foram, igualmente, o computador e o retroprojector através do programa informático Microsoft Power Point e foi utilizada uma linguagem mais técnica adequada aos destinatários. O feed-back final transmitido pelos ouvintes e pelo enfermeiro orientador foi positivo. Foram esclarecidas dúvidas e discutidos os diferentes pontos de vista.

2.3. BREVE REFLEXÃO

Analisando e reflectindo de uma forma geral sobre este estágio verifico com satisfação, que consegui atingir os objectivos pré estabelecidos, no entanto, sei que ainda existe um longo caminho a investir nesta área da reabilitação em psicogeriatría.

Foi sem dúvida, um estágio essencial para o meu percurso formativo, as minhas expectativas foram superadas, pois permitiu-me adquirir e desenvolver conhecimentos específicos de saúde mental, de implementação de um projecto e de investigação. O facto de o local de estágio já ser conhecido facilitou o meu desenvolvimento, possibilitando-me investir mais no programa de treino de AVD`s do que na integração do local e da equipa multidisciplinar.

Os resultados obtidos com este projecto de intervenção demonstraram que a saúde física depende da saúde mental e vice-versa, ou seja, através da motivação, os utentes iniciaram e realizaram o treino de competências das actividades básicas com sucesso. Por outro lado, para além dos ganhos a nível funcional, os utentes também evoluíram a nível emocional pois no final da actividade, verificou-se um aumento da sua auto-estima. Os utentes apresentaram sem dúvida, uma maior disponibilidade e atenção para as suas necessidades básicas.

Em termos pessoais ganhei uma forma diferente de avaliar, projectar e intervir. Os conhecimentos teóricos e os conhecimentos práticos, adquiridos em contexto de estágio, possibilitaram-me observar esta área de enfermagem de uma forma diferente, de reflectir em algumas práticas diárias e deparar-me com algumas incoerências presentes no dia-a-dia. Por vezes, desculpamo-nos com diversos argumentos que justificam a nossa apatia

em relação à prestação de cuidados, quando na realidade temos receio de criar necessidades nos utentes que não possamos, ou não queiramos, satisfazer depois. Desta forma, sinto ter uma perspectiva diferente acerca do que consigo/posso fazer no meu dia-a-dia para melhorar os cuidados prestados e a qualidade de vida dos utentes.

No entanto, com este estágio apercebi-me das limitações e dos constrangimentos próprios da intervenção alertando-me para os limites reais da minha acção. Salienta-se que o número de recursos humanos disponibilizados na unidade, como na maioria das instituições, é insuficiente para dar continuidade a este programa de treino, que exige bastante tempo, motivação e disponibilidade.

Fico assim, com a noção que a perfeição é difícil ou talvez impossível de atingir, mas é possível trabalhar para o possível dentro do óptimo; neste estágio foram adquiridas competências específicas que permitem uma visão e uma forma de agir diferente da anterior no âmbito dos cuidados de enfermagem específicos em Saúde Mental e Psiquiatria, nesta fase do ciclo vital, a velhice, fase igualmente importante para a pessoa com perturbação mental.

Apesar de não ser um objectivo deste estágio e de ser uma actividade realizada com mais frequência na fase aguda da doença psiquiátrica, foi-me proposto assistir e intervir em sessões de electroconvulsivoterapia que se realizam nesta instituição. Sendo um objectivo pessoal que não foi possível cumprir no primeiro estágio (intervenção na crise), aceitei a oportunidade.

Foi uma experiência bastante positiva por vários aspectos. Por um lado foi uma oportunidade de aprendizagem única, pois permitiu-me a aquisição de novos conhecimentos sobre esta prática terapêutica específica e os seus efeitos benéficas para o doente com doença mental. Foi também o motor para uma auto-reflexão sobre a vulnerabilidade humana, associada ao corpo submetido a um procedimento que acarreta riscos e ainda a uma ponderação, entre os diferentes princípios éticos que estão em causa neste contexto específico, destacando os seguintes: Princípio da beneficência vs Princípio da maleficência.

Reflectindo em todo o percurso desta experiência verifico que o enfermeiro desempenha um papel fundamental em todas as fases do tratamento, tanto na fase pré-ECT ao desenvolver técnicas que possibilitem uma gestão dos níveis de ansiedade dos utentes,

criando uma relação terapêutica, durante a ECT através da monitorização dos sinais vitais, respeito pela segurança e dignidade do corpo exposto e vulnerável e numa fase pós – ECT, com os cuidados específicos numa fase de recobro (Anexo X).

Termino este estágio, com uma maior compreensão das necessidades e dificuldades dos utentes ao nível das suas necessidades básicas que colocam, por vezes em causa a sua dignidade. Mas a verdade é que,

“por muito competentes que sejam os técnicos, por muito boas que sejam as instalações, por mais sofisticado que seja o equipamento, por mais perfeita que seja a organização, se não existir a compreensão de que o utente é um Homem nosso semelhante (...) não há bons serviços de saúde!” (RODRIGUES, 1999).

**3. PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA, DIAGNÓSTICO E
PREVENÇÃO – NA COMUNIDADE E NOS CENTROS DE SAÚDE**

Durante muitos anos, em Saúde Mental a política era internar o doente portador de doença psiquiátrica, nos grandes hospitais, afastando-o da família e da comunidade. Actualmente, a atitude é a oposta: devolver a pessoa à sociedade e manter nas instituições apenas os mais difíceis, as pessoas com doença psiquiátrica em fase aguda e os inimputáveis.

Esta mudança de paradigma já está implementada em Portugal. No entanto, a reforma da saúde mental avança devagar e as resistências começam dentro do próprio sistema, onde se encontra médicos psiquiatras que não aceitam a mudança.

Podemos verificar esta mudança de paradigma através do PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (2007 – 2016), onde apresenta um futuro com diminuição da institucionalização e aumento da rede de apoio de intervenção na comunidade, permitindo ao utente e família uma maior qualidade de vida.

O PNSM (2007 – 2016) visa prosseguir os seguintes objectivos:

- Assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
- Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;
- Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;
- Promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

“A psiquiatria comunitária preconiza uma aproximação à população, a abertura ao exterior, o reforço dos contactos com os cuidados de saúde primários e a

desinstitucionalização e reinserção social dos doentes mentais.” (Rodrigues, 2004). Para tal mudança é necessário aprender novas formas de praticar psiquiatria e fornecer cuidados de saúde mental, o que implica a manifestação de resistências por parte dos técnicos

A intervenção em Psiquiatria Comunitária deve, por si só, diminuir o recurso à urgência e ao internamento, não só promovendo e assegurando a continuidade de cuidados, mas também, pela sua integração na comunidade, intervir o mais precocemente possível nas situações de crise minimizando e evitando a ruptura dos padrões homeostáticos do outro, procurando mantê-lo no seu meio relacional.

Segundo ALMEIDA (2009),

“A abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez maior ênfase à manutenção dos doentes na respectiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas”.

Neste âmbito, o Enfermeiro tem, no seio das equipas comunitárias, um papel fundamental relacionado com os níveis de observação, avaliação, detecção precoce, gestão/encaminhamento e intervenção específica nos casos identificados, sendo este o desafio mais importante para a profissão.

” A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.” (CARTA DE OTTAWA, 1986)

3.1. JUSTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Local: CHPL - Hospital Júlio de Matos (NIC Olivais)

Período: 15 de Novembro de 2011 a 26 de Janeiro de 2012

Enfermeiro Orientador: Enf^ª Helena Afonso

Como já foi referido, e de acordo com a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho) “A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, de forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social”.

Os Núcleos de Intervenção Comunitária, são estruturas que funcionam na, para e com a comunidade, tentando dar resposta a esta mudança de paradigma. Aqui o enfermeiro desempenha um papel relevante, contribuindo para a emancipação dos utentes com perturbações mentais e comportamentais no seu próprio ambiente, intervenções que possibilitem aos utentes aumentar as suas aptidões para o auto-cuidado, tendo a família como parceira e o apoio formal da comunidade, nomeadamente através da cooperação com o sector social. Foi neste contexto, que a minha escolha decaiu no NIC dos Olivais pertencente ao CHPL – Hospital Júlio de Matos, onde decorreu o meu primeiro estágio e já conhecendo, assim, os objectivos da instituição.

O NIC dos Olivais encontra-se sedado na comunidade com responsabilidade assistencial dirigida para a saúde mental. A prestação de cuidados de enfermagem está direccionada às pessoas que se encontram numa fase de estabilização de doença mental, investindo assim no processo de reabilitação com vista a integração desta na comunidade. Todo este processo passa pela articulação com os recursos existentes na comunidade, como a rede de parceiros, e com as equipas de cuidados de saúde primários.

O NIC surge no âmbito do movimento de desinstitucionalização dos utentes dos Hospitais Psiquiátricos e pretende:

- Ajudar a pessoa a melhorar a sua qualidade de vida,
- Reconhecer e gerir a sua doença e suas limitações,
- Recuperar, adquirir e readquirir aptidões e competências possíveis e úteis,
- Implementar estratégias para melhor gerir as suas incapacidades,
- Aumentar-lhe as probabilidades de sucesso.

Relativamente à população assistida, o NIC dos Olivais, presta assistência aos utentes da freguesia dos Olivais, que tem aproximadamente, 100.000 habitantes recenseados, a

mobilidade demográfica da zona é muito elevada, não só pelo número de construções recentes, bem como, pela grande flutuação de residentes nos bairros da Gebalis. A inscrição no Centro de Saúde dos Olivais nem sempre é regularizada/effectuada, não deixando, no entanto, alguns destes doentes de passar a constituir um problema para os bairros e/ou instituições da área.

A Equipa do NIC Olivais só em casos excepcionais recebe utentes para primeiras consultas, geralmente são enviados do internamento, ou da consulta externa do Hospital Júlio de Matos, pela equipa médica.

No entanto, podem realizar-se primeiras consultas no NIC, quando são referenciados pelo Centro de Saúde, os quais são considerados urgentes, ou resultantes de alguma reunião com estruturas da comunidade.

Após observação médica as pessoas são encaminhadas para a consulta de psicologia e geralmente são encaminhados para integração nas diferentes actividades que são realizadas no NIC.

Podem também ser referenciados pelos médicos do internamento no momento da alta clínica, com o objectivo de continuar o seu acompanhamento no período pós alta. Aqui o pedido deverá conter a informação escrita sobre a situação clínica e a terapêutica prescrita, não se devendo dispensar um contacto telefónico, ou então a pessoa antes de sair do internamento o seu encaminhamento será realizado no decorrer da reunião da equipa a qual decorre à sexta-feira.

Os utentes/famílias têm ao dispor uma equipa multidisciplinar constituída por Médica Psiquiátrica; Enfermeira; Psicóloga Clínica com formação em Terapia Familiar Sistémica; Psicoterapias de Orientação Dinâmica; Psicólogo Clínico com formação em Terapia Comportamental e Cognitiva; Terapeuta Ocupacional; Assistente Social e Administrativa.

A equipa do NIC dos Olivais tem procurado desde sempre a integração do doente na comunidade, promovendo assim a reabilitação e reinserção social da pessoa com doença mental.

Deste modo, esta integra e articula com as seguintes instituições: Centro de Saúde dos Olivais; S. João e Alameda, Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco “Clube das Famílias”, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Junta de Freguesia, “Espaço Crescer” e Escolas Secundárias da área.

3.2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS ESTABELECIDOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

✓ Objectivo 1: Integrar a equipa multidisciplinar e organização do NIC dos Olivais

Segundo o CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO (1998),

“ o enfermeiro como membro da equipa de saúde assume o dever de:

- *Actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competências de cada uma;*
- *Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde;*
- *Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.”*

Tendo sido já abordado este aspecto no primeiro estágio, reforço que a integração na equipa multidisciplinar é essencial para o sucesso de qualquer prática clínica. Considero que a integração num local onde existe uma equipa multidisciplinar e uma organização específica é de extrema importância para a aquisição de conhecimentos de qualidade, promovendo assim o bom desempenho profissional.

Neste estágio, todos os receios que tinha sobre o “desconhecido” desapareceram rapidamente, pela forma acolhedora com que fui recebido por parte de toda a equipa, principalmente, pela Enf^a Helena Afonso. Desta forma, consegui estabelecer uma boa relação com todos os profissionais e tive a preocupação de perceber as normas e procedimentos do serviço NIC Olivais. Um aspecto que facilitou esta minha integração

foi o facto de já conhecer os valores, visão e missão da principal instituição (CHPL – Hospital Júlio de Matos).

✓ **Objectivo 2: Promover a saúde e prevenir a doença mental**

Este aspecto surgiu igualmente como base principal do meu desempenho neste estágio. Pois, em todas as práticas clínicas que experienciei nesta área específica de enfermagem, verifiquei que o aspecto fulcral para o sucesso da nossa prática é a relação estabelecida com os utentes.

Neste campo de estágio, estando dirigido para a comunidade, para além da relação com os utentes também lidei com familiares/prestadores de cuidados. No entanto, fiquei um pouco desolado ao perceber que a maior parte dos utentes não tinha qualquer tipo de apoio familiar. Alguns utentes, dirigiam-se ao NIC sozinhos, à espera de obterem uma palavra amiga e um acolhimento afável por parte dos profissionais.

Ao longo do estágio, debrucei-me nos pressupostos da relação de ajuda, pois a partir destes consegui entrar na relação de uma forma mais genuína, aberta e livre de preconceitos. *“A relação de ajuda é como uma pérola de uma jóia rara, como um elo de uma cadeia de amor, e a sua utilização junto dos doentes traz frequentemente grandes benefícios”*. (PHANEUF, 2005)

De acordo com ROGERS (2009), descobri que quanto mais conseguir ser genuíno na relação, mais útil esta será (...) ser genuíno envolve a disposição para se expressar os vários sentimentos e atitudes que existem em mim.

Neste local de estágio, consegui promover mais a interacção com os utentes e com as suas famílias pois sendo um dos objectivos dos NIC reabilitar e integrar o utente na sociedade, este dirigia-se a este local mais aberto e disponível para a relação enfermeiro-utente. Por vezes as relações familiares não se encontravam solidificadas, tendo sido este o aspecto mais difícil na minha intervenção. Estimular a relação familiar, mostrar ao utente a importância de existir uma relação familiar sustentada e fortalecida para depois existir uma aceitação na sociedade mais facilitada. Por outro lado, a discriminação das pessoas com doença mental da parte dos seus familiares também foi uma realidade com qual me deparei, neste campo ainda tentei convocar as respectivas famílias integrá-las na doença da pessoa mas com pouco sucesso, pois não estavam disponíveis para tal. Nestes casos

limitei-me a apoiar o utente e a estabelecer uma relação de empatia e segurança, tentando que este encarasse este aspecto como um obstáculo a ultrapassar.

Também tive a oportunidade de realizar visitas domiciliárias, estas permitiram-me desenvolver e colocar em prática todos os conhecimentos já adquiridos sobre a relação terapêutica, num contexto diferente, isto é, no meio social e familiar dos utentes. Esta experiência foi bastante gratificante pois tive a oportunidade de realizar visitas a pessoas já seguidas por mim no internamento (primeiro estágio - intervenção na crise), senti uma grande alegria ao ver que estas reconheceram-me, tratando-me de uma forma muito carinhosa. Os utentes e as famílias “abrem a porta com gosto”, pois está ali alguém que se preocupa com eles, muitas vezes as visitas servem apenas para os doentes e famílias exporem os seus sentimentos, emoções e inquietações.

Neste âmbito, consegui estabelecer uma relação terapêutica com os utentes/famílias sustentada numa postura emocionalmente adequada, escuta activa, congruência e empatia. Demonstrei tomada de consciência de mim mesmo durante as intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais com vista à promoção da saúde mental e prevenção da doença.

✓ **Objectivo 3: Promover a adopção de estilos de vida saudáveis**

Com auxílio da Enf^a Helena e indo ao encontro do verdadeiro objectivo dos cuidados primários na área da psiquiatria, realizei um planeamento de todas as intervenções a realizar ao longo do estágio de acordo com as necessidades presentes (Anexo XII).

Assim, para cumprir com sucesso o objectivo supracitado, investi bastante nas intervenções psicoterapêuticas com sessões psicoeducativas dirigidas aos utentes e às suas famílias/cuidadores, com objectivo de informar sobre aspectos importantes da doença mental (como a adesão ao regime terapêutico ou sobre a esquizofrenia), promovendo assim, a saúde mental e prevenção/redução do risco de perturbações mentais.

A Promoção de Saúde é um processo de capacitar as pessoas a aumentarem o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la (CARTA DE OTTAWA, 1986). Baseia-se essencialmente na aceitação de que, os comportamentos em que o indivíduo se envolve e as circunstâncias em que vive, têm um impacto sobre a sua saúde, e nas alterações que procuram melhorar o seu estado de saúde (BENNETT & MURPHY, 1999).

Segundo PEREIRA (2006),

“Entende-se por psicoeducação um conjunto de abordagens orientadas por dois vectores: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado.”

A Educação para a Saúde promove assim, a saúde das pessoas de forma a estas atingirem os objectivos por elas fixados nesta área: manter e melhorar a qualidade de vida, prevenir a mortalidade/morbilidade, aumentar e favorecer a comunicação e a autonomia do doente.

Estes processos educacionais só alcançam o êxito se a sua realização for determinada pelos interesses e motivações dos formandos, enfatizando-se sempre o respeito pela liberdade de escolha de cada pessoa.

A associação dos tratamentos farmacológicos efectuados e das intervenções não farmacológicas (que não envolvem medicação e consideram a subjectividade do indivíduo, implicando-o no seu tratamento e recuperação) foram bastante benéficas para os utentes. Todas as intervenções psicoterapêuticas foram realizadas em grupo visto assim estar preconizado no NIC dos Olivais, e como se está a intervir na comunidade fez todo o sentido aumentar a socialização entre os diferentes membros do grupo.

As terapias de grupo, para além de prepararem a terapia individual, convidam ao desenvolvimento pessoal (autoconhecimento) dos utentes e permitem atenuar atitudes de negação. Segundo ADÈS & LEJOYEUX (1997), o grupo permite também um melhor controlo das reacções impulsivas, dos acessos de ansiedade, depressão e comportamentos suicidas. Para além da sensação imediata de segurança, a sua finalidade essencial consiste em desenvolver *insight* e as capacidades relacionais (socialização) dos participantes (Anexo XIII).

Neste contexto, desenvolvi sessões de relaxamento (adaptado de Jacobson), de expressão plástica e dinâmicas de grupo - tarde desportiva.

Em relação à sessão de relaxamento, visto esta ter sido já realizada noutra campo de estágio, nesta fase tive a possibilidade de treinar/aprimorar competências e obter uma

nova visão do comportamento nesta fase da doença psiquiátrica, pois nesta, os utentes encontram-se em ambulatório, onde estas actividades têm como finalidade o bem-estar consigo mesmo de forma a promover comportamentos adequados perante a sociedade que se encontram inseridos. De um modo geral, os utentes beneficiaram com esta actividade, no final todos manifestaram uma sensação de satisfação e tranquilidade quer por terem escutado a música (forma passiva), quer na execução dos movimentos, à medida que as instruções iam sendo fornecidas (forma activa). (Anexo XIV)

Aproveitando a época natalícia, desenvolvi uma actividade de expressão plástica. Foi proposto aos utentes a realização de decorações de Natal em grupo de pares. Assim, os utentes tiveram a oportunidade de se relacionarem entre si e desenvolverem capacidades não só de relação mas também de partilha de emoções e sentimentos, expondo os seus medos e preocupações, não só através da linguagem verbal mas também a partir da linguagem não verbal, pela expressão corporal. (Anexo XV)

A dinâmica de grupo, consistiu numa tarde desportiva ao ar livre, esta teve uma boa adesão por parte dos utentes, o meio agradável e sossegado que se proporcionou provocou em grande bem-estar nestes. Esta actividade promoveu, assim, o aumento da relação interpessoal; o espírito de equipa, uma vez que os utentes se apoiavam mutuamente durante o jogo; promoveu o respeito entre todos os membros do grupo, pois tinham de aguardar pela sua vez de jogar; estimulou a capacidade psicomotora, visto exercitarem, sobretudo, os membros superiores; coordenação motora, pois tinham que associar vários movimentos para conseguirem jogar; capacidade de concentração pois tinham de se concentrar no alvo e na actividade em si. (Anexo XVI)

Para complementar a minha intervenção na promoção da saúde realizei sessões psicoeducativas, que tiveram como finalidade promover o conhecimento, compreensão e gestão efectiva dos problemas relacionados com a saúde mental. Ensinei o utente/família, eduquei e ajudei-o na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas, visando a adopção de hábitos saudáveis.

Pois, torna-se fundamental que o utente tenha uma participação activa na resolução de problemas tornando-se um processo contínuo e interactivo. A pessoa deve ser estimulada e encorajada na resolução do problema e acreditar que o problema pode ser resolvido, de

modo a que o seu investimento pessoal seja maior, reforçando a sua auto-estima e auto-confiança.

Neste âmbito, a identificação de objectivos e metas prioritárias, em função de cada problema, devem ser traduzidos em forma de comportamentos a adoptar. As actividades devem ser realistas, práticas e planificadas de forma detalhada, bem como os meios para ultrapassar as dificuldades previsíveis na sua concretização devem ser executadas em parceria com o utente.

Assim, ao longo do estágio desenvolvi diversas sessões de educação para a saúde sobre adopção de hábitos saudáveis (alimentação saudável, higiene do sono e higiene oral); sobre a adesão ao regime terapêutico, pois torna-se primordial que o utente adira ao regime terapêutico proposto, para que todo o acompanhamento e tratamento realizado funcionem; e a fim de apoiar as famílias realizei uma formação sobre esquizofrenia para que os cuidadores e os utentes entendam de uma forma mais clara e concreta todos os aspectos importantes sobre esta patologia.

Em todas as sessões foi utilizada uma metodologia expositiva e interrogativa, foi utilizado equipamento de multimédia (computador e retroprojektor). A sua avaliação realizou-se através de pequenos questionários orais e da dinamização de debates no final de cada sessão.

Na sessão sobre “Alimentação Saudável” participaram seis utentes que frequentavam regularmente o NIC do Olivais. Inicialmente, expliquei a actividade e o tempo previsto. Foi explicado que a participação era facultativa e que os utentes poderiam sair se o desejassem. De um modo geral, todos participaram de forma activa, sendo o tema escolhido promotor de debate/discussão de ideias, estimulando o interesse dos participantes. Foram colocadas várias questões, mais no âmbito do que devem ou não comer, como por exemplo, o tipo de pão ou os métodos de culinária. A informação foi transmitida e adquirida, as estratégias para a prática de uma alimentação foram fornecidas, mas a tomada de decisão cabe a cada utente. (Anexo XVII)

A sessão de educação para a saúde “Higiene Oral” foi direccionada aos utentes que frequentam o grupo “estilos de vidas saudáveis” já existem no NIC. Esta decorreu dentro da normalidade e os utentes referiram, que este tipo de acções é muito pertinente, pois são várias as vezes que estes se descuidam dos seus hábitos de higiene, nomeadamente a

limpeza da cavidade oral. A avaliação foi feita através de um pequeno questionário oral, de escolha múltipla, no final da secção e posteriormente por um pequeno debate sobre a temática abordada, houve um momento por assim dizer de partilha de experiências. Em relação ao questionário, os utentes responderam correctamente as questões colocadas, o que reflectiu a atenção prestada durante a acção. Em relação ao debate, os utentes colocaram questões pertinentes não só sobre o tema mas também sobre a alimentação que é um dos temas associado a este. (Anexo XVIII)

Quanto à sessão sobre “Higiene do Sono”, esta foi muito bem aceite pelos utentes. De forma geral, todos referiram ter alguns problemas neste âmbito, pelo que ao longo da sessão demonstraram-se atentos e participativos. A apresentação decorreu sem intercorrências, foi inicialmente explicado a importância deste tema e foi pedida a intervenção de todos os utentes ao longo da sessão. Verifiquei que esta era uma necessidade presente neste grupo de utentes, e todos mostraram necessidade de falar e serem esclarecidos sobre o sono. Apesar de na sua maioria cumprirem terapêutica prescrita não tinham comportamentos/rotinas de forma a promoverem um sono mais reparador. (Anexo XIX)

A sessão sobre a “Esquizofrenia” baseou-se na questão “Como pode a família ajudar?”. Para a realização desta sessão educativa convoquei os familiares/cuidadores via telefone, apesar de tentar explicar e esclarecer os objectivos desta convocatória, nem sempre foi bem aceite e alguns cuidadores recusaram-se a comparecer, referindo não terem disponibilidade ou então que não era necessário pois já estavam esclarecidos acerca do assunto. No entanto, compareceram cinco cuidadores acompanhados com os respectivos utentes pelo que a sessão decorreu como esperado, e consegui alcançar os objectivos pré-estabelecidos. Todos os elementos referiram que a apresentação foi muito esclarecedora e enriquecedora, pois tiveram a oportunidade de expor as suas dúvidas e serem esclarecidos. Também proporcionou-se um espaço acolhedor onde puderam manifestar os seus sentimentos e preocupações em relação à evolução da doença. (Anexo XX)

Em psiquiatria, como noutra área da saúde, é primordial o utente aderir ao regime terapêutico proposto, para que todo o acompanhamento e tratamento realizado funcionem. A colaboração do utente é necessária, para este consiga ter algum bem-estar em todas as suas valências. Por este motivo, desenvolvi a sessão de formação “Adesão ao Regime Terapêutico”. Uma das características dos utentes com doença mental é a curiosidade e a

necessidade de perceberem todos os critérios do seu tratamento e as características dos fármacos que lhes são prescritos. Facilitando assim o trabalho dos profissionais, torna-se um trabalho de equipa e sendo nós portadores das informações devemos transmiti-la e esclarecer dúvidas para que os utentes sejam esclarecidos e cumpram um regime terapêutico acordado entre profissional-utente. Assim, esta sessão foi bem acolhida pelos utentes, diversas dúvidas foram expostas pelo que algumas foram encaminhadas para o atendimento individualizado. A sessão decorreu sem intercorrências, os utentes participaram e partilharam a suas experiências pessoais tendo-se proporcionado um ambiente de partilha e interacção entre todos. (Anexo XXI)

De uma forma geral, as intervenções realizadas para alcançar este objectivo suscitou-me bastante interesse, senti-me realizado a prestar este tipo de cuidados. Ao longo do estágio, verifiquei bastante adesão e interesse por parte dos utentes o que facilitou todo o meu desempenho.

3.3 BREVE REFLEXÃO

Este estágio foi essencial para o meu percurso formativo. Apesar de ter sido o último, este campo de estágio deve ser o primeiro a ser investido na área da saúde. Pois os cuidados de saúde primários são os que estão mais próximos da população e em saúde mental, um correcto atendimento e acompanhamento nesta área, evita as descompensações/recaídas da sua patologia. Por sua vez, a estimulação e o incentivo da intervenção/acompanhamento por parte das famílias/cuidadores evita a institucionalização dos doentes.

Assim, considero que este campo de estágio, não descurando os outros, foi o mais importante da minha formação. Foi onde verifiquei a verdadeira especificidade da prestação de cuidados do Enfermeiro Especialista em SMP e onde me senti reconhecido e inserido numa equipa multidisciplinar.

Relativamente aos utentes, todas as minhas intervenções foram com vista a obter ganhos em saúde. Seguindo já o projecto desenvolvido no NIC dos Olivais, com as intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas que realizei, auxiliei os utentes a gerirem melhor o stress que se deparavam diariamente na comunidade, a melhorarem o seu aspecto físico, a adquirirem hábitos mais saudáveis e conseqüentemente a melhorarem a auto-estima/auto-

imagem. A sessão sobre a “Higiene do Sono” foi das sessões que mais motivou a atenção dos utentes pois era realmente um problema presente na maioria das pessoas.

Ao longo do estágio, os utentes dirigiam-se a mim para esclarecer dúvidas sobre os assuntos apresentados e para agradecerem toda a informação transmitida. Pelo que, senti-me orgulhoso de ser enfermeiro e de todo o meu desempenho, a relação estabelecida com os utentes foi ficando mais sólida e confiante. Tentei fornecer mecanismos para que estas pessoas possam aceitar o seu estado de saúde e consigam viver com ele e viver em sociedade como todo o ser humano.

É de salientar que o apoio da Enfermeira Helena foi primordial em todo o percurso, pelo que me orientou na avaliação das necessidades e no planeamento e realização das actividades, esclareceu dúvidas sempre que surgiam e facilitou a minha integração tanto com os outros profissionais como com os utentes.

Termino esta prática clínica com satisfação, reflectindo em todo o meu percurso verifico que toda a prática desenvolvida teve a seguinte finalidade - bem-estar do utente e a sua reabilitação a nível bio-psico-social e cultural.

CONCLUSÃO

A formação contínua, como refere a OE, promove o desenvolvimento de competências “científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade ” REPE (2010).

Foi neste âmbito, e em concordância com o plano curricular que se desenvolveu o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, este promoveu a aquisição de conhecimentos específicos de nível avançado na área da especialidade que integram competências dinâmicas, solidamente alicerçadas em conhecimentos e capacidades de compreensão de nível avançado na área científica da enfermagem visando a assistência avançada da pessoa com problemas do foro mental.

Com o presente relatório, pretendi analisar e reflectir sob o meu desempenho na prática clínica inserida no plano curricular do respectivo curso. Assim, verifico que adquiri e desenvolvi competências específicas de enfermagem na área de saúde mental e psiquiátrica. Todas as minhas intervenções visaram a promoção da saúde e a adaptação aos processos da doença mental em todas as suas fases do ciclo vital, conseguindo assim colocar em prática todos os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso.

Numa fase inicial, aquando do planeamento da prática clínica o meu objectivo principal seria a reabilitação psicossocial, mas devido à heterogeneidade de pessoas e aos recursos de cada local de estágio, apenas no segundo, que decorreu na Casa de Saúde da Idanha, é que consegui colocar em prática este objectivo na sua plenitude, pois implementei um programa de treino do auto-cuidado visando igualmente a promoção da autoestima e repercutindo-se assim na relação dos utentes com eles próprios e com a sociedade em que se encontravam inseridos. No entanto, é de referir que interví com utentes institucionalizados pelo que esta dita sociedade trata-se da comunidade institucional.

No primeiro estágio, na intervenção na crise, desenvolvi actividades psicoterapêuticas com os utentes de forma a fornecer mecanismos de adaptação à doença aguda, com objectivo de quando tivessem alta aplicassem esses conhecimentos no dia-a-dia, facilitando assim a relação destes com o seu meio. As entrevistas realizadas e a relação terapêutica estabelecida com os utentes também facilitaram o tratamento do utente e a sua aceitação da doença.

No último estágio, como os doentes já se encontravam inseridos na sociedade o objectivo foi promover a saúde e prevenir as complicações da doença mental, aumentando o seu

insight e facilitando assim a sua relação com a comunidade, e foi também dada continuidade ao processo de reabilitação psicossocial já desenvolvido.

É de salientar que todo o meu desempenho nesta prática clínica deveu-se à boa recepção/integração que tive em todos os locais de estágio. Penso ter contribuído de forma positiva para a melhoria dos cuidados prestados.

Apesar de o resultado final ter sido positivo, no decorrer da prática clínica tive que ultrapassar alguns obstáculos. A maior dificuldade e de difícil gestão, foi sem dúvida, a conciliação entre a vida profissional, académica e pessoal que por vezes foi geradora de stress.

Outra dificuldade, foi desconhecer os diferentes locais de estágio aquando do seu planeamento inicial, pelo que os objectivos a que me propus foram um pouco ambiciosos para o tempo disponibilizado. Por esta limitação tive que alterar alguns objectivos que foram apresentados no projecto de estágio.

Esta ambição verificou-se também, no estágio de psicogeriatrica pois o treino de competências é um processo minucioso que requer algum investimento em termos de tempo e de treino como diz o povo “o costume faz o hábito”. Por outro lado, o tempo disponibilizado não foi suficiente para avaliar/verificar se os ganhos dos utentes permaneceram realmente no seu dia-a-dia.

Actualmente, sinto-me capaz de cuidar de pessoas portadoras de doença mental mas tenho consciência de que ainda existe um caminho a seguir repleto de aprendizagem.

Culmino este trabalho, com a certeza de que este é apenas o início de um longo percurso onde encontrarei vários obstáculos pela frente, mas como diria Fernando Pessoa ao ultrapassá-los vou construindo e melhorando o meu “eu”, como ser humano e profissional de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADES, 1., & LEJOYEUX, M. – **Comportamentos Alcoólicos e seu Tratamento**. Coleção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas 1. Climepsi Editores: Lisboa, 1997.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – **DSM-IV-TR™. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**, 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.
- ANGELI F. – **Para a Dinâmica de Grupos**. Lisboa: Editora Paulus, 2007.
- ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, Lei nº 38/2004 de 18 de Agosto
- BATEMAN, A.; BROWN, D.; PEDDER, J. – **Princípios e prática das psicoterapias**. 2ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- BENNETT P.& MURPHY S – **Psicologia e promoção da saúde** (Manuais Universitários). Lisboa: Climepsi Editores, 1999.
- BEZERRA, D.; OLIVEIRA, J. – **A atividade artística como recurso terapêutico em saúde mental**. Boletim de Saúde V. 16, nº 2 (2002). [Consult. 20 de Janeiro de 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n2_14atividade.pdf>
- CABETE, D. – **A Formação por projecto, ou um projecto em formação**. Vol. 2, n.º 2, 2º semestre. Lisboa: Pensar Enfermagem., 1998.
- CARTA DE OTTAWA – [Consult. a 20 Dez. 2011] Disponível em WWW:<URL: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/ottawa>>
- CARVALHO A., CARVALHO G. – **Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Loures: Lusociência, 2006.
- CASTRO, L. & RICARDO, M. – **Gerir o Trabalho de Projecto**. O Manual para Professores e Formadores. 5ª ed. Lisboa: Texto Editora, 1998.
- CHALIFOUR, J. – **A Intervenção terapêutica- Os fundamentos existências-humanistas da Relação de Ajuda**. Editora Lusodidacta, 2008.

CHALIFOUR, J. – **A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção**. 1ªed. Loures: Lusodidacta, 2002.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – **Livro Verde. Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia**. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias, 2005.

COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL – **Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2008.

CORDEIRO, D. – **Manual de psiquiatria clínica**. 2ªed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

CORDIOLI, A. *et al.* – **Psicoterapias: Abordagens Actuais**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DECRETO-LEI n.º 104/98 de 21 de Abril – **Código Deontológico do Enfermeiro**. Capítulo VI – Secção II dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ministério da Saúde, 1998.

DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de Setembro – **Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros** (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril). Lisboa: Ministério da Saúde, 1996.

DECRETO-LEI n.º 247/2009 de 22 de Setembro – **Regime legal da carreira de enfermagem**. Diário da República, 1.ª série, N.º 184;

DECRETO-LEI n.º 36/98 de 24 de Julho – **Lei de Saúde Mental**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1998.

DECRETO-LEI n.º 8/2010 de 28 de Janeiro – Diário da República, 1.ª série, N.º 19;

DEEGAN, P. – **Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities**. *in* AVIRAN, Uri, *Social Work in Mental Health, Trends and Issues*. New York-London: The Haworth Press, 1997.

DEEGAN, P.– **Recovery, uma viagem do coração.** In J. Ornelas (Coord.), **Actas da Conferência Internacional. Novos Desafios na Reabilitação de Pessoas com Doença Mental.** Lisboa: AEIPS Edições, 1999.

DESPACHO n.º 411/2006 de 26 de Abril – Diário da República

DESPACHO n.º10464/2008, de 9 de Abril – Diário da República

DUARTE, Teresa – **Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde.** Análise psicológica, 2007 [consult. a 10 Jan 2011], disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a09.pdf>;

FARKAS, M., GAGNE, C., ANTHONY, W., & CHAMBERLIN, J. – **A implementação de programas orientados para o recovery: Domínios cruciais.** In J. Ornelas, F. Monteiro, M. Moniz, & T. Duarte (Coord.) - **Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares.** Lisboa: AEIPS Edições, 2005.

FAZENDA, I. – **O puzzle desmanchado. Saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania.** Lisboa: Climepsi Editores, 2008.

FERNANDES, M. T. – **Metodologia de projecto.** Vol.47, nº5. Lisboa: Servir, 1998.

FONTAINE, O. – **Introdução às Terapias Comportamentais.** Lisboa: Editorial Verbo, 1987.

FREESE, B. – **Betty Neuman: Modelo de Sistemas.** in Ann Tomey; Martha Alligood, **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem,** 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004.

GUIMÓN, J. – **Introdução às terapias de grupo.** 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

IDÁÑEZ, M. – **Como Animar um Grupo: Princípios Básicos e Técnicas.** 2ªed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2004.

JACOBSON, N., & CURTIS, L. – **Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the States.** *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2000.

JORGE M., MONTEIRO A., ROCHA N. – **Desinstitucionalização: visão dos profissionais de saúde mental.** *Rev Bras. Enfermagem*, 1998.

LAST, J. – **A Dictionary of Epidemiology (World Health Organization)**, 2^a ed. Nova Iorque: Oxford University Press, 1988.

LIBERMAN RP. – **Rehabilitación integral del enfermo mental crónico**. Barcelona (Es): Martinez Roca, 1993.

MALUF, A.C.M. – **Actividades lúdicas como estratégias de ensino e aprendizagem**, 2006. [Consult. 10 Jan 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=850>>

NUNES, L., et al. – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

OMS – **Relatório Mundial da Saúde 2001: Saúde Mental, Nova Compreensão, Nova Esperança**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental**. Lisboa, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros**. Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro, alterado pelo decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde mental: nova compreensão, nova esperança**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002.

ORNELAS et al – **Participação e empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares**. 1^a ed. Lisboa: AEIPS Edições, 2005. ISBN 972-99904-0-9

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. – **Modelos para exercício de enfermagem**. Lisboa, 1992. ISBN 0-433-24902-1

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Luso Didacta, 2005.

PLANO DE ESTUDOS DO CPLEESMP (2009/2010)

PLANO NACIONAL DE SAÚDE- **Orientações Estratégicas (2004/2010)**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004.

POLIT, D. F. ; HUNGLER, B. P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2004/2010: mais saúde para todos**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Circular Normativa nº13. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004.

RODRIGUES, M.; LEOPARDI, M. – **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

ROGERS, CARL R. – **Tornar-se Pessoa**. 1.ª ed. Lisboa, 2009.

RUSSEL, Nancy – **Manual de educação para a saúde**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1996.

SILVA JF Fi. – **A medicina, a psiquiatria e a doença mental**. In: Tundis SA, Costa NR, organizadores. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): Vozes, 1994.

STUART G. & LARAIA M. – **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática**. Porto Alegre: Artmed Editora, 6ª Edição, 2001.

TAYLOR, Cecelia Monat – **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

THOMPSON, V., Noel, J., & CAMPBELL, J. – **Stigmatization, Discrimination, and Mental Health: The Impact of Multiple Identity Status**. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2004.

TOWNSEND, Mary – **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VIDAL-HALL, Judith – **Elaborar relatórios**. Mem Martins Europa: América, D.L., 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Ottawa Charter for Health Promotion.
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1986.

ANEXOS

ANEXO I

(Cronograma geral)

CRONOGRAMA

| Estágio | 2011 | | | | | | | | | | | 2012 |
|---|-------|------|-------|-------|--------|----------|----------|----------|---------|---|---|------|
| | Abril | Maió | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Novembro | Dezembro | Janeiro | | | |
| Mês | | | | | | | | | | | | |
| <u>Modulo I</u> - Promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção – na comunidade e nos centros de Saúde | | | | | | | | | | X | X | X |
| <u>Modulo II</u> - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto | X | X | X | | | | | | | | | |
| <u>Modulo III</u> - Psicogeriatría | | | | | | | | X | X | | | |

Legenda:

 X Data de concretização dos estágios

 Férias

ANEXO II

(Reflexões sobre o estágio do Modulo II – Intervenção na Crise)

27 de Abril de 2011

Iniciei a descoberta da prática de saúde mental no dia 26 de Abril no Hospital Júlio de Matos na clínica psiquiátrica III.

Sendo uma realidade desconhecida e a primeira vez que estabelecia contacto com utentes psiquiátricos em fase aguda detinha-se dentro de mim um sentimento de insegurança que ao mesmo tempo era confrontado com um sentimento de ansiedade por estar a iniciar esta descoberta.

No entanto, foi no dia 27 que conheci a Enf^a Olga, Enf^a Especialista, que me irá orientar/supervisar nesta fase de estágio clínico.

Nestes primeiros dias fui apresentado à equipa multidisciplinar, numa primeira abordagem senti uma boa recepção por parte dos colegas, deixaram-me à vontade para esclarecerem dúvidas sempre que necessário. A Enf.^a Olga mostrou-me o serviço e explicou-me as rotinas e intervenções realizadas no dia-a-dia.

Neste dia, tive a oportunidade de observar uma dinâmica de grupo realizada pela Enf^a Especialista, pelo que desempenhei apenas um papel passivo. Com esta experiência verifiquei que independentemente da patologia a interacção social entre os utentes e profissionais torna-se essencial para a recuperação do doente psiquiátrico em fase aguda.

Através das actividades terapêuticas desenvolvem-se várias capacidades, exploram-se e reflectem-se vários contextos da realidade e cultura na qual vivemos, incorporam-se e, ao mesmo tempo, questionam-se regras e papéis sociais (Maluf, 2006).

As técnicas grupais com fins terapêuticos são utilizadas em vários contextos e representam meios e procedimentos que necessitam de ser utilizados adequada e oportunamente (Cordioli et al., 2008; Idáñez, 2004; Jones; Herrick; York, 2004). Visam ajudar o indivíduo a resolver conflitos e a obter uma maior compreensão sobre si mesmo e os outros, sendo o principal objectivo o *insight* e a maior adaptação às relações com os outros (Bateman; Brown; Pedder, 2003; Bezerra;Oliveira, 2002). Os doentes que integram técnicas grupais aprendem muito sobre si próprios através do feedback que recebem dos outros elementos que fazem parte do grupo (Bateman; Brown; Pedder, 2003).

“Uma grande diversidade de actividades de grupo pode ser observada hoje em dia no contexto das instituições que tratam da saúde mental” (Guimón, 2002). Os mediadores utilizados pelos grupos são variados, desde a música, à arte, à expressão corporal, à Psicomotricidade (Guimón, 2002).

Neste caso, a actividade realizada foi o momento das Artes, ou seja, foi proposto aos utentes que desenhassem e que partilhassem a folha de papel de cenário e os lápis de cera com o objectivo de darem largas á sua criatividade e imaginação.

Ao longo da actividade observou-se foi uma grande interacção entre todos os utentes, demonstraram espírito de equipa, de partilha e de respeito pelo outro.

Após concluídos os desenhos, cada utente falou sobre o que tinha desenhado e foi interessante observar que todos representaram e descreveram um acontecimento/facto importante da sua vida. No final, o grupo mostrou-se agradado com a actividade e referiram que gostavam de repetir.

Deste modo, pode-se concluir que estas sessões são de extrema importância no âmbito da promoção da interacção, da socialização, da partilha de experiências e da melhoria da auto-estima nos doentes psiquiátricos. Pelo que se verifica que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica torna-se essencial no tratamento destes doentes.

Aguardo assim, esta caminhada, com grande expectativa...

9 de Maio de 2011

Já passaram duas semanas e nesta fase sinto-me mais tranquilo e seguro mas com noção que ainda tenho muito que caminhar, muitos conhecimentos/prática para adquirir.

Inicialmente senti alguma dificuldade em estabelecer contacto com os utentes, mas foi uma barreira que a cada dia que passa, sinto que vai ficando mais frágil.

A reflexão nesta altura do meu percurso deveu-se ao facto de ter experienciado uma situação gratificante com uma utente internada no serviço, por Perturbação Obsessivo-Compulsiva, que vou chamar de D.^a A.P., para respeitar a sua confidencialidade. Impressionou-me a forma insidiosa como esta perturbação se manifesta e domina uma vida. Por este motivo suscitou em mim um interesse em saber mais sobre esta patologia.

A doente em questão, tem 40 anos de idade, é casada e tem um filho de 12 anos. A sua actividade profissional é secretariado, porém actualmente com o agravamento da sua doença está de baixa há cerca de um ano. Teve consciência da sua doença aos 15 anos, pois o pai também sofria da mesma patologia. Nessa altura pede ajuda. Segundo ela foi sozinha ao centro de saúde, onde foi encaminhada e iniciou tratamento. Quanto à sua vida matrimonial diz ser sem interesse, e refere não ter relações sexuais desde o nascimento do filho. Esta é a forma como fala de si própria e da sua vida familiar. Actualmente está internada para fazer tratamento farmacológico coadjuvado com terapia cognitivo-comportamental.

A D.^a A.P. fala pausadamente, sem exprimir emoções, embora sentindo que está a desapontar “os outros”, pois “não consegue corresponder ao que lhe é pedido, nem ser uma boa mãe” SIC., pela forma que se apresenta parece-me que não quer permanecer prisioneira dos seus medos. Parece conformada no seu inconformismo, pois tem insight e crítica para a sua situação de doença, e o mais importante é estar motivada para a mudança e aceitar ajuda.

Actualmente, encontra-se em grande sofrimento, pois tem medo de estar sozinha com os seus pensamentos obsessivos, que se traduzem por ideias imagens e impulsos repetitivos que a invadem constantemente. Têm, um carácter intrusivo. As suas manifestações são:

- Ø Contaminação - com rituais compulsivos de banhos exagerados e lavagens frequentes das mãos, e dificuldade em parar estes actos;
- Ø Dúvida Patológica – preocupação de que algo terrível vai acontecer em consequência de um eventual descuido seu. A certeza absoluta nunca é alcançada;
- Ø Obsessão de impulso – executa rituais de verificação e segurança, por vezes necessitando da certificação de outros para os seus actos.

Segundo um estudo de Rasmussen (1992) citado por Carvalho (2007) não existe prevalência da doença significativa quanto ao sexo, embora seja ligeiramente superior o predomínio do sexo feminino com cerca de 53,8%, para 47,2% do sexo masculino. Estes doentes têm dificuldade no relacionamento matrimonial e há incidência de conflitos conjugais.

A rigidez e a ansiedade dos pais podem influir no desenvolvimento da doença e tais factores teriam maior intensidade para o primeiro filho e diminuiria para a sucessiva descendência segundo Rasmussen (1992) e citado por Carvalho (2007), que conclui com Rachman (1980), os problemas sexuais e matrimoniais, bem como o luto recente são factores desencadeantes mais frequentemente encontrados, seguidos dos problemas laborais, gravidez e parto ou qualquer mudança no estilo de vida que resulte em aumento dos níveis de responsabilidade.

Segundo a classificação DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais):

As características essenciais do Transtorno Obsessivo-Compulsivo são obsessões ou compulsões recorrentes (Critério A) suficientemente severas para consumirem tempo (isto é, consomem mais de uma hora por dia) ou causar sofrimento acentuado ou prejuízo significativo (Critério C).

Em algum ponto durante o curso do transtorno, o indivíduo reconheceu que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais (Critério B). Em presença de outro do eixo I, o conteúdo das obsessões ou compulsões não se restringe a ele (Critério D). A

perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., drogas de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (Critério E).

As obsessões são ideias, pensamentos, impulsos ou imagens persistentes, que são vivenciados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento. A qualidade intrusiva e inadequada das obsessões, é chamada de “ego-distônica”.

O termo refere-se ao sentimento do indivíduo de que o conteúdo da obsessão é estranho, não está dentro do seu próprio controlo nem é a espécie de pensamento que ele esperaria ter. Entretanto, ele é capaz de reconhecer que as obsessões são produto de sua própria mente e não impostas a partir do exterior (como na inserção do pensamento).

As obsessões mais comuns são pensamentos repetidos acerca de contaminação (por ex., ser contaminado em apertos de mão), dúvidas repetidas (por ex., imaginar se foram executados certos actos, tais como ter machucado alguém em um acidente de trânsito ou de ter deixado uma porta destrancada), uma necessidade de organizar as coisas em determinada ordem (por ex., intenso sofrimento quando os objectos estão desordenados ou assimétricos), impulsos agressivos ou horrorizantes (por ex., de machucar o próprio filho ou gritar obscenidades na igreja) e imagens sexuais (por ex., uma imagem pornográfica recorrente).

Os pensamentos impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas acerca de problemas da vida real (por ex., preocupação com dificuldades actuais, como problemas financeiros, profissionais ou escolares) e não tendem a estar relacionados a um problema da vida real.

O indivíduo com obsessões em geral tenta ignorar ou suprimir esses pensamentos ou impulsos ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou acção, isto é, uma compulsão. Um indivíduo assaltado por dúvidas acerca de ter desligado o gás do fogão, põe exemplo, procura neutralizá-las verificando repetidamente para assegurar-se de que o fogão está desligado.

As compulsões são comportamentos repetitivos (por ex., lavar as mãos, ordenar, verificar) ou actos mentais (por ex., orar, contar, repetir palavras em silêncio) cujo

objectivo é prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento, ao invés de oferecer prazer ou gratificação.

Na maioria dos casos, a pessoa sente-se compelida a executar a compulsão para reduzir o sofrimento que acompanha uma obsessão ou para evitar algum evento ou situação temidos. Por exemplo: os indivíduos com obsessões de contaminação podem reduzir seu sofrimento mental lavando as mãos a ponto de irritarem a pele; os indivíduos afligidos por obsessões de terem deixado uma porta destrancada podem ser levados a verificar repetidamente a fechadura, em intervalos de minutos; indivíduos afligidos por pensamentos blasfemos e indesejados podem encontrar alívio contando até 10 em ordem crescente e decrescente, 100 vezes por cada pensamento.

Em alguns casos, os indivíduos realizam actos rígidos ou estereotipados de acordo com regras idiossincraticamente elaboradas, sem serem capazes de indicar por que os estão executando. Por definição, as compulsões ou são claramente excessivas ou não têm conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar. As compulsões mais comuns envolvem lavar e limpar, contar, verificar, solicitar ou exigir garantias, repetir acções e colocar objectos em ordem.

A experiência de vida e os anos de sofrimento e infelicidade da D.^a A.P., causados por esta patologia, despoletou em mim a necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos sobre esta patologia, de forma a poder estabelecer uma relação de ajuda que seja importante para a sua recuperação.

Ainda realizei apenas duas entrevistas com esta utente, mas já foi possível observar que existe um grande sofrimento interior e uma grande necessidade de exprimir as suas angústias, apenas necessita de alguém que a ouça, que lhe ajude a traçar objectivos e metas atingir ao longo da sua vida. Sendo, neste aspecto que poderei desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Tentarei que as nossas entrevistas decorram num ambiente calmo e protegido, para que esta consiga exprimir as suas angústias e ansiedades de forma a promover o seu auto-conhecimento e melhorar a sua auto-estima. Terei a preocupação de conhecer os seus interesses e encontrar algumas estratégias que possam minimizar o sofrimento causado

por esta patologia para que, quando tiver alta do internamento inicie uma nova etapa da sua vida.

Espero, desta forma adquirir conhecimentos essenciais para a minha formação e intervir com sucesso nesta utente com patologia psiquiátrica em fase aguda.

24 de Maio de 2011

Ao longo deste estágio, tenho completado um leque de experiências e vivências que serão importantes para o meu percurso formativo. Uma patologia que provocou em mim um grande interesse foi a esquizofrenia.

Nos indivíduos portadores de doença mental uma grande maioria sofre de Esquizofrenia, a qual tem uma prevalência elevada, cerca de 1% da população.

O indivíduo com Esquizofrenia torna difícil a sua relação conjugal/ familiar devido à perda do contacto com a realidade, pensamentos desorganizados, alteração da percepção e do funcionamento social e laboral.

A Esquizofrenia é uma doença heterogénea tanto na sintomatologia, como no percurso e prognóstico. Em grande medida a possibilidade de uma remissão e recuperação social estão dependentes da precocidade, adequação e continuidade da terapêutica.

As pessoas portadoras de Esquizofrenia são vulneráveis, necessitam de protecção e de quem assegure os seus direitos. Neste serviço os Enfermeiros fazem-no estabelecendo com eles uma relação coesa, de proximidade e de empatia, o que explica a preocupação com os problemas que os utentes têm na comunidade.

Neste âmbito, irei descrever e analisar um caso presente neste local de estágio que me permitiu reflectir na importância do Enfermeiro Especialista na área da Saúde Mental e Psiquiátrica.

Trata-se de um doente com o diagnóstico de Esquizofrenia paranóide, que tem vindo a apresentar um comportamento cada vez mais reservado, isolado do grupo, humor disfórico. Pouco coerente com os resultados esperados pela equipa, após ter sido submetido a um ciclo de oito sessões de electroconvulsivoterapia.

Não havendo ganhos com o tratamento deste doente, muitas dúvidas e preocupações foram surgindo na equipa multidisciplinar. Um dia a Enf^a Olga recordou-se que, por duas vezes, o único amigo do utente (único contacto que este tem com o exterior) se tinha comprometido a levá-lo a visitar a filha, que vive com a mãe na Costa da Caparica. Compromisso que nunca foi cumprido pois faltou nos dias combinados.

Esta situação foi assim vivenciada pelo utente, de forma negativa, provocando manifestações psicossomáticas, tais como a queixas relacionadas com os olhos, referindo falta de humedificação, fotosensibilidade, que por sua vez leva-o à bizarria de usar óculos de sol no serviço e falar com os outros sem os retirar.

Num dia, em conversa com o próprio, este revelou-me ter sido vítima de maus tratos, infligidos pelo pai, que era alcoólico e nunca ter tido carinho por parte da mãe, pelo que foi criado pelos avós.

Referindo Coimbra de Matos, os primeiros tempos de vida são muito importantes, as falhas empáticas na relação precoce mãe - filho, levam a que este não desenvolva intropatia e a sua mente não se desenvolva criativamente, levando-o ao sonho falhado. Não desenvolve um narcisismo saudável devido às falhas empáticas, levando-o a comportamentos de submissão, conformismo e adaptação ao exterior, não havendo espaço para o desejo próprio e fantasias. Estes sentimentos de frustração acabam por gerar uma acumulação de tensões e uma irritabilidade no funcionamento orgânico que o autor apelida de raiva amordaçada.

Analisando a infância deste utente, enquadramo-lo na teoria desenvolvida pelo autor supracitado. A relação empática com a mãe não se desenvolveu, pois esta, sempre o negligenciou, manifestando-se sintomaticamente no utente, na aquisição tardia da linguagem (começou a falar apenas com 5 anos) e no controlo de esfíncteres (sofreu de enurese até aos 8 anos).

Teve sempre uma infância infeliz, pois os avós criaram-no, com uma educação bastante rígida, obrigando-o sempre a atitudes de submissão e conformismo. Como os avós eram seguidores da Igreja Evangélica, ele também foi obrigado a ingressar nessa comunidade.

Começou a trabalhar muito cedo, tendo manifestado os primeiros sintomas da Esquizofrenia logo na adolescência, após tratamento teve remissão da sintomatologia durante longos anos. Emigrou para a África do Sul, que recorda como tempos felizes, sem ter quem o controlasse, mas referindo sempre uma baixa tolerância aos comentários depreciativos, pois lembrava-se logo dos pais.

Quando veio da África do Sul, casou-se com uma mulher dominadora, que o maltratava e menosprezava as suas opiniões, não o deixando interferir em nada na vida conjugal, nem mesmo na educação da filha.

Este casamento acabou em divórcio e na separação com a filha, que ficou à guarda da mãe, indo viver com esta e com os avós. O utente reagiu a estas situações com o aparecimento de sintomatologia positiva da sua doença. Deixando de conseguir desempenhar as suas funções laborais, perdendo o poder económico, perdendo os amigos, apenas lhe ficando este tal amigo, da Igreja Evangélica. É ele que tem o contacto da ex-mulher e da filha do utente, mas recusa-se a partilhar com a equipa.

A equipa de Enfermagem ao deparar-se com esta situação, não ficou indiferente. Através da Assistente Social, contactou-se o amigo do utente e, ficou a promessa de que este o acompanharia no Domingo à Costa da Caparica. Caso este volte a falhar, situação já recorrente, com todos os constrangimentos que tem acarretado a nível psico-fisiológicos ao utente, a Assistente Social prontificou-se a acompanhá-lo na visita à filha.

Esta promessa deixou o utente mais reconfortado, mas de qualquer forma mantém-se apreensivo pela reacção da filha, que neste momento tem 13 anos e que “não o aceita como pai, referindo-se a ele como sendo uma pessoa que não presta, assim como toda a sua família e que deve permanecer no Hospital, pois não serve para nada” sic.

No entanto, o utente desculpabiliza a filha por este comportamento culpabilizando-se, considerando-lhe esse direito, pois este tem uma doença que não o deixa ter o comportamento que os outros consideram adequado.

Este utente encontra-se numa dualidade, primeiro refere que a coisa que mais prazer lhe dá é estar com a filha, mas depois apresenta-se apreensivo com a recepção desta. É de salientar que este utente teve ideias de morte persistentes, com tentativas de suicídio, neste momento, após as sessões de Electroconvulsivoterapia, parecem ter desaparecido.

A equipa de Enfermagem encontra-se atenta a esta situação, para tentar minimizar os seus efeitos negativos, tendo sempre como finalidade, manter a pessoa integrada na sua família. Pretende-se que depois de ultrapassada a situação de crise, o utente seja restituído à sua família. e aí permanecer o máximo de tempo possível, numa situação de equilíbrio e bem estar.

Segundo TOWNSEND (2002), “a avaliação do funcionamento da família é realizada através da observação do tipo de comunicação, a aprovação amor e comportamento que transmitem confiança, as expectativas visíveis na flexibilidade ao serem realistas e

respeitarem a individualidade, a postura perante a diferença, a interacção dos membros atendendo às necessidades individuais, e o ambiente familiar relacionado com a confiança, os afectos e a estimulação para o crescimento adequado”.

Para finalizar, não posso deixar de referir que, de facto, cuidar não é apenas dar terapêutica, que o distanciamento familiar e clínico pode, por vezes, gerar mais sofrimento do que a própria doença. Neste caso concreto, o utente tão pouco valorizado na sua vida, quer pelos familiares quer pela sociedade, apenas se sente acarinhado, cuidado e importante pela equipa multidisciplinar do serviço onde se encontra internado, levando-o a uma relação de confiança, de amizade.

A equipa teve uma relação de ajuda para com este utente, teve a virtude de partilhar o sofrimento do outro e com o outro, observando-o de uma forma holística. Na perspectiva do cuidar, assume-se como essencial na relação de ajuda, sendo uma das vias para a humanização dos cuidados.

A oportunidade de participar nesta intervenção foi gratificante pois trabalhei com pessoas que apresentaram uma sensibilidade e disponibilidade para o outro, que foi para além do campo profissional. Sendo esta é a essência do cuidar, o privilégio de me tornar Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

ANEXO III

(Entrevista de Enfermagem)

Planeamento da Entrevista

No dia 10 de Maio cerca das 11 horas o sr. M.R. deu entrada no serviço vindo do serviço de urgência.

Com o objectivo de conhecer melhor o utente, aprofundar/compreender as suas necessidades e dificuldades e planificar cuidados personalizados e de qualidade, abordei-o de forma assertiva e propus-lhe a realização de uma entrevista.

Expliquei-lhe os objectivos/finalidade da entrevista, salientando o respeito pela confidencialidade e facultatividade. Desta forma, o utente mostrou-se disponível para a intervenção.

Tempo da entrevista: 30 minutos;

Data da entrevista: 13 de Maio 2011

Local: Gabinete de Enfermagem

Tipo de Entrevista: Semi-estruturada

Forma de registo de dados: Realizadas notas em suporte de papel

I- Dados Biográficos

Identificação

§ Nome: MR

§ Idade: 54 anos

§ Género: Masculino

§ Estado Civil: Casado

Nacionalidade: Portuguesa

Escolaridade: 2º ciclo

Família / Habitação: Vive com a esposa e um filho

Profissão / Ocupação: Desempregado

II- Dados Clínicos / Avaliação do estado mental

Percepção: Sem alteração da percepção no momento da admissão

Pensamento: Sem alteração do pensamento no momento da admissão

Insigth / Juízo crítico

§ Insigth (Consciência Emocional): Sim

§ Juízo crítico (capacidade para perceber e avaliar adequadamente a sua realidade e a exterior): Sim

Humor e emoções: Apresenta humor depressivo (refere “só quero estar sozinho”)

Aspecto e Comportamento

§ Idade Aparente: Coincidente com a real

§ Actividade Motora: Normal, sem alteração

§ Atitude: retraído mas colaborante

§ Atenção: Captavel e Fixavel

§ Vestuário e higiene: Maus cuidados de higiene.

Discurso e linguagem: Apresenta discurso coerente e lentificado

III- Dados Clínicos

Proveniência

Serviço: Urgência

Tem Espólio: Sim

Motivo de Internamento

Motivo: Tentativa de suicídio por enforcamento

Internamento Compulsivo: Não

Antecedentes

Pessoais: Asma e Enfisema pulmonar

Familiares: Desconhece

Abuso Substâncias: Abuso de bebida alcoólica nos últimos meses

Hospitalização Psiquiátrica

Outros internamentos: Não

IV-Exame Físico

Sinais Vitais

Temperatura (°C): 36,3

TA: 121/73 mmHg

FC: 119bat/min

Glicémia Capilar: 224 mg/dl

Saturação de Oxigénio: 88%

Avaliação da Visão / Audição:

Visão: Mantida

Audição: Mantida

Avaliação Ponderal

Peso: 70 kg

Altura: 170 cm

Alergias

Alimentos: Desconhece

Fármacos: Desconhece

Pele e mucosas

Alteração da integridade: Pele corada e descamativa

V- Dados Biográficos / Família / Habitação

Pessoas de Referência

Habitação/ Contacto: Não foi fornecido nenhum contacto

VI-Orientação e Cognição

Orientação

Temporal: Sim

Espacial: Sim

Alopsíquica: Sim

Autopsíquica: Sim

Consciência

Estado de consciência: Consciente

Memória: Sem nenhuma alteração observada

Dados relevantes: O utente residiu durante 15 anos na Suíça tendo regressado a Portugal no final de 2010. A esposa e o filho permaneceram em Portugal.

Entrevista

Iniciei a entrevista fazendo novamente uma apresentação pessoal e clarificando objectivos e aspectos pragmáticos da entrevista

Permiti que o utente escolhesse onde se queria sentar e eu coloquei-me não muito distante mas tendo em atenção a sua área de conforto.

No início o Sr. MR encontrava-se um pouco retraído mas gradualmente foi ficando mais à vontade, colaborando de forma adequada. Apresenta humor deprimido, com discurso coerente e menos lentificado em comparação com o momento da admissão.

Comecei por tentar perceber se este tinha noção de onde estava e o motivo pelo qual tinha dado entrada na Urgência. “Sei, estou no hospital dos malucos”, “Tentei matar-me... já não estou cá a fazer nada.”. Ao referir estas frases desviou o olhar para o chão mas disse-o com uma frieza, alguma raiva com uma rigidez afectiva demonstrada pelo seu tom de voz.

Expliquei e clarifiquei-o em relação à sua percepção do tipo de hospital e o motivo pelo qual estava ali. Disse-lhe que toda a equipa de profissionais estaria pronta para o ajudar e ouvi-lo e que esta entrevista era importante para compreender as suas motivações.

Observando-o mais calmo, continuei com a entrevista “Apercebo-me que esta situação o perturba um pouco...Quer contar-me o que o motivou a isto?”

Foi então que o Sr. MR deixou “cair a máscara” de inatingível e com um discurso lentificado e fâcias triste contou-me que estava a trabalhar na Suíça há 15 anos e todos os meses enviava a maior parte do ordenado para a esposa (que se encontrava a viver em Portugal), com o objectivo de sustentar a família. Era difícil vir a Portugal, apenas vinha de 3 em 3 meses ou até chegava a ser de 6 em 6 meses. No entanto, por motivos que não quis referir (apenas disse que teve problemas com o patrão) foi despedido e regressou a Portugal em Dezembro de 2010. Quando cá chegou, deparou-se com uma realidade impensável “Nunca imaginei que isto iria acontecer comigo...” Neste momento apresenta uma labilidade emocional que ainda não tinha sido observada. E quase a chorar conta-me finalmente o que se passou...

O filho era toxicodependente e todo o dinheiro que enviava para casa, era para manter a dependência do filho, pois este ameaçava a mãe chegando a vias de facto. A esposa do sr MR para não o preocupar escondeu-lhe toda esta situação.

O utente em questão desde Novembro que se refugiou no álcool, segundo ele “Foi para me esquecer de tudo...”. Pelo que o questionei se tinha conseguido esquecer-se: “No momento sim, mas este pesadelo tem andado sempre atrás de mim... o meu filho é um drogado e a minha mulher é uma mentirosa”.

Ao longo da entrevista observei uma alteração do comportamento do utente inicialmente demonstrava-se ríspido e com um discurso seguro mas ao longo da entrevista conforme fui conseguindo abordar o assunto central do seu internamento foi apresentado uma maior

labilidade emocional e um discurso mais inseguro, percebendo nesta altura que necessitava mesmo de ajuda.

Esta entrevista foi muito gratificante para mim tanto como profissional, futuro Enfermeiro Especialista de Saúde Mental como a nível pessoal. Penso que consegui estabelecer uma relação de confiança com o Sr. MR e desta forma adquirir informação fundamental para o seu tratamento.

A escolha por uma entrevista semi-estrutura foi importante pois permitiu uma melhor expressão de pensamento e de emoções.

Concluí a entrevista agradecendo o que partilhou comigo e reforçando que apesar de ser uma situação complicada todos os profissionais de saúde pretendem ajudá-lo.

Sendo um primeiro contacto com o utente, não fui muito rigoroso nas questões deixei-o mais à vontade deixando-o ir sempre até onde se sentia mais cómodo.

Finalizo, marcando com o sr MR uma próxima entrevista para poder-mos refletir sobre mais alguns assuntos e apresentar lhe algumas sugestões para o poder ajudar.

Fico com a percepção de que o sr MR se encontra muito deprimido e se sente sozinho, sem nenhum apoio, tem plena noção de que tem uma família não se encontra funcional e tudo o que sempre lutou já não faz sentido.

Diagnósticos de Enfermagem e Intervenções

1- *Risco de Suicídio* (sendo a tentativa de suicídio o motivo de internamento)

Abordar directamente o assunto com o utente, percebendo se este ainda mantém ideação e um plano estruturado; Gerir um ambiente seguro para o utente – Remover todos os objectos potencialmente perigosos a que o utente tem acesso (objectos cortantes, tiras de tecido, cintos, gravatas, objectos de vidro, álcool). Supervisionar de forma próxima as refeições e administrações terapêuticas. Efectuar revistas ao quarto na medida do necessário. A segurança do utente deve ser uma das prioridades da equipa de enfermagem; Formular um contracto verbal com o utente de que este não auto-inflija dano durante um período de tempo específico; Responsabilizar o utente pela sua segurança; Colocar o utente num quarto próximo do gabinete de enfermagem, não

providenciar um quarto individual; Acompanhar o utente nas diversas actividades se justificar-se; Estar à alerta para o suicídio e tentativas de fuga de forma a facilitar a detenção de comportamentos danosos; Efectuar rondas frequentes, em intervalos irregulares (especialmente à noite, ao amanhecer, nas mudanças de turno, ou outros períodos em que a equipa está e evitar que a vigilância pela equipa se torne previsível. É importante termos a noção onde o utente se encontra, previsivelmente ocupada); Encorajar o utente a expressar sentimentos verdadeiros, incluindo fúria, providenciar formas de libertar hostilidade se necessário.

2- *Auto-estima Diminuída*

Estabelecer uma atitude de aceitação relativamente ao utente e ao seu negativismo de forma a reforçar os sentimentos de valorização pessoal; Disponibilizar tempo para estar com o utente para se poder trabalhar sentimentos de aceitação e de valorização pessoal; Auxiliar o utente a reconhecer e a centrar-se naquilo que já alcançou e nos seus pontos fortes; Minimizar a atenção a falhas do passado (reais ou percebidas); Encorajar a participação em actividades de grupo através das quais o utente possa receber feedback positivo e suporte dos seus pares; Auxiliar o utente a identificar áreas que gostaria de mudar nele próprio, oferecer assistência na resolução de problemas direccionadas nesse sentido; Assegurar que o utente assume a responsabilidade pelos seus próprios comportamentos; Ensinar técnicas de assertividade para ter capacidade de reconhecer a diferença entre comportamentos passivos, assertivos e agressivos; Ensinar ao utente técnicas de comunicação efectivas, para reforçar e aumentar a auto-estima através da capacidade de interagir com os outros de uma forma assertiva; Oferecer reconhecimento e feedback positivo pelos objectivos alcançado e às tarefas desempenhadas de forma independente;

3- *Interacção Social Comprometida*

Disponibilizar tempo para estar com o utente, mesmo que seja apenas estar sentado em silêncio junto do utente por um determinado período; Desenvolver uma relação terapêutica enfermeiro / utente através de contactos constantes e de atitude aceitação, mostrar uma atitude positiva incondicional; Encorajar o utente a participar em actividades de grupo, acompanhando o utente nas primeiras vezes com o intuito de oferecer apoio;

Ensinar, ao utente, técnicas de assertividade; Estabelecer um plano de actividades terapêuticas e oferecer um horário detalhado; Ensinar ao utente habilidades que podem ser utilizadas na aproximação aos outros de uma forma socialmente aceite; Oferecer reforços positivos ao utente por este voluntariamente interagir com os outros.

4- *Interação de Papéis Comprometida*

Determinar qual o papel habitual do utente no seio do sistema familiar e identificar os papéis dos outros membros da família; Estimular o doente a discutir os conflitos vividos no seio do sistema familiar e identificar o modo como o doente e os outros membros da família responderam a esses conflitos; Ajudar o doente a identificar os sentimentos associados aos conflitos familiares; Ajudar o doente a identificar as mudanças que ele gostaria que ocorressem no seio do sistema familiar; Estimular a participação da família no estabelecimento de planos que visem mudanças positivas e que actuem na resolução do conflito; Permitir a participação de todos os membros da família no estabelecimento de um plano de mudança; Assegurar que o doente tenha uma percepção precisa das expectativas do seu papel no seio do sistema familiar.

Avaliação Final

Durante o internamento penso que consegui estabelecer uma relação terapêutica com utente e teve um papel importante nas intervenções realizadas. A relação de confiança e compreensão estabelecida entre nós possibilitou que este percebesse que a sua situação era complicada e difícil de aceitar mas que tinha solução. Demonstrou-se sempre colaborante e aceitou bem o plano estabelecido.

Numa situação mais formal o utente contou-me que um dia, quando estava sob o efeito do álcool tentou agredir a esposa, segundo ele foi o comportamento de que mais se arrepende. Pois continua a amá-la mas o facto de o ter deixado de fora dos assuntos da família deixou-o desesperado.

ANEXO IV

(Actividades terapêuticas desenvolvidas no CHPL - Polo Julio de Matos CPIII)

Actividade: **Momento das Artes**

Moderador:

Enf.º. Estagiário Nuno Miranda

Enf.ª Especialista Olga Valentim

Local: CHPL- Pólo Julio de Matos, Clínica P. III – Ginásio

Data: 2 de Maio de 2011

Duração: cerca de 50 minutos

Destinatários: Utentes do serviço, com excepção de utentes com marcada actividade produtiva ou que não estavam motivados

Material:

Û Papel de cenário

Û Lápis de cera

Objectivos:

Û Facilitar expressão de sentimentos através do desenho,

Û Promover o respeito pelo espaço do outro,

Û Promover a partilha;

Û Promover a auto-estima;

Û Promover a interacção entre o grupo.

Papel do Moderador:

Û Identificar qualquer dificuldade na compreensão da sessão,

Û Fornecer informação sempre que achar conveniente;

Û Identificar se existe algum desagrado na participação da sessão,

Û Zelar para que todos os utentes participem;

Û Evitar comportamentos desadequados.

Utentes Participantes:

A. O., M. A., P. P., J. P., N. U. e B. S.

Descrição da actividade:

No âmbito desta actividade, foi proposto aos utentes que dessem largas à sua imaginação e criatividade e que partilhassem a mesma folha de papel de cenário e os lápis de cera de forma a exprimirem os seus sentimentos através do desenho e pintura

Avaliação da Actividade

Esta actividade teve a participação de seis utentes que se encontravam internados no serviço.

Inicialmente, procedeu-se à explicação da actividade e do tempo previsto. Foi explicado que a participação era facultativa e que os utentes poderiam sair se o desejassem. É de salientar que foi garantida a confidencialidade da sessão.

Ao longo da actividade foi possível observar que os utentes partilharam os lápis, o espaço na tela e houve ainda desenhos em colaboração, demonstrando assim espírito de equipa, de partilha e de respeito pelo outro. Esta sessão foi muito interactiva, todos os utentes participaram,

No final foi proposto aos utentes que descrevessem e reflectissem o que tinham desenhado:

O A. desenhou uma árvore, o mar e um barco, referindo ser a Costa da Caparica onde a filha vive e ter sido uma paisagem que ele viu quando a foi visitar. A árvore estava envolta por um risco vermelho para o qual, deu a justificação de ser apenas por uma questão estética.

A M. desenhou um morangueiro por gostar muito de morangos e uma borboleta por ter o seu início num bicho feio que é a lagarta e evoluir até à perfeição, que é a borboleta.

A P. desenhou uma árvore de frutos e flores porque gosta muito da natureza.

O J. desenhou um raio que atravessa um cérebro e por baixo o título de uma canção dos Pink Floyd “O dano cerebral”. Também desenhou uma casa grande e uma árvore pois gosta de grandes espaços e de calma.

O N. desenhou o sol, pois se ele não existisse não haveria planeta, montanhas que identificou como sendo do Bangladeche, levando-o a partilhar algumas vivências connosco, mas acabando por nos confidenciar que gostaria de voltar ao seu país apenas como visita, pois quer continuar em Portugal. Também desenhou um barco de transporte, no qual se lembra de viajar nos rios do seu país.

O B. desenhou uma paisagem e uma casa por referir ter saudades de voltar para a sua casa. Também em colaboração com a P. desenharam o mar e um barco, que os levaria para longe.

Para concluir a actividade a tela foi colocada numa parede do ginásio, tendo sido o local escolhido pelo grupo.

Esta actividade permitiu desenvolver a interacção, socialização e a partilha de experiências entre os utentes participantes.

De uma forma geral, o grupo mostrou-se muito satisfeito com a actividade e referiram que gostavam de repetir, atingindo assim os objectivos da actividade.

Actividade: **Passeio ao Parque**

Moderadores:

Enf.º Estagiário Nuno Miranda

Enf.ª Especialista Olga Valentim

Data: 13 de Maio de 2011

Local: Parque de Saúde do CHPL

Duração: cerca de 60 minutos

Destinatários: Utentes do CHPL- Pólo Júlio de Matos, Clínica P. III, com excepção dos utentes com internamento compulsivo.

Objectivos:

- Û Promover a interacção entre o grupo;
- Û Ajudar a diminuir a ansiedade;
- Û Treino de competências sociais

Papel dos moderadores:

- Û Proporcionar aos utentes um passeio ao parque,
- Û Orientar os utentes para se manterem em grupo,
- Û Promover o treino de competências sociais,
- Û Evitar comportamentos desadequados;
- Û Estar alerta para qualquer sinal de ansiedade ou agitação psicomotora, evitando danos para o próprio ou para terceiros.

Utentes Participantes: A.O., F.T., J.C., A.F., V.P., M.F., P.P., A.M.

Descrição da actividade:

Numa manhã em que estava uma temperatura agradável foi proposto aos respectivos utentes a realização de um passeio ao exterior. Foi então reunido o grupo e informado

sobre os objectivos do passeio e regras que deveriam ser preservadas, para a interacção ser agradável e benéfica para todos. Estas indicações foram bem aceites por todos. Foi ainda sugerido que o passeio fosse conduzido pelos utentes.

Ao longo do percurso, foram identificados alguns pavilhões, nomeadamente os relacionados com áreas de assistência aos utentes como a alimentação, a farmácia, a patologia clínica.

Seguidamente foi feita uma paragem na esplanada do restaurante central, permitindo aos utentes a compra de bebidas e alimentos – com o seu próprio dinheiro, sendo eles a geri-lo.

Foram escolhidos temas de discussão pelos mesmos, estabelecendo assim o diálogo.

O regresso ao serviço foi feito por outro caminho.

Avaliação da Actividade:

O passeio decorreu sem intercorrências, todos os participantes mostraram-se muito satisfeitos. Foram todos muito participativos e preocupados com o grupo, nomeadamente com o A.O., que por se encontrar com alguma acatisia, tinha dificuldade em acompanhar o grupo, tentando combater essa dificuldade foi de braço dado com um moderador.

No geral todos os utentes tiveram um comportamento adequado, demonstraram sempre boa disposição. Tiveram sempre um discurso coerente relacionado com situações vividas no passado. Foi abordada ainda a importância do cumprimento da terapêutica recorrendo às experiências dos utentes. Apenas a P.P. apresentou períodos de verborreia mantendo pensamento delirante e a elação do humor, no entanto, perante a chamada de atenção dos outros utentes conseguiu controlar o seu comportamento.

Também é de salientar que o A.O. ao ver que o F.T. queria comprar um pacote de batatas fritas e não tinha dinheiro, pagou-lhe, demonstrando assim um espírito de solidariedade e de partilha.

A opinião final foi satisfatória, a maioria dos utentes referiu que esta actividade os ajudou a melhorar o conhecimento uns dos outros, ajudou a quebrar a barreira com o mundo

exterior e a reflectir sobre si mesmos e até a encontrarem soluções para alguns dos seus problemas, na comparação com as histórias de vida dos outros.

Actividade: **Reunião Comunitária**

Moderador:

Enf.^a Especialista Olga Valentim

Enf.º Generalista, Enf.º Frederico

Enf.º Estagiário Nuno Miranda

Local: CHPL- Pólo Júlio de Matos, Clínica P. III - Sala de convívio

Data: 24 de Maio de 2011

Duração: cerca de 90 minutos

Destinatários: Utentes internados na CP III, com excepção de utentes sem motivação ou com marcada actividade produtiva.

Material:

- Û Sala espaçosa com boa acústica,
- Û Cadeiras - colocadas em círculo
- Û Livro das actas.

Objectivos:

- Û Promover a comunicação e relacionamento entre os utentes e a equipa multidisciplinar;
- Û Informar/Esclarecer as normas do serviço, após identificar as necessidades dos utentes, através da verbalização dos mesmos ou da avaliação feita pelos técnicos;
- Û Ajudar a diminuir a ansiedade relacionada com a hospitalização; após identificar as perturbações/comportamentos que desencadearam a crise, que por sua vez levou ao internamento;
- Û Melhorar o *insight*, crítica para o internamento e intervenções terapêuticas.

- Û Esclarecer dúvidas.

- Û Adequar quanto possível a orgânica do serviço aos pedidos dos utentes.

Papel do Moderador:

Os enfermeiros serão elementos facilitadores, que terão por função moderar o grupo, fornecer apoio psicológico, zelando para que:

- Û Todos os elementos participem, evitando a manipulação da atenção por parte de alguns utentes;
- Û Orientar o grupo para se trabalharem em conjunto as dificuldades identificadas;
- Û Perceber quais os recursos internos de cada utente, estimulando a sua utilização e a partilha com o grupo;
- Û Fornecer informação sempre que achar pertinente,
- Û Apoiar e estimular os utentes a definirem objectivos realistas.

Utentes Participantes: 12 utentes de ambos os géneros e com idades compreendidas entre os 26 anos e os 65 anos. Os diagnósticos de enfermagem incluíam perturbações da memória, da aprendizagem, da percepção, do humor, do pensamento, do discurso e do controlo.

Descrição da Actividade:

Inicialmente preparou-se a sala, dispondo as cadeiras em círculo, de forma a facilitar a visibilidade de todo o grupo, igualando todos os elementos e informou-se os outros elementos da equipa, da realização da reunião, a fim de evitar interrupções ou ruídos. Salienta-se que esta sessão teve como base o respeito pelo direito à confidencialidade e não é de carácter obrigatório.

Após estarem reunidas todas as condições seguiu-se o seguinte plano:

Plano da Reunião:

- Û Apresentação do grupo (Enfermeiros e utentes, cada um transmite a informação que pensa ser mais pertinente).
- Û Descrição do que é pretendido e as regras a cumprir, nomeadamente respeitar o tempo de verbalização de cada um, bem como os momentos de silêncio criados por todos e só saírem quando terminar.
- Û Debate de opiniões sobre:

- ž Sentimentos experienciados durante a sua permanência no serviço (positivos e negativos)
- ž Sugestões sobre o que gostariam de mudar e manter no funcionamento do serviço
- ž A postura dos profissionais de saúde com os utentes e vice-versa.
- ž Outro assuntos que considerem relevantes.

Ů Registo da reunião em acta.

Avaliação da Actividade:

Numa avaliação geral, foi um grupo participativo e respeitador pois foi escutado/compreendido /apoiado, facilitando assim a comunicação e interacção deste.

Foi um momento de partilha entre Enfermeiros – utentes, utentes – utentes e Enfermeiros – Enfermeiros. Todos os elementos ficaram a conhecer-se melhor estabelecendo um sentimento de confiança e compreensão que irá ter repercussões no tratamento da crise.

De seguida, apresento o comportamento observado e avaliado em cada um dos utentes assim como algumas citações, fazendo assim uma descrição mais pormenorizada da sessão:

| |
|---|
| F.T. – Referiu que desejava desenvolver mais actividades no exterior “Gosto muito de passear no parque...sinto-me mais calmo quando lá estou” sic., apresentou-se com humor eutímico e discurso adequado. |
|---|

| |
|---|
| J.C. – Apesar de normalmente se isolar do grupo e de ser pouco comunicativa, interagiu bem com o grupo e sempre de forma adequada. Pediu para ser colocada música no serviço durante o dia, pois fazia-a sentir melhor. |
|---|

| |
|--|
| A.F. – Apresenta humor deprimido, sempre isolado do grupo, referiu não ter nada para dizer. No entanto observei que esteve sempre com muita atenção ao que os outros utentes referiam. |
|--|

| |
|--|
| A.P. – Referiu ter saudades do seu País (Ucrânia), mas só gostava de lá ir como visita porque gosta muito de viver em Portugal. Durante a reunião demonstrou-se muito ansiosa. |
|--|

V.P., – Apresenta humor deprimido grave e alucinações auditivas. Referiu não querer dizer nada.

M.F. – Disse que gostava de todos os utentes, da comida e do ginásio. Mostra alguma relação do humor

P.P. – Começou por falar da sua vontade de voltar para o lar e acrescentou não poder falar mais. Teve um esgotamento cerebral e ficou sem capacidades intelectuais. No entanto, foi falando, utilizando um discurso circunstancial. Apresenta ideação delirante persecutória, envenenamento, falsos reconhecimentos e alucinações auditivas.

A.M. – Como tinha entrado no serviço há poucas horas e apresentando delírios persecutórios e alucinações auditivas, referiu não ter nada a dizer.

A.O. – Esteve sempre verborreica, reivindicando contra o facto de ainda não ter ido a julgamento – pensamento delirante de cariz persecutório. Depois de ser trazida à realidade da reunião acabou por dizer “Queixar-me não vale de nada, pois nada muda” sic.

S.S. – “Há assuntos que têm de ser tratados agora, como os grupinhos que os doentes formam para depois competirem e prejudicarem-se uns aos outros. Outro aspecto é o haver funcionários melhores e outros piores, mas não maltratam ninguém. Eu não sou de esconder e falar por trás das costas. Temos de nos respeitar uns aos outros” sic. Apresenta um humor expansivo.

M.A. – Mostrou-se revoltada e triste por já estar no serviço há alguns dias e ainda não ter sido observada pelo médico. Apresenta humor depressivo grave, com ideação suicida.

P.S. - “Lá fora sempre me senti sozinha, mas aqui não” “São todos meus amigos uns mais e outros menos mas gosto muito de todos...sinto-me muito feliz”. Humor eufórico.

Tendo esta actividade envolvido utentes com múltiplos/diferentes diagnósticos de enfermagem, considero que a sessão tornou-se essencial para todos, pois foram desenvolvidas competências de orientação, de comunicação e de relação. O recurso à interacção do grupo, respeitando as regras pré-estabelecidas, permitiu que os objectivos fossem atingidos.

Desta forma, a reunião terminou com um contrato de entendimento, utilizando sempre o diálogo para esclarecer dúvidas e resolver situações problemáticas que surjam. Os utentes apresentaram-se mais calmos e mais comunicativos.

Alguns pedidos/reclamações dos utentes apresentados na reunião foram prontamente atendidos pela Equipa Multidisciplinar.

A nível pessoal foi uma actividade muito gratificante e motivadora para continuar este processo de formação

Actividade: **Movimento e Relaxamento (adaptado de Jacobson)**

Moderador:

Enf.º Estagiário Nuno Miranda

Data: 18 de Maio de 2011

Local: CHLP – Pólo Júlio de Matos, Clínica P. III – Ginásio

Destinatários: utentes internados no CHLP – Pólo Júlio de Matos, Clínica P. III

Material utilizado:

- Ü Colchão,
- Ü Rádio
- Ü Cd`s,
- Ü Bolas

Nº de sessões: 1

Duração: 30 minutos

Objectivos:

- Ü Promover o bem-estar
- Ü Diminuir a ansiedade
- Ü Promover o relaxamento
- Ü Diminuir a insónia e o cansaço
- Ü Desenvolver as capacidades sociais e relacionais dos utentes, promovendo a interacção entre os mesmos e com os profissionais de saúde.

- Û Observar os padrões de interacção e relacionamento dos utentes.

Papel dos Formadores:

- Û Evitar comportamentos desadequados;
- Û Estar alerta para qualquer sinal de ansiedade ou agitação psico-motora;
- Û Identificar se existe algum desagrado na participação da sessão,

Descrição da Actividade::

Para se iniciar esta actividade, foi formado um grupo respeitando a disponibilidade dos utentes e a vontade dos mesmos em realizá-la.

A sessão consistiu numa série de exercícios simples de movimento e flexibilidade promovendo a actividade física e favorecendo igualmente a interacção entre os vários utentes. Foram realizados exercícios de apresentação aos outros elementos do grupo (para além do nome foi pedido a cada utente que referisse uma das suas qualidades/virtudes, de forma a promover a sua auto-estima e o seu auto-conhecimento, como a relação terapêutica que se pretende criar com estes)

Na fase seguinte foi realizada uma sessão de relaxamento adaptada à de Jacobson utilizando-se colchões para que os utentes pudessem estar numa posição confortável.

Por fim, foi solicitado aos utentes que partilhassem as sensações e sentimentos experienciados durante a sessão.

É de salientar que a actividade decorreu no ginásio do serviço, tendo a preocupação de não existir interrupções ou ruídos que perturbassem a mesma.

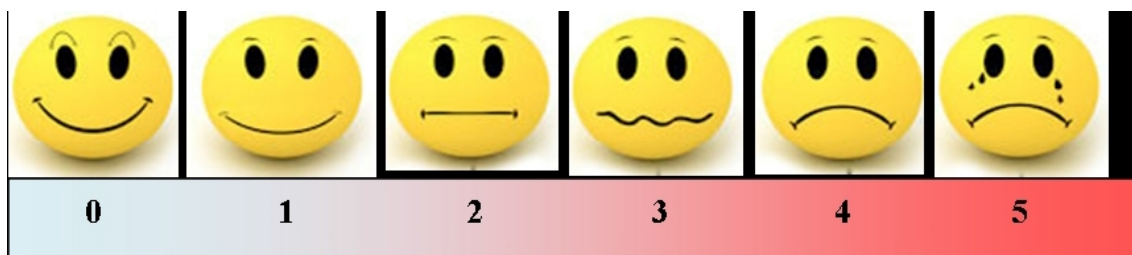
Avaliação:

- Û Análise do grupo, da participação individual, dificuldades, intercorrências.
- Û Análise do que os utentes expressam.
- Û Aplicação de escala de avaliação da ansiedade aos utentes seleccionados antes e depois da sessão

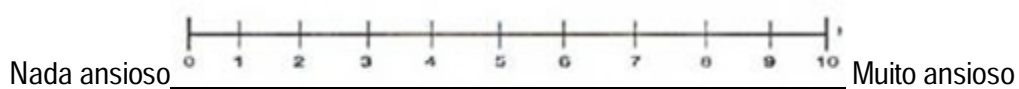
Escala de Avaliação de Ansiedade

Data ___/___/___

Como se sente?



Sente-se nervoso/ansioso?



| Utente | Antes da sessão | | | Depois da sessão | | |
|--------|------------------|--------------------|----------------|------------------|--------------------|----------------|
| | Escala das faces | Nível de ansiedade | Como se sente? | Escala das faces | Nível de ansiedade | Como se sente? |
| A | 0 | 2 | "Relaxada" | 0 | 1 | "Harmonia" |
| B | 2 | 5 | "Inquieto" | 1 | 3 | "Calmo" |
| C | 4 | 8 | "Revoltado" | 3 | 7 | "Revolta" |
| D | 1 | 3 | "Feliz" | 0 | 1 | "Contente" |
| E | 0 | 2 | "Satisfeita" | 0 | 1 | "Feliz" |
| F | 3 | 1 | "Harmonia" | 1 | 0 | "Paz" |
| G | 2 | 0 | "Preocupada" | 1 | 0 | "Campeã" |
| H | 1 | 5 | "Feliz" | 0 | 0 | "Relaxada" |
| I | 1 | 8 | "Feliz" | 0 | 1 | "Feliz" |
| J | 2 | 2 | "Feliz" | 0 | 0 | "Bem" |
| K | 2 | 3 | "Triste" | 1 | 1 | "Calmo" |
| L | 2 | 4 | "Triste" | 2 | 0 | "Bem" |
| M | 3 | 3 | "Chateada" | 2 | 1 | "Tranquila" |
| N | 2 | 4 | "Preocupado" | 1 | 2 | "Relaxado" |

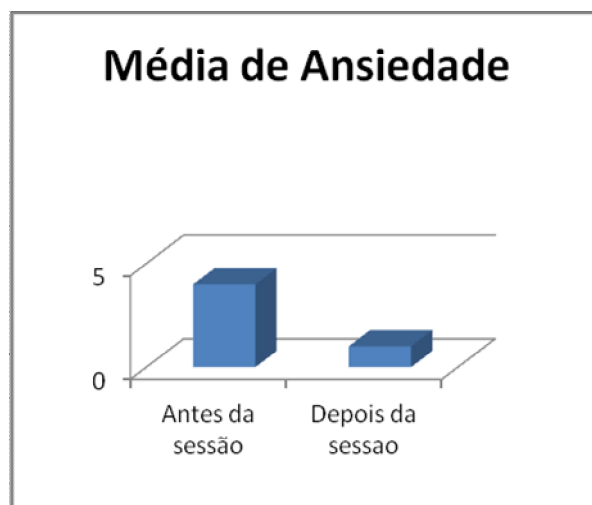


Gráfico1: Comparação entre a média de ansiedade no início da sessão com a média de ansiedade depois da sessão

Através dos resultados obtidos (gráfico 1), tendo em conta que “0” significa que não está nada ansioso e que “10” está muito ansioso, verifica-se que a actividade teve um efeito positivo na diminuição da ansiedade nos utentes participantes.

Ao longo desta actividade fui observando as diferentes posturas dos utentes participantes. Inicialmente sentiam-se um pouco constrangidos e desconfiados, dificultando o atingimento do estado de relaxamento. Mas ao longo da sessão ficaram mais concentrados, consegui captar a sua atenção e a maioria dos utentes sentiu-se mais calma.

No final, da sessão propus aos utentes que manifestassem os sentimentos experienciados ao longo da sessão. No geral, todos gostaram e mostraram vontade de repetir.

Actividade: **Musicoterapia**

Moderador:

Enf.º Estagiário Nuno Miranda

Data: 18 de Maio de 2011

Local: CHLP – Pólo Júlio de Matos, Clínica P. III – Ginásio

Duração: cerca de 60 minutos

Destinatários: utentes internados no CHLP – Pólo Júlio de Matos, Clínica P. III

Objectivos:

- Û Estimular a expressão de sentimentos verbalmente e através de movimento
- Û Desenvolver competências na comunicação com os outros
- Û Estimular a atenção e a concentração
- Û Promover o relaxamento, resultante do gasto de energia física

Material:

- Û Cadeiras colocadas em círculo,
- Û Leitor de CD`s e

ü 3 CD`s – música clássica, fado e tradicional portuguesa.

Utentes Participantes: 10 utentes –V.P., A.O., F.T., A.C., F.P., A.B., M.F., P.P., A.M., M.A.

Os diagnósticos de enfermagem dos primeiros cinco utentes, são o humor depressivo grave com ideias de suicídio, alucinações auditivas com vozes que falam entre elas e, que por vezes interferem na sua gestão de vida. F.P. tem alucinações visuais verbalizadas como luzes coloridas no chão. Os outros utentes apresentam humor depressivo grave

Descrição da Actividade:

No início da actividade procedeu-se à apresentação dos participantes da seguinte forma: tocavam na pessoa do lado

Apresentação dos participantes: tocar na pessoa do lado e dizer o seu nome e da flor preferida;

Depois procedi à explicação da actividade, referindo os objectivos desta.

A primeira música foi escolhida por – clássica e aleatoriamente, cada um expressou o sentimento que esta lhe provocou.

Desta forma, seguiu-se outra música permitindo a escolha dos utentes. A seleccionada foi o fado e de novo expressaram os sentimentos sentidos, por último e novamente a pedido dos utentes, ouviu-se músicas tradicionais e de novo expressão de sentimentos.

Ao longo da actividade também foi proposto que manifestassem os seus sentimentos através de expressão corporal.

No final pedi a opinião individual sobre estes momentos vivenciados.

Avaliação da Actividade:

No início da actividade todos os utentes apresentavam humor depressivo com isolamento do grupo, cada um ocupava um espaço “distante”, existia um espaço virtual entre eles. Mas quando se iniciou a apresentação destes tendo sido pedido o contacto físico com os outros, começou um processo de abertura e de interacção entre o grupo.

A primeira música trouxe sentimentos de tristeza, angústia e foi unânime entre todos a decisão de não a escutarem até ao fim. Apresentavam-se tensos. No entanto, o M.A., foi o único que verbalizou paixão e esta era congruente com a maneira como este foi

acompanhando de olhos fechados e fantasiando uma batuta que suavemente movia como um maestro.

Perante o fado corrido os sentimentos foram de prazer, comoção, bem-estar, saudades do passado e todos se mostravam bem-dispostos. V.P. e A.B. referiram sentir-se bem, mas não quiseram falar mais.

Por último, as músicas tradicionais portuguesas, trouxeram a concretização do desejo de dançarem. Todos referiram que estas músicas alegravam o coração, que traziam recordações de felicidade e amor. A.C. que permanentemente se queixa de dores generalizadas, informou que até estas lhe tinham desaparecido naquele momento. Riam, saltavam e dançavam de mão dada, mas sempre muito adequados. No final, pediram a repetição deste CD pelo que foi concedido.

Esta actividade foi muito bem aceite pelos utentes, todos participarem e conseguiram atingir os objectivos estabelecidos para esta sessão. Todos manifestaram a vontade de repetir esta actividade.

Actividade: Como me vejo e como os outros me vêem...

Moderador:

Enf.º Estagiário Nuno Miranda

Data: 05 de Junho de 2011

Local: CHLP – Pólo Júlio de Matos, Clínica P. III – Sala de Convívio

Duração: cerca de 50 minutos

Destinatários: utentes internados no CHLP – Pólo Júlio de Matos, Clínica P. III

Objectivos:

ü Promover a interacção entre o grupo;

- Û Proporcionar a reflexão do conhecimento que cada utente tem de si mesmo;
- Û Proporcionar um momento de reflexão pessoal e em grupo;
- Û Promover a auto-estima dos utentes

Material:

- Û Cadeiras e mesa
- Û Folhas de Papel
- Û Esferográfica

Papel dos moderadores:

- Û Identificar qualquer dificuldade na compreensão da sessão,
- Û Fornecer informação sempre que achar conveniente;
- Û Identificar se existe algum desagrado na participação da sessão,
- Û Zelar para que todos os utentes participem na sessão;
- Û Evitar comportamentos desadequados;

Utentes Participantes: 10 utentes – JC, VP, AM, PM, JS, NA, LA e MS.

Descrição da Actividade:

Foram colocadas as cadeiras à volta de uma mesa para possibilitar a escrita e foi entregue uma folha a cada utente e uma esferográfica.

Cada utente ficou com um número que o identificou. No cimo da folha, cada um fez uma apreciação sintética de si próprio e depois essa folha vai passando por cada elemento do grupo, para cada um apreciar o outro, após cada apreciação é dobrada a folha em harmónio, afim de não influenciar a apreciação do próximo elemento.

Salienta-se que no início, procedeu-se à explicação da actividade. Partindo-se da premissa que era uma actividade facultativa e que a confidencialidade seria garantida.

A percepção que os utentes tinham em relação a si próprios, não deferia muito da percepção do grupo. Facto que AM justifica por terem uma boa relação de grupo e se conhecerem bem, o LA também concorda com esta opinião.

A seguir apresento as respostas dadas pelo grupo num quadro. Na primeira linha refere-se a “como me vejo” e na seguinte é “como os outros me vêem”:

| | | | | | | |
|--|--|---|--|------------|--|------------------------------|
| <p>“INTROVERTIDO, TÍMIDO, PERSONALIDADE FORTE. NA RELAÇÃO LABORAL, SOU PERFECCIONISTA E APENAS CONTO COMIGO”</p> | | | | | | |
| Simpático meigo | Conversador atencioso | e | Metódico Atento | | | |
| <p>“INTELIGENTE E MUITO AMBICIOSO”</p> | | | | | | |
| Simpático Simples | Brincalhão Bom colega | Educado Calm Divertido | Pouco comunicativo Difícil conhecer | de | Brincalhão Amigo Conversador | |
| <p>“MUITO DIVERTIDO, UM POUCO INTELIGENTE, DESENASCADO E GOSTO MUITO DE ESTAR COM A FAMÍLIA”</p> | | | | | | |
| Simpático Brincalhão Falador | Educado Simpático Bom conversador | Extrovertido Simpático Comunicativo Brincalhão | Malandro Brincalhão | Boa pessoa | Conversador Brincalhão | Simpático Conversador |
| <p>“INTELIGENTE, INTROVERTIDO E BOA PESSOA”</p> | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--------------|---|------------|-------------|------------------|-------------------------|
| Calmo | Calmo | Calmo | Calmo | Sensível | Calmo | Não tenho ainda opinião |
| Observador | Silencioso | Olhar revelador de uma patologia do foro mental | Simpático | Conversador | Introvertido | |
| Introvertido | | | | | | |
| “SIMPÁTICA, AFÁVEL, CORDIAL, COM MUITO AMOR PARA DAR, FACILITADORA DA RELAÇÃO COM AS OUTRAS PESSOAS “ | | | | | | |
| Perfil educativa | Simpática | Gosta de escrever | Nervosa | Simpática | Observadora | Boa pessoa |
| Cuidadosa | Sorridente | Sorridente | | Conversador | Boa conversadora | |
| Desembaraçada | Boa colega | Espontânea | | | | |
| | Conversador | | | | | |
| “INTELIGENTE, CULTA, MEIGA, GOSTA DE BRINCAR, DE CANTAR E DANÇAR” | | | | | | |
| Muito amiga | Calma | Trabalhadora | Alegre | Simpática | Calma | Alegre |
| Gosta de partilhar coisas | Observadora | | Divertida | | Divertida | Divertida |
| | Responsável | | Boa pessoa | | | Observadora |
| “CALMO, ACTIVO E EDUCADO” | | | | | | |
| Simpático | Simples | Amigo | Simpático | Observador | Inteligente | Simpático |
| Bondoso | Bem disposto | Bom jogador | Meigo | Boa pessoa | Bom conversador | |
| “FRÁGIL” | | | | | | |
| Cuidadoso com os outros | Cordial | Espontâneo | Simpático | Divertido | Calmo | Simpático |
| Sensível | Simpático | Trabalhador | Meigo | Calmo | Conversador | Boa pessoa |
| | Sensível | Meigo | | | | |
| | Bom | | | | | |

Avaliação:

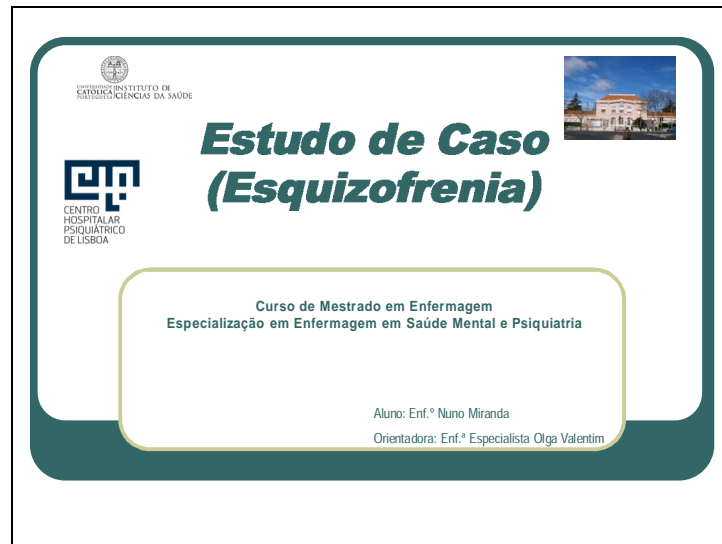
No final da sessão, os utentes partilharam o que foi escrito, o que promoveu a interacção do grupo. Todos concordaram e aceitaram a opinião dos outros.

Apenas o NA discordou com a afirmação do P em relação ao seu olhar de revelador de doença do foro psiquiátrico. Este justificou a afirmação, como querendo dizer, um olhar mais parado por estar no início do tratamento, justificação aceite pelo NA.

Como se pode verificar pelas respostas apresentadas, todos os utentes assinalaram os pontos positivos dos colegas, tendo sido este tema trabalhado na perspectiva da auto-estima.

ANEXO V

(Estudo de Caso sobre “Esquizofrenia”)



The slide features a dark green border. In the top left corner, there are logos for 'UNIVERSIDADE CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE' and 'CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA'. In the top right corner, there is a small photograph of a building. The main title is 'Estudo de Caso (Esquizofrenia)' in a large, bold, dark green font. Below the title, the course information is displayed: 'Curso de Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria'. At the bottom right, the student and supervisor names are listed: 'Aluno: Enf.º Nuno Miranda' and 'Orientadora: Enf.ª Especialista Olga Valentim'.

UNIVERSIDADE CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA

**Estudo de Caso
(Esquizofrenia)**

Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria

Aluno: Enf.º Nuno Miranda
Orientadora: Enf.ª Especialista Olga Valentim

Objectivos da Sessão

- u Apresentação de um caso clínico ,de um utente portador de Esquizofrenia do tipo paranoide;
- u Analisar o caso clínico segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman;
- u Identificar os diagnósticos de Enfermagem utilizando linguagem CIPE, para as intervenções, a classificação NIC e para os resultados esperados, a classificação NOC.

2

Caracterização do Utente

- o Nome: **M.A.**
- o Sexo: **Masculino**
- o Idade: **35 anos**
- o Data de Nascimento: **4 de Dezembro 1976**
- o Nacionalidade: **Portuguesa**
- o Vive com: **Avó paterna, que tem 93 anos; Filho de pais separados desde os seus 15 anos**
- o Escolaridade: **Licenciatura em Psicologia Social e das Organizações;**
- o Situação Laboral: **Desempregado, à cerca de 6 meses, sem meios de subsistência**

3

Motivo de Internamento

- o Internado através do Serviço de Urgência, do H. Curry Cabral em regime de internamento Compulsivo. Deu entrada no Serviço de Psiquiatria no dia 20 de Maio;
- o Surto psicótico com quadro delirante, com delírio de envenenamento e persecutório em relação a familiares e a um vizinho;
- o Quadro delirante de conteúdo sexual, em relação aos amigos;
- o Heteroagressividade dirigido a um vizinho; com dano de bens materiais e ameaças de morte;
- o Alucinações acústicas/ verbais/visuais;
- o Isolamento social;
- o Bizarrias;
- o Recusa alimentar.

4

História Clínica

- Ø Diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide,
- Ø Primeiro internamento,
- Ø Comportamentos desadequados desde criança (Baixa tolerância à frustração..)
- Ø Consumo de haxixe e heroína fumada na adolescência;
- Ø Consumo de haxixe na faculdade (Abandonou por vontade própria sem ajuda especializada);
- Ø Desde há 6 meses, bizarras e delírios de conteúdo persecutório, de envenenamento e sexuais e alterações da percepção a nível acústico/ verbais / visuais, que se têm exacerbado;
- Ø Isolamento social com heteroagressividade para terceiros,
- Ø Disfuncionalidade.

5

Enquadramento Teórico

Esquizofrenia é uma doença crónica e muito incapacitante visto ter o seu início, habitualmente no final da adolescência ou início da idade adulta, caracterizando-se por alterações graves nos processos do pensamento, da percepção e da modulação das emoções.

Ocorrendo a sua recuperação sintomática e social, apenas em cerca de 25 a 30% dos casos, apresentando na maioria uma evolução crónica ou recorrente, com sintomas residuais e recuperação social muito deficiente. (Brito 2006)



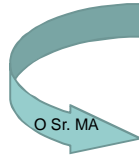
- ↳ Início da manifestação de sintomas após o Curso;
- ↳ Delírios de teor persecutório, de envenenamento e sexual;
- ↳ Alucinações Acústicas/verbais/visuais;
- ↳ Apresenta embotamento afectivo;
- ↳ Desempregado;
- ↳ Dificuldade em estabelecer relações interpessoais.

6

Enquadramento Teórico

Esquizofrenia Paranóide Subtipo de Esquizofrenia na qual se encontram os seguintes critérios: Preocupação com uma ou mais ideias delirantes ou alucinações auditivas frequentes.

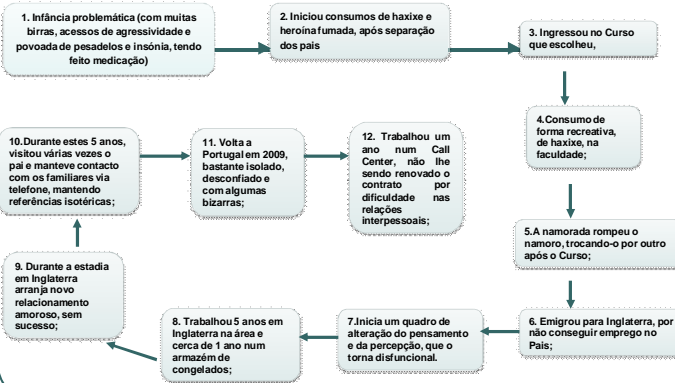
Este subtipo de esquizofrenia é o mais comum, o que melhor responde ao tratamento, por este motivo o que tem melhor prognóstico, particularmente em relação à funcionalidade e capacidade de ser autónomo.



- Û Apresenta alucinações acústico/verbais/visuais frequentes, de teor negativo.
- Û Delírios de teor persecutório, de envenenamento
- Û Teve uma boa resposta ao tratamento, com remissão total da sintomatologia.
- Û Utente teve alta funcionalante e com autonomia.

7

Percurso de Vida



8

Sintomas da Esquizofrenia (manifestados pelo utente)

↳ **Perturbações do Pensamento:** Apresenta delírios persecutórios de envenenamento e erotomaniaco

↳ **Alucinações:** Apresenta alucinações acústico/verbais

↳ **Sentido alterado de si mesmo:** Apresenta isolamento e baixa de auto-estima

↳ **Depressão e Isolamento:** Abandonou os amigos, dificuldade nos relacionamentos amorosos e nas relações interpessoais

↳ **Alterações das emoções:** Apresenta embotamento afectivo

↳ **Alterações do comportamento:** Heteroagressividade em relação ao vizinho, aos familiares; baixa tolerância à frustração

↳ **Sintomas catatónicos:** Adopção de posturas pouco habituais

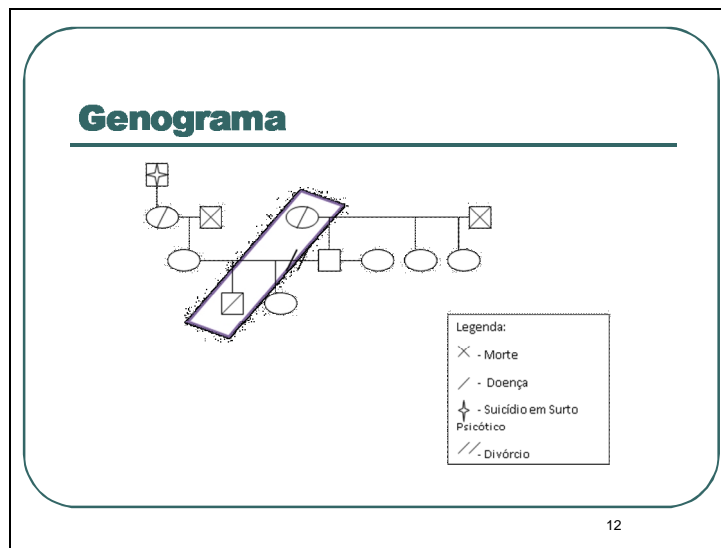
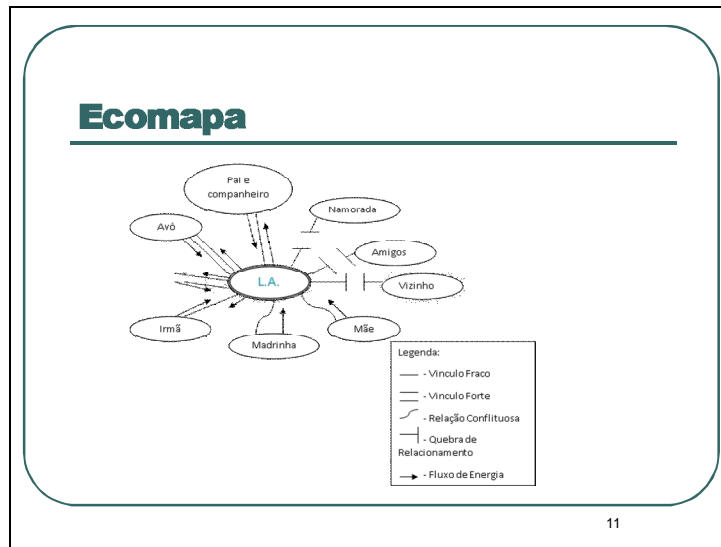
9

História Familiar

- o Filho mais velho, de pais separados desde os seus 15 anos;
- o Pai - a viver em Inglaterra com uma companheira;
- o Mãe - vive na margem Sul, participa irregularmente no campo económico;
- o Irmã - casada, vive também na margem Sul;
- o O utente coabita com a avó paterna de 93 anos, reformada e doente cardíaca;
- o Tem uma madrinha, com a qual tinha um bom relacionamento, até voltar de Inglaterra e ter vivido em casa dela, acusa-a de ter energias negativas em casa que o sugavam;

Apenas é conhecido um familiar com antecedentes psiquiátricos na família, um tio/avô materno, que se suicidou num contexto psicótico

10



Terapêutica Instituída

- Ø Clozapina 25 mg ao P.A. e 100mg ao Deitar
- Ø Invega 6mg 2cp ao P.A
- Ø Lorazepam 1cp (S.O.S.)
- Ø Prometazina 50mg I.M. (S.O.S.)
- Ø Haloperidol 5 mg I.M. (S.O.S)

13

Colheita de Dados

Utilizada a técnica da Entrevista:

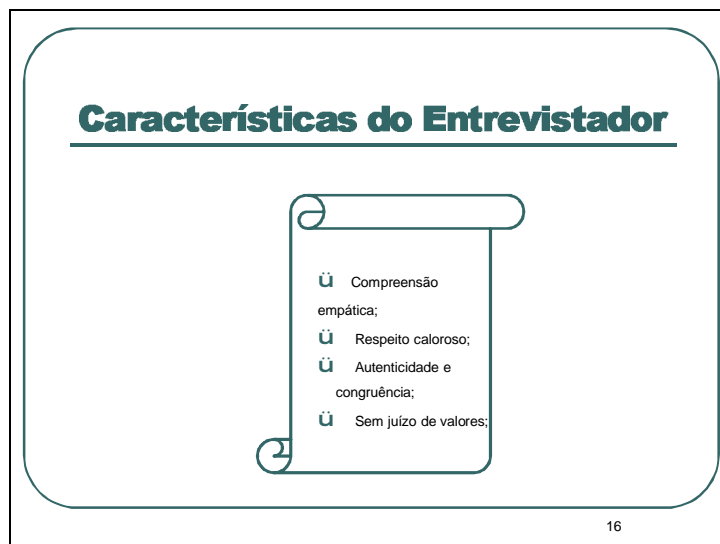
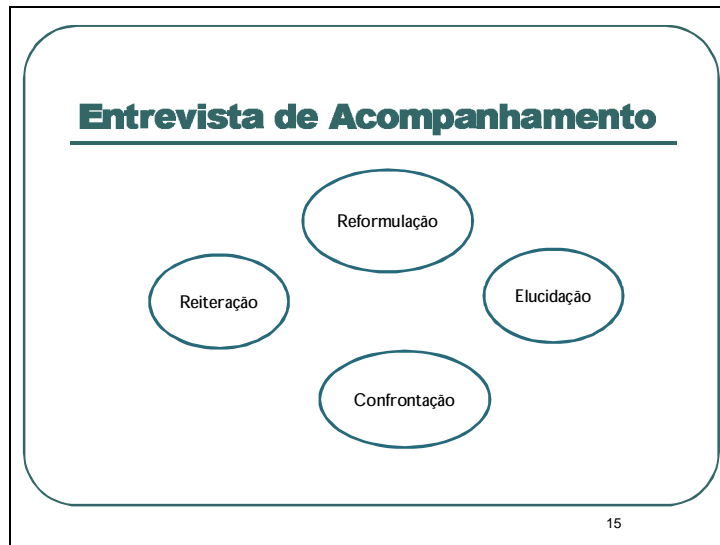
“Um tipo particular de interações verbais e não verbais entre um interveniente e um cliente, ao longo das quais os participantes utilizam certos modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, dos contextos, das suas características particulares, do conteúdo tratado, dos objectivos esperados e do tempo que acordaram para este fim” (Challifour 2008)”

1ª Entrevista de diagnóstico:

Numa perspectiva do utente } O que sabe
O que pensa
O que sente

Numa perspectiva do Enfermeiro } Consulta do processo clínico
Avaliação do estado mental do utente
Validação das informações

14



Avaliação do Utente

Apresentação e postura:

A sua idade aparente corresponde à real. Apresenta aspecto cuidado, unhas limpas e curtas, barba desleita e cabelo curto. Postura flectida e ombros descaídos;

Mímica, expressão e motricidade:

Pouca expressividade facial, apresentando por vezes um olhar hesitante, apresenta repetição de alguns movimentos, como por exemplo, tirar e colocar os óculos, esfregar os olhos, cruzar e descruzar as pernas, parecendo gestos adaptativos para controlar a tensão;

Contacto e linguagem:

Contacto simpático durante a entrevista. Discurso coerente, perceptível e fluente. Ao falar de acontecimentos negativos, elevava o tom de voz, mas sem manifestar qualquer sinal de hostilidade para terceiros Comunicação verbal e não verbal por vezes pouco coerente, pela pouca expressividade mímica;

Estado momentâneo da consciência, reflexibilidade, clareza e orientação:

Apresenta orientação temporal e espacial, autopsíquica e alopsíquica e atenção captável. Capacidade de reflexibilidade durante toda a entrevista;

Consciência de si:

Aparenta consciência de si, da sua entidade e da actividade do "EU"

17

Avaliação do Utente

Consciência do corpo:

Não foram detectadas alterações da consciência do corpo.

Os impulsos e a vontade:

No que respeita aos impulsos que o impelem a actuar, revela perspectivas estruturadas, para o futuro.

Pareceu existir valorização dos impulsos, de nível superior, com valorização e realização da vida, referindo disponibilidade em ingressar na área de reabilitação, afim de retornar à sua área profissional.

Cognição:

Consegue concentrar-se e manter atenção. Não apresenta alterações de memória. Apresenta algumas alterações a nível do pensamento que se devem à actividade delirante que se foram atenuando ao longo do internamento.

Humor:

Esteve eufímico, apresentando alguns períodos de tristeza e frustração, quando abordava alguns assuntos mais íntimos.

18

Avaliação do Utente

Cognição:

Consegue concentrar-se e manter atenção. Não apresenta alterações de memória.

Humor:

Esteve eutímico, apresentando alguns períodos de tristeza e frustração, quando abordava alguns assuntos mais íntimos.

Os afectos:

Mostra algum embotamento

Emoções:

Demonstrou preocupação e frustração em relação ao futuro.

Forma de pensamento:

Não apresenta alteração da forma do pensamento.

Conteúdo de pensamento:

O utente continua a manifestar alguma desconfiança em relação a alguns comportamentos do vizinho.

Representação:

Não aparenta alterações de representação, nomeadamente a nível da memória.

Senso-percepção:

Não verbaliza alterações a nível da percepção.

19

Avaliação do Utente

Observação física:

Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas, sem qualquer alteração física observável ou que conste no seu processo

Juízo crítico:

Apresenta evidência de juízo crítico, sobre os acontecimentos pessoais e alguma crítica em relação à sua situação actual.

Tem crítica em relação à sua doença, à necessidade de tratamento farmacológico e não farmacológico, para a sua reintegração social.

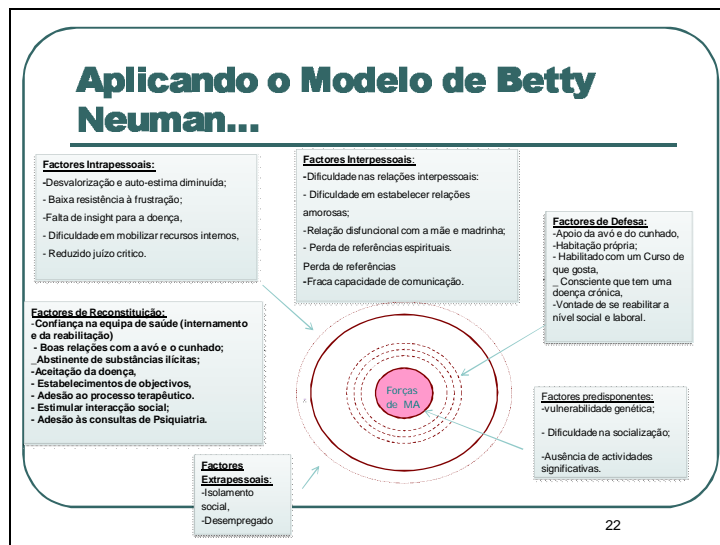
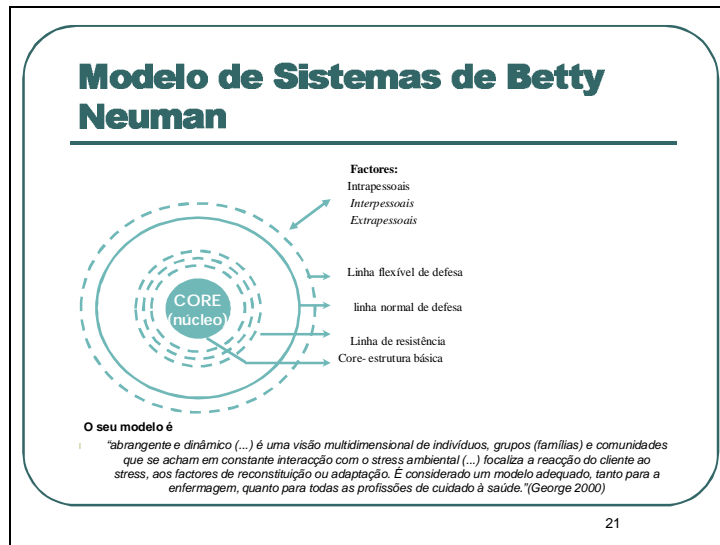
Relacionamento e actividade:

De acordo com o que me foi possível observar nas minhas interações com o utente, durante o internamento, no que respeita ao relacionamento e actividade, participou com agrado nas actividades desenvolvidas no serviço.

No que respeita às relações interpessoais, apenas recebeu a visita, do cunhado, com o qual me pareceu ter uma relação muito próxima e de cumplicidade.

Após a alta vai ingressar na área de reabilitação, mostrando-se muito motivado.

20



Classificação Taxonomia no Processo de Enfermagem

A taxonomia é utilizada para definir diagnóstico, intervenções e resultados esperados de Enfermagem:

"Constitui-se em estratégias capazes de padronizar a linguagem, ou seja, um acordo sobre regras para a utilização de determinados termos comuns dos componentes do processo de enfermagem, e formar um conjunto uniformizado de dados, permitindo a permuta internacional. (Moorhead et al., 2004)

Neste plano de cuidados utilizei:

- **Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - C.I.P.E;**
- **Classificação das Intervenções de Enfermagem - N.I.C** (a intervenção de enfermagem é "qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do utente/cliente");
- **Classificação dos resultados esperados – N.O.C** "o resultado é um estado, comportamento ou percepção de um indivíduo, família ou comunidade, medido ao longo de um continuum, em resposta a uma intervenção de enfermagem".

23

Plano de Cuidados

FOCO: Solidão STATUS: Presente

| Intervenções de Enfermagem (NIC) | Resultados Esperados (NOC) | Avaliação |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> •Promoção do envolvimento familiar; •Aumentar a socialização •Aumentar a auto-estima •Planear/ oferecer escuta activa | <ul style="list-style-type: none"> •Relações positivas com a mãe, madrinha e irmã; •Bem-estar pessoal; •Apoio e envolvimento social; •Equilíbrio do humor. | <ul style="list-style-type: none"> •Refere-se à mãe e irmã sem acusa-las de bruxarias; •Apresenta insight para os comportamentos disruptivos com o vizinho, considerando pedir-lhe desculpa, •Pondera reaproximação aos amigos; •Aceita com agrado o ingresso na área da reabilitação |

24

Plano de Cuidados

FOCO: Esperança

STATUS: Não demonstrada

| Intervenções de Enfermagem (NIC) | Resultados Esperados (NOC) | Avaliação |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> •Confiar nos outros; •Confiar no futuro; •Promover entusiasmo pela vida; •Traçar objectivos; •Mobilizar recursos/energia. •Disponibilizar presença; •Disponibilizar escuta activa; •Facilitar sistema de suporte, •Gerir humor. | <ul style="list-style-type: none"> •Aumento da auto-estima; •Reconhece a disponibilidade dos outros, •Recorra aos outros sem receio, •Aprenda a ver as coisas positivas que possui. • Aquisição de estratégias de coping; • Sensação de segurança física e psicológica; | <ul style="list-style-type: none"> •Reconheceu alguns comportamentos disruptivos nas relações interpessoais (com o vizinho, familiares e amigos nomeadamente de envenenamento por parte da avó e de bruxara por parte da mãe e irmã) •Aceitou frequentar a área da reabilitação; •Apresenta objectivos estruturados para o futuro; •Reconhece o apoio do serviço, nomeando-o como recurso em caso de recaída. |

25

Plano de Cuidados

FOCO: Processo de pensar

STATUS: Alterado

| Intervenções de Enfermagem (NIC) | Resultados Esperados (NOC) | Avaliação |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> •Ajudar a reconhecer a irracionalidade de algumas crenças comparadas com a realidade, •Fazer afirmações que descrevem uma forma alternativa de perceber a situação, •Falar sobre eventos reais •Orientação para a realidade | <ul style="list-style-type: none"> Alteração dos padrões do pensamento, Aquisição de insight | <ul style="list-style-type: none"> Reconhece algumas incongruências e situações irreais |

26

Plano de Cuidados

FOCO: Violência dirigida a outrem **STATUS:** presente

| Intervenções de Enfermagem (NIC) | Resultados Esperados (NOC) | Avaliação |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> •Controlo de comportamentos agressivos; •Disponibilizar escuta activa; •Melhorar o enfrentamento; •Promover a confiança nos outros; •Orientação para a realidade. | <ul style="list-style-type: none"> •Aumento da resiliência; •Aumento da auto-estima; •Aquisição de estratégias de coping; •Aquisição de insight. | <ul style="list-style-type: none"> •Reconhece os comportamentos agressivos, demonstrando algum insight, referindo ir pedir desculpa ao vizinho |

27

Plano de Cuidados

FOCO: Alucinações **STATUS:** Presente

| Intervenções de Enfermagem (NIC) | Resultados Esperados (NOC) | Avaliação |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> •Encorajar o doente a expressar adequadamente os seus sentimentos; •Oferecer ensino sobre terapêutica anti-psicótica; •Promover uma comunicação clara e aberta; •Encorajar o doente a validar as alucinações, de forma a trazê-lo para realidade; •Gerir ambiente físico. | <ul style="list-style-type: none"> •Controlo das alucinações | <p>O doente não consegue falar sobre as alucinações, desvia o assunto; Reconhece a necessidade da terapêutica, para os delírios, mas desvia a conversa sempre que a alteração da percepção é abordada, ficando com um fácies embotado e desviando o olhar.</p> |

28

Plano de Cuidados

FOCO: Aceitação do estado de saúde **STATUS:** Não demonstrado

| Intervenções de Enfermagem (NIC) | Resultados Esperados (NOC) | Avaliação |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> •Melhorar o enfrentamento; •Aumento da auto-estima; •Modificação do comportamento; •Apoio à tomada de decisão; •Suporte emocional; •Educação para a saúde | <ul style="list-style-type: none"> •Comportamento de aceitação; •Comportamento de busca de saúde; •Reconheça a falta de exercício, como promotora de isolamento e mal-estar físico e mental; •Aceite grupos de suporte; •Comunique as suas emoções; •Reconheça a necessidade da mudança. | <ul style="list-style-type: none"> •Demonstrou adesão à terapêutica, embora lhe custe aceitar o diagnóstico, considerando-o estigmatizante; •Feita uma sessão individual de psicoeducação sobre: "Hábitos de vida saudável", tendo o utente demonstrado conhecimentos •Aderiu a integrar a Área da reabilitação, |

29

Plano de Cuidados

FOCO: Auto-estima

STATUS: Diminuída

| Intervenções de Enfermagem (NIC) | Resultados Esperados (NOC) | Avaliação |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> •Reforçar os aspectos positivos pessoais, que o doente identifica; •Transmitir confiança nas capacidades do doente, em lidar com as situações; •Auxiliar no estabelecimento de metas realistas para alcançar uma maior auto-estima; •Disponibilizar escuta activa; •Promover estratégias de coping eficazes; | <ul style="list-style-type: none"> •Deverá expressar uma visão positiva sobre o futuro; •Valorizar os aspectos positivos da sua vida e trabalhar os aspectos negativos, de forma a aceitá-los aproveitando-os para o processo de mudança; •Deverá retomar uma vida activa na comunidade; •Deverá tomar consciência sobre as emoções e identificá-las; | <ul style="list-style-type: none"> •O doente mostra-se disponível para procurar reatar amizades; •Mostra-se interessado em arranjar companhia; •Apresenta objectivos estruturados, inserido na comunidade; •Está muito motivado para frequentar a área da reabilitação; •Apresenta mais valorização pessoal, interagindo mais com o grupo; •Apresenta uma conversação mais espontânea, olhando-nos olhos e sem recorrer à camuflagem, através das anedotas. |

30

Plano de Cuidados

FOCO: Auto-cuidado actividade recreativa **STATUS:** Não demonstrado

| Intervenções de Enfermagem (NIC) | Resultados Esperados (NOC) | Avaliação |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> •Planear actividade física; •Incentivar actividades de lazer; •Aumentar a auto-estima; •Incentivar a socialização | <ul style="list-style-type: none"> •Prática de actividade recreativa •Bem-estar pessoal; •Aumento da auto-estima; •Comportamento de interacção. | <ul style="list-style-type: none"> •Participa diariamente com outros dois utentes do serviço na prática de exercício físico, no ginásio; •Participa em todas as actividades desenvolvidas no serviço; •Na sala de convívio já se aproxima de alguns utentes. |

31

Bibliografia

- o **BRITO, L:** Intervenção Psicoeducativas para famílias com Esquizofrenia Disponível em <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/169671.PDF>
- o **CHALIFOUR, J.A** Intervenção terapêutica- Os fundamentos existências-humanistas da Relação de Ajuda- Editora Lusodidacta, volume1, (2008), ISBN-978-989-8075-05-5
- o **DSM – IV – TR** – Guia de referência rápida para os critérios de diagnóstico. 1ª Ed. Lisboa, Gráfica de Coimbra, 2002, ISBN – 972-796 -021 -9
- o **GEORGE, Julia B.** - Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: ARTMED Editora, 2000. ISBN 85-7307587-2
- o **ICN (2002).** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* – Versão Beta 2. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros;
- o **JOHNSON, Marion. Et.al.** – Ligações entre NANDA, NOC e NIC – Diagnósticos, Resultados e Intervenção de Enfermagem. 2ª Ed. Porto Alegre, 2009, ISBN 978 – 85 – 363 – 1769
- o **NEUMAN, Betty** - The Neuman System Model. USA: Appleton e Lange, 1995, ISBN 0-8385-6701-0
- o **PHANEUF, Margot** – Comunicação, entrevista de ajuda validação. Loures, Lusociência, 2005, ISBN 972-8388-84-3

32

ANEXO VI

*(Projecto de Intervenção sobre “Reabilitação do Auto-cuidado em Psicogeriatría” -
Planificação)*

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO | 143 |
| I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 145 |
| <u>1. Saúde Mental</u> | 145 |
| <u>2. O Envelhecimento</u> | 146 |
| <u>3. A Reabilitação</u> | 147 |
| <u>3.1. Recovery</u> | 148 |
| <u>3.2. Empowerment</u> | 149 |
| II. PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO | 151 |
| ACTIVIDADE Nº 1: Escolha da população alvo para intervenção | 151 |
| ACTIVIDADE Nº 2: Avaliação das competências de vida diária da população- alvo | 152 |
| ACTIVIDADE Nº 3: Implementação de um programa de treino nas actividades de vida diária | 153 |
| _____ Parâmetros a Intervir | 154 |
| BREVES CONSIDERAÇÕES FINAIS | 160 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 161 |

INTRODUÇÃO

O presente projecto de intervenção surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Universidade Católica Portuguesa. Tendo sido proposto pela regente do curso aplicar este trabalho na prática decidiu-se desenvolver/aplicar no estágio referente Modulo III - Psicogerontologia) que irá decorrer desde o dia 20 de Outubro até ao dia 11 de Novembro de 2011 na Unidade de Psicogeriatria 8/9 da Casa de Saúde da Idanha.

A realização de um projecto deve ter em consideração diferentes dimensões que permitam detectar necessidades, revelar possibilidades de intervenção e perspectivar mudanças entre o contexto actual e o que se pretende alcançar com a implementação das intervenções. Segundo SIMONE DE BEAUVOIR, *“É o desejo que cria o desejável e o projecto que lhe põe fim.”* BARBIER (1993), também afirma que *“(…) o projecto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma “ideia”, é o futuro a “fazer”, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em acto”*.

Aplicando as duas citações, supracitadas, na área da saúde, pode-se concluir que o desejo de engendrar ganhos em saúde e permitir uma melhoria na qualidade da vida dos utentes e familiares/cuidadores por vezes não é suficiente.

O enfermeiro especialista exerce um papel essencial no planeamento e projecto de todo o trabalho desenvolvido, promovendo a articulação entre teoria e prática de forma a actuar reflectidamente e eficientemente para alcançar resultados concretos e visíveis. Deste modo, justifica-se a necessidade da realização deste projecto não só para dar resposta a uma exigência curricular mas também para possibilitar o crescimento tanto a nível pessoal como profissional.

A formação contínua como refere a ORDEM DOS ENFERMEIROS promove o desenvolvimento de competências *“científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade ”* REPE (capítulo II. art. 4º, alínea 3). Também segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007), o conceito de enfermeiro especialista a adoptar deve ser: *“O Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem,*

tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”.

Actualmente, as novas políticas de saúde mental visam e reforçam a importância da reinserção dos utentes com patologia psiquiátrica na comunidade (utentes institucionalizados) e a prevenção da cisão dos restantes com o seu contexto (utentes não institucionalizados). No entanto, existem vários obstáculos presentes na sociedade actual que não possibilitam a desinstitucionalização dos utentes, observando-se principalmente em Psicogeriatría, como por exemplo a ausência de laços familiares ou a dificuldade de acompanhamento familiar devido às actividades laborais dos restantes membros.

A institucionalização em psiquiatria leva a que os doentes deterioreem cada vez mais as suas capacidades psico-motoras e cognitivas, repercutindo-se assim na sua forma de estar ao longo do dia. Pois as estruturas e rotinas das instituições levam ao estreitamento ou redução do senso crítico individual, degradando as capacidades dos clientes em todas as valências.

A maioria dos utentes presentes nesta unidade têm capacidades funcionais, no entanto, tem-se observado que apresentam dificuldade em desempenhar autonomamente as suas necessidades básicas. Este facto, pode abranger vários factores mas cabe aos profissionais de saúde estimular as respectivas actividades, promovendo assim, o desenvolvimento cognitivo, funcional e emocional.

Deste modo, torna-se essencial que os utentes sejam capazes de realizar tarefas básicas do auto cuidado promovendo assim a sua autonomia. Por sua vez, irá repercutir-se de forma positiva na auto-estima e no auto-conceito. Neste contexto, será implementado um plano de reabilitação psicossocial para os utentes da unidade 8/9 da Casa de Saúde da Idanha, onde o aspecto fulcral desta intervenção será o treino das actividades de vida diária mais básicas, como por exemplo: lavar as mãos, a cara, tomar banho, pentear o cabelo.

Salienta-se que a escolha deste tema e do local de intervenção deveu-se ao facto de o autor desta intervenção fazer parte integrante da Equipa de Enfermagem a nível profissional, pelo que verificou a existência desta necessidade em alguns doentes, e também por ter sido uma sugestão do Enfermeiro Chefe da Unidade.

Este projecto de intervenção encontra-se estruturado em três partes: numa primeira fase será realizado um enquadramento teórico, depois será apresentado o planeamento da intervenção em questão, concluindo-se com breves considerações finais

I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Saúde Mental

Saúde mental é um termo usado para descrever um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou a ausência de uma doença mental. Na perspectiva da psicologia positiva ou do holismo, a saúde mental pode incluir a capacidade de um indivíduo para apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as actividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica.

A Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição "oficial" de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjectivos, e teorias relacionadas concorrentes afectam o modo como a "saúde mental" é definida. De referir que a saúde mental tem sofrido ao longo das últimas décadas enormes transformações passando de um panorama caracterizado pelo estigma e discriminação, o qual se manifesta pela indiferença e tentativa de manter longe da sociedade os doentes mentais, para um paradigma em que o mundo toma consciência da enorme carga e do potencial de importância que existe na saúde mental. Desta forma assume-se como um aspecto chave para a qualidade de vida de qualquer pessoa, sendo determinante na nossa sociedade.

A saúde mental é muito mais que a mera ausência de transtornos mentais, ao contrário do que pensa a maior parte das pessoas, estando a dimensão positiva da saúde mental bem patente na definição de saúde da OMS (1986) como “...um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade.”, ou quando esta Organização se refere a saúde mental como “um estado de bem estar por meio do qual os indivíduos reconhecem as suas capacidades, são capazes de fazer frente ao stress normal do dia a dia, trabalhar de uma forma produtiva e frutífera e contribuir para a sua comunidade”. Deste modo, o conceito de saúde mental inclui bem-estar subjectivo, autonomia, competência e reconhecimento da habilidade de realizar-se intelectual e emocionalmente e ultrapassa extensamente a ausência de doença.

Assim, a saúde mental deverá ser matéria de interesse para todos, e não somente para aqueles afectados por transtorno mental pois os problemas de saúde mental afectam a sociedade na sua totalidade e não somente um segmento limitado da mesma, não havendo grupos imunes.

As perturbações da saúde mental constituem, de facto, um crescendo preocupante nas várias formas que actualmente vêm assumindo, sintomas psiquiátricos directos, manifestações psicossomáticas, problemas de comportamento ou mesmo de perturbações emocionais, o que se reflecte na sua enorme progressão que constitui já um grave problema no mundo civilizado, em consequência das actuais condições psicossociais.

Devido a vários preconceitos existentes na nossa sociedade, os indivíduos com problemas de saúde mental, são, na maioria das vezes, incompreendidos, excluídos, marginalizados ou estigmatizados. Este tipo de preconceitos remontam a épocas muito longínquas, apesar de considerarmos que um longo caminho, no sentido de os integrar socialmente, já foi percorrido.

Contudo, a psiquiatria continua a lidar com o problema dos doentes mentais desabrigados e com o desafio de oferecer serviços integrados e abrangentes, numa era na qual a fragmentação e as limitações financeiras colocam os “pacientes” mais graves numa posição de negligência: desabrigados.

2. O Envelhecimento

Como vem sendo do conhecimento público, o nosso país, à semelhança de outros, está a passar por uma rápida transição demográfica, caracterizando-se esta por um aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa.

Sendo o *“envelhecimento humano (...) definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”* (DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE, 2004), deduz-se que envelhecer é uma tarefa exigente, envelhecer com sucesso é um desafio. Este desafio exige, muitas vezes, a colaboração especializada em Psicogeritaria.

A Psicogeriatría dedica-se à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes com mais de 65 anos, que adoecem psicologicamente. De entre as doenças mais comuns nesta faixa etária, destaca-se a demência, que é caracterizada

“(...) pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos (incluindo diminuição da memória) devidos aos efeitos directos de um estado físico geral, aos efeitos persistentes de uma substância ou a múltiplas etiologias (por exemplo, aos efeitos combinados de uma doença cerebrovascular e de uma doença de Alzheimer)” (DSM-IV, 2002:147).

3. A Reabilitação

Reabilitação em psiquiatria tem variadíssimas definições pelo que será conveniente tentar apresentar algumas delas de uma forma simplificada. Assim poderemos dizer que reabilitar em psiquiatria significa:

- Ø Incluir o utente no processo terapêutico;
- Ø Promover o aumento da sua autonomia;
- Ø Promover a melhoria da sua qualidade de vida;
- Ø Promover o reconhecimento da sua doença;
- Ø Promover a aquisição de estratégias para melhor gerir as suas incapacidades;
- Ø Preservar / readquirir / desenvolver e adquirir aptidões e competências que lhes possibilitem ganhos em saúde;

A reabilitação psicossocial é então um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados ou incapacitados, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu potencial máximo de funcionamento independente envolvendo tanto o aumento de competências individuais, bem como a introdução de mudanças ambientais (OMS, 1995).

As estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do utente, o seu estado clínico, o contexto onde é promovida a reabilitação (hospital, comunidade) e as condições culturais e socio-económicas do país onde é levada a cabo.

A reabilitação permite a muitas pessoas adquirir ou recuperar as aptidões práticas necessárias para viver e conviver em comunidade e ensinar-lhes a maneira de fazer face às suas incapacidades. Inclui a assistência no desenvolvimento de aptidões sociais, interesses e actividades de lazer, que dão sentido de participação e de valor pessoal. Promove ainda a aquisição e desenvolvimento de aptidões, tais como controlar o regime alimentar, cuidar da higiene pessoal, cozinhar, fazer compras, gerir dinheiro, usar os diferentes meios de transporte, etc. permitindo juntamente com processos de empowerment, o recovery do utente obtendo desta forma grandes ganhos em saúde.

Deste modo, o campo da reabilitação psicossocial constitui-se como um corpo teórico interdisciplinar e uma série diversificada de programas de intervenção.

Dadas as acentuadas dificuldades e incapacidades da maior parte das pessoas com transtornos mentais crónicos, a reabilitação psicossocial desenvolve-se através de um enfoque combinado da reabilitação psiquiátrica utilizando o treino de habilidades e estratégias de modificação ambiental, segundo Liberman, 1993.

3.1. Recovery

A partir dos anos 90 desenvolveu-se uma nova visão da reabilitação que dá uma grande importância à experiência das próprias pessoas com doença mental, às suas necessidades e aspirações, e ao seu percurso pessoal para a recuperação (recovery). O conhecimento destas necessidades e aspirações através de relatos das pessoas com experiência de doença mental, permite organizar sistemas de suporte comunitário que constituem uma rede para responder às necessidades destas pessoas vulneráveis, sem serem necessariamente isoladas ou excluídas da comunidade (COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2007).

A visão de *recovery* vem contrapor uma visão de doença mental marcada pela cronicidade e deterioração progressiva, pelo alívio de sintomas, que está enraizada nas sociedades. Também a nível das políticas, sistemas e serviços de saúde mental, o *recovery* vem propor uma viragem, da institucionalização para a vida integrada e participativa na comunidade (COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2007).

DUARTE (2007) define *recovery* como um processo, um desafio diário e uma reconquista de esperança, da confiança pessoal, da participação social e do controlo sobre as suas vidas.

Neste seguimento, muito embora toda e qualquer pessoa com perturbações psiquiátricas possa apresentar graves incapacidades, podem existir períodos de remissão e níveis de funcionamento, que com apoio, que lhe permitam viver com relativa independência.

Considera-se pois que a reabilitação tem duas vertentes, uma que inclui todo o processo de aprendizagem e treino de competências, outra que implica a criação e mobilização de suportes comunitários. Na realidade também a reinserção, só é possível se ambas as partes se comprometerem a envolver aquilo que lhes compete.

3.2. Empowerment

O movimento de *empowerment* iniciou-se nos Estados Unidos no final da década de 70, e desde o fim da década de 80 esta forma de intervenção tem sido utilizada pelo Serviço Social. Em Portugal é ainda uma abordagem incipiente e não exclusiva dos assistentes sociais. É utilizada por diversos técnicos de intervenção social, em várias áreas de acção. Parte do pressuposto que os grupos marginalizados e discriminados na sociedade sofrem de uma falta de poder que os impede de lutar pelos seus direitos e usufruir de benefícios económicos e sociais, assim como de participar nas decisões políticas que interferem nas suas vidas. Para alterar esta situação é necessário que esses grupos aumentem as suas competências e o seu poder.

O movimento de *empowerment* é consequência de uma evolução nas concepções de autonomia e responsabilidade dos indivíduos, e de uma maior consciência dos mecanismos de discriminação e exclusão que se geram na sociedade. “O caminho histórico que alimentou este conceito visa a libertação dos indivíduos relativamente a estruturas, conjunturas e práticas culturais e sociais que se revelam injustas, opressivas e discriminadoras, através de um processo de reflexão sobre a realidade da vida humana.” (PINTO, 2001, p.247)

Esta abordagem ultrapassa a tentação de atitudes paternalistas, de protecção excessiva e de tomadas de decisão unilaterais por parte dos profissionais, visto que o seu objectivo é a autonomia das pessoas desfavorecidas e a sua participação a um nível de igualdade com

os técnicos, numa perspectiva de parceria. Isto exige uma mudança de atitude dos profissionais, principalmente em relação à partilha do poder e ao reconhecimento das capacidades dos seus clientes.

Empowerment pode ser definido como “Um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, sócio-cultural, político e económico – que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania.” (Pinto, 2001, p.247)

O objectivo do *empowerment* é fortalecer em direitos e em participação, grupos, pessoas ou populações sujeitos a discriminação e exclusão, e por outro lado, fiscalizar os poderes estatais e os grandes interesses económicos, e lutar contra a opressão. Pretende favorecer a efectiva participação dos cidadãos na vida social, económica, política e cultural, e uma distribuição mais equitativa dos recursos. Para atingir este objectivo tem que haver também um processo de distribuição de poder.

O processo de *empowerment* exige tempo e oportunidades para exercitar capacidades e direitos, e fazer uma aprendizagem de novas atitudes. Por isso desenrola-se em várias fases, que podem ser assim descritas:

II. PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO

ACTIVIDADE Nº 1: Escolha da população alvo para intervenção

Sabendo-se da impossibilidade de intervir em toda a população da Unidade 8/9 da Casa de Saúde da Idanha, dado ser uma população heterogénea a vários níveis e com uma dimensão elevada (54 utentes) para as actividades projectadas, será necessário definir uma população-alvo mais restrita que possibilite um trabalho mais estruturado e sustentado tentando atender a algumas necessidades individuais e a algumas especificidades dos utentes. A selecção da população-alvo, será baseada na avaliação funcional e cognitiva efectuada na Unidade, bem como na opinião dos elementos da equipa multidisciplinar da unidade.

É de salientar que a participação dos utentes é fulcral, para se conseguir atingir os objectivos neste trabalho, pelo que serão envolvidos desde a selecção, respeitando a vontade de participação dos mesmos neste projecto (factor de selecção da população alvo).

Objectivos: Individualizar a intervenção

Estratégias:

- Ü Análise da avaliação funcional e psicológica dos utentes da unidade 8/9 da Casa de Saúde da Idanha;
- Ü Conversas informais com os membros da equipa multidisciplinar da unidade 8/9 da Casa de Saúde da Idanha;
- Ü Análise da motivação dos utentes da unidade para participação nas actividades projectadas;

Data Prevista: 20 a 28 de Outubro

Coordenação: Enfermeiro Orientador de estágio e Enfermeiro Estagiário

Avaliação:

- Ü Avaliação crítica do orientador

Ü Relatório crítico de actividades

ACTIVIDADE Nº 2: Avaliação das competências de vida diária da população- alvo

Para se conseguir estabelecer objectivos concretos para a intervenção será necessário realizar uma avaliação das competências dos utentes para se formar grupos de intervenção em função dos objectivos e das necessidades identificadas em termos de competências de vida diária. Desta forma será necessário avaliar alguns parâmetros para os quais utilizar-se-á escalas de avaliação já usadas na Unidade pela equipa de Enfermagem.

Para esta avaliação será aplicada a escala de Barthel e o índice de Katz com o objectivo de se avaliar o grau de dependência da população alvo nas actividades de vida diária e a escala de Lawton que irá avaliar as actividades instrumentais da vida diária dos respectivos utentes, como por exemplo, as actividades de vida doméstica, o tratamento da roupa e a gestão de dinheiro.

Todos estes parâmetros são importantes na vida quotidiana e fornecem informações essenciais acerca do estado e das capacidades dos utentes assim como das suas necessidades.

Sabe-se que nesta população-alvo algumas das áreas de intervenção não poderão ser trabalhadas num futuro breve, por existência de alguns défices em recursos económicos, materiais e humanos. No entanto, existem necessidades igualmente importantes que poderão ser trabalhadas com a finalidade de as colmatar. Adaptando-se assim às condições proporcionadas para aplicar este projecto de intervenção.

Objectivos:

- Ü Identificar necessidades da população-alvo ao nível das competências de vida diária;
- Ü Formar grupos de intervenção em função das necessidades observadas;
- Ü Definir objectivos da intervenção de acordo com as necessidades identificadas;

Estratégias:

- Û Utilização de uma ficha de avaliação das competências de vida diária da população alvo;
- Û Discussão e análise dos resultados da avaliação obtida e confronto dos resultados de forma a estruturar os objectivos da intervenção;

Data prevista: De 20 de Outubro a 4 de Novembro.

Coordenação: Enfermeiro Orientador de estágio e Enfermeiro Estagiário

Avaliação:

- Û Avaliação crítica do Enfermeiro Orientador
- Û Reflexão crítica de actividades

ACTIVIDADE Nº 3: Implementação de um programa de treino nas actividades de vida diária

Com experiência prévia e conhecimento desta Unidade de Psicogeriatrics, observou-se que a maioria dos utentes perdem constantemente capacidades para tarefas básicas do auto cuidado, que por sua vez tiram autonomia provocando a diminuição da auto estima e do auto conceito. Perante tal realidade decidiu-se intervir ao nível das actividades de vida mais básicas com o objectivo de alcançar a independência total dos utentes nestas actividades promovendo assim a sua saúde mental e prevenindo o agravamento da doença.

Torna-se essencial investir inicialmente nas capacidades básicas e solidificar estas capacidades para depois ser possível abranger outras actividades mais avançadas.

Assim, nesta intervenção serão trabalhados os seguintes parâmetros que se pensa serem essenciais e necessários para esta população alvo: lavar as mãos, lavar a cara, tomar banho, pentear o cabelo, desfazer a barba, cortar as unhas, seleccionar o vestuário, cuidar da apresentação pessoal, utilizar os talheres à mesa e cuidar da sua roupa.

É de salientar que o parâmetro eliminar, não será focado porque a maioria dos utentes da Unidade, são independentes, e realizam correctamente esta actividade. A lavagem dos

dentes, por ser uma intervenção já implementada na Unidade, por outro grupo de profissionais, também não será alvo da intervenção. Quanto à utilização de produtos de higiene pessoal será integrada no treino das competências que lhes estão associadas.

Objectivos Gerais:

- Ü Promover a independência dos utentes, de forma a realizarem correctamente o auto cuidado higiene pessoal;
- Ü Aumentar a auto estima e o auto conceito dos utentes;
- Ü Permitir aos utentes a aquisição de uma maior autonomia e o aumento das suas capacidades cognitivas e funcionais;
- Ü Promover a interacção entre os utentes e os profissionais;
- Ü Promover o empowerment e o recovery dos utentes.

Data Prevista: Ao longo do estágio

Coordenação: Enfermeiro Orientador de estágio e Enfermeiro Estagiário

Avaliação:

- Ü Avaliação crítica do Enfermeiro Orientador;
- Ü Avaliação das competências de vida diária que fazem parte do programa de treino implementado;
- Ü Comparação dos resultados da avaliação final com a avaliação inicial efectuada;
- Ü Reflexão crítica de actividades.

PARÂMETROS A INTERVIR

1.Lavar as mãos

Objectivo Específico:

Ü O utente ser capaz de:

- Perceber a importância do asseio das mãos nas relações interpessoais;
- Identificar as situações em que se justifique lavar as mãos;
- Lavar correctamente as mãos por iniciativa própria (antes e após as refeições, ida ao WC ou em outras situações que se justifique).

Estratégias:

Ü Sessão de educação para a saúde sobre o tema “Lavagem das Mãos” com:

- Ensino da competência (recurso a sistema informático – Programa informático Microsoft Office PowerPoint);
- Instrução da competência (exemplificação prática);
- Treino da competência (recurso a dinâmica de grupo).

Ü Supervisão da realização da competência nas refeições no período de uma semana;

Ü Avaliação da execução da competência e reforços individuais consoante as necessidades das semanas sucessivas.

2. Lavar a cara

Objectivos Específicos:

Ü O utente ser capaz de:

- Perceber a importância do asseio da cara para o bem-estar pessoal;

- Perceber a importância da imagem facial nas relações interpessoais;
- Identificar as situações em que se justifique lavar a cara;
- Lavar correctamente a cara por iniciativa própria (ao acordar e ao deitar e em outras situações que se justifique)

Estratégias:

- Ü Sessão de educação para a saúde sobre o tema “lavagem da cara” com:
 - Ensino da competência (recurso a sistema informático – Programa informático Microsoft Office PowerPoint);
 - Instrução da competência (exemplificação prática);
 - Treino da competência (recurso a dinâmica de grupo).
- Ü Supervisão da realização da competência nas refeições no período de uma semana;
- Ü Avaliação da execução da competência e reforços individuais consoante as necessidades das semanas sucessivas.

3. Tomar Banho

Objectivos Específicos:

- Ü O utente ser capaz de:
 - Perceber a importância da higiene corporal no bem-estar pessoal;
 - Entender o banho como um momento de relaxamento;
 - Adquirir hábitos regulares de higiene corporal;

- Identificar as situações em que se justifique tomar banho;
- Tomar banho correctamente e por iniciativa própria.

Estratégias:

- Ü Sessão de educação para a saúde sobre o tema “tomar banho” com:
 - Ensino da competência (recurso a sistema informático – Programa informático Microsoft Office PowerPoint);
 - Instrução da competência (exemplificação prática);
- Ü Treino da competência num período de uma semana (supervisão do banho nos wc da unidade);
- Ü Avaliação da execução da competência e reforços individuais consoante as necessidades das semanas sucessivas.

4. Pentear o cabelo

Objectivos Específicos:

- Ü O utente ser capaz de:
 - Perceber a importância de pentear o cabelo no aseo pessoal;
 - Perceber a importância da imagem nas relações interpessoais;
 - Pentear-se correctamente por iniciativa própria:

Estratégias:

- Ü Ensino da competência;
- Ü Instrução da competência (exemplificação prática);
- Ü Treino da competência (realização prática individual).
- Ü Supervisão da realização da competência;
- Ü Avaliação da execução da competência e reforços individuais consoante as necessidades verificadas.

5. Desfazer a Barba

Objectivos Específicos:

- Ü O utente ser capaz de:
 - Perceber a importância de desfazer a barba no asseio pessoal;
 - Perceber a importância da imagem nas relações interpessoais;
- Ü Barbear-se correctamente por iniciativa própria:

Estratégias:

- Ü Ensino da competência;
- Ü Instrução da competência (exemplificação prática);
- Ü Treino da competência (realização prática individual).
- Ü Supervisão da realização da competência;
- Ü Avaliação da execução da competência e reforços individuais consoante as necessidades verificadas.

6. Cortar as unhas

Objectivos Específicos:

Ü O utente ser capaz de:

- Perceber a importância do asseio das mãos nas relações interpessoais;
- Perceber a importância da higiene das unhas para a saúde;

Ü Cortar as unhas correctamente e regularmente por iniciativa própria;

Estratégias:

Ü Ensino da competência;

Ü Instrução da competência (exemplificação prática);

Ü Treino da competência (realização prática individual).

Ü Supervisão da realização da competência;

Ü Avaliação da execução da competência e reforços individuais consoante as necessidades verificadas.

7. Seleccionar o vestuário

Objectivos Específicos:

Ü O utente ser capaz de:

- Perceber a importância do vestuário no bem-estar pessoal;
- Entender o vestuário como expressão da individualidade;
- Adequar o vestuário de acordo com diversas situações (estação do ano, contexto social, etc.);
- Conciliar as várias peças de roupa entre elas.

Estratégias:

- Ü Ensino da competência
- Ü Instrução da competência (dinâmica de grupo e exemplificação prática);
- Ü Treino da competência durante uma semana (supervisão da selecção do vestuário);
- Ü Avaliação da execução da competência e reforços individuais consoante as necessidades verificadas

BREVES CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projecto de intervenção, constituiu o primeiro passo essencial para a consecução dos objectivos pré estabelecidos e serve como o instrumento de apoio a toda a intervenção que se pretende desenvolver na Unidade de Psicogeriatria 8/9 da Casa de Saúde da Idanha.

É de notar, que tratando-se de um projecto este tem como característica a flexibilidade, logo desde que relevante e pertinente poderá ser susceptível a alterações desde que convenientemente fundamentadas e assim se justifique. O diagnóstico de situação ainda não foi correctamente levantado por questões relacionadas com o tempo uma vez que a realização deste trabalho decorreu simultaneamente com outro estágio e com outros trabalhos curriculares.

Desta forma, foi apresentado um enquadramento teórico com objectivo de fundamentar o tema escolhido e foi realizado um planeamento do que se pretende realizar com esta intervenção. O próximo passo será aplicar na prática os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo dos últimos meses e desenvolver competências pessoais, relacionais e profissionais no âmbito da prestação de cuidados especializados.

Para concluir, pensa-se que este documento preencheu de forma adequada o seu papel, estruturando um plano de acção que visa explicitamente o alcance de ganhos em saúde para a população de utentes assistidos bem como para os restantes intervenientes no processo terapêutico. Representou ainda, um instrumento de reflexão e uma ferramenta de trabalho que permitiu coadjuvar a teoria com a prática. Posteriormente e finalmente, torna-se essencial constituir um relatório crítico de actividade, para reflectir e avaliar a

pertinência da intervenção, estratégias e recursos utilizados bem como reflectir sobre os resultados alcançados e o desempenho como futuro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Durante a realização deste trabalho, foi possível reflectir na necessidade dos utentes, da realidade em que se trabalha e do longo caminho a percorrer no âmbito da reabilitação psicossocial. Para alcançar os objectivos e melhorar a qualidade de vida do utente é fulcral inclui-lo em todo o processo realizado, só assim se consegue *reabilitar*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- & AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – *DSM-IV-TR™*. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição, Texto Revisto, Lisboa, Climepsi Editores, 2002, ISBN 972-609-053-9;
- & ANGELI F. - *Para a Dinâmica de Grupos*. Lisboa, Editora Paulus, 2007. p.191. SBN 978-972-30-1252-1
- & CABETE, D. – *A Formação por projecto, ou um projecto em formação*. Pensar Enfermagem. Vol. 2, n.º 2, 2º semestre 1998, pág. 34-37;
- & CARVALHO A., CARVALHO G. - *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures, Lusociência, 2006. 168 p. ISBN: 972-8930-22-4.
- & CASTRO, L. & RICARDO, M. – *Gerir o Trabalho de Projecto*. O Manual para Professores e Formadores. 5ª ed. Lisboa: Texto Editora, 1998.
- & CHALIFOUR, J. – *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção*. 1ªed. Loures: Lusodidacta, 2002b.
- & COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – *Livro Verde*. Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia, Bruxelas, Comissão das Comunidades Europeias, 2005;
- & COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL – *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e*

Desenvolvimento dos Serviços de saúde Mental em Portugal 2007/2016, Ministério da Saúde, 2008;

& DEEGAN, P. – *Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities*. in AVIRAN, Uri, *Social Work in Mental Health, Trends and Issues*, 1997 – The Haworth Press Inc.: New York-London

& DEEGAN, P. (1999) – *Recovery, uma viagem do coração*. In J. Ornelas (Coord.), *Actas da Conferência Internacional – Novos Desafios na Reabilitação de Pessoas com Doença Mental* (pp. 63-81). Lisboa: AEIPS Edições.

& DUARTE, Teresa – *Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde*. *Análise psicológica*, [em linha], 2007, p. 127-133, [consultado a 14 de Novembro de 2009], disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a09.pdf>;

& FARKAS, M., GAGNE, C., ANTHONY, W., & CHAMBERLIN, J. (2005) - *A implementação de programas orientados para o recovery: Domínios cruciais*. In J. Ornelas, F. Monteiro, M. Moniz, & T. Duarte (Coord.), *Participação e Empowerment das Pessoas com Doença Mental e seus Familiares* (pp. 19-43). Lisboa: AEIPS Edições.

& FAZENDA, I. – *O puzzle desmanchado. Saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa, 2008, Climepsi Editores, 174p. ISBN 978-972-796-291-4.

& FERNANDES, M. T. – *Metodologia de projecto*. Servir. Lisboa. ISSN 0871-2370-. Vol.47, nº5 (Setembro/Outubro 1998), p.233-236.

& FREESE, B. – *Betty Neuman: Modelo de Sistemas* in Ann Tomey; Martha Alligood, “Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem”, 5ª Edição, Loures, Lusociência, 2004, p.335-353, ISBN 972-8383-74-6;

& JACOBSON, N., & CURTIS, L. (2000) - *Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the States*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23 (4), 333-341.

- & JORGE M., MONTEIRO A., ROCHA N. - *Desinstitucionalização: visão dos profissionais de saúde mental*. Rev Bras Enfermagem 1998 Outubro/Dezembro; 48(4): 401-14.
- & LIBERMAN RP. – *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona (Es): Martinez Roca; 1993.
- & ORDEM DOS ENFERMEIROS (consultado a 14 Maio de 2009). Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/91_IndividuaEspecificidades_site.
- & ORNELAS et al – *Participação e empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares*. 1ª ed., Lisboa, AEIPS Edições, 2005, ISBN 972-99904-0-9;
- & PEARSON, A. ; VAUGHAN, B. – *Modelos para exercício de enfermagem*. Lisboa, 1992, p. 111-132, ISBN 0-433-24902-1;
- & POLIT, D. F. ; HUNGLER, B. P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1995, ISBN 85-7307-101-X;
- & SILVA JF Fi. - *A medicina, a psiquiatria e a doença mental*. In: Tundis SA, Costa NR, organizadores. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 1994. p. 86.
- & STUART G. & LARAIA M. - *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. Porto Alegre: Artmed Editora, 6ª Edição, 2001,p.999. ISBN85-7307-713-1.

Outros documentos consultados:

DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de Setembro – Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril) Lisboa, Ministério da Saúde, 1996;

DECRETO-LEI n.º 104/98 de 21 de Abril – Código Deontológico do Enfermeiro. Capítulo VI – Secção II dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Ministério da Saúde, 1998;

DECRETO-LEI n.º 247/2009 de 22 de Setembro – Regime legal da carreira de enfermagem. Diário da República, 1.ª série, N.º 184;

DECRETO-LEI n.º 8/2010 de 28 de Janeiro – Diário da República, 1.ª série, N.º 19;

DESPACHO n.º 411/2006 de 26 de Abril – Diário da República

DESPACHO n.º 10464/2008, de 9 de Abril – Diário da República

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA, LEI n.º 38/2004 de 18 de Agosto

PLANO DE ESTUDOS DO CPLEESMP (2009/2010)

OMS – Relatório Mundial da Saúde 2001: Saúde Mental, Nova Compreensão, Nova Esperança – Direcção Geral da Saúde, 2002 – Lisboa

REGULAMENTO n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental – Diário da República, 2ª série

ANEXO VII

*(Relatório de Intervenção sobre “Reabilitação do Auto-cuidado em Psicogeriatría” –
Análise e Discussão de Dados)*

CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES INTERNADOS NA UNIDADE

Numa fase inicial e com o objectivo de se conhecer a tipologia dos doentes em estudo, será realizada uma caracterização dos doentes internados na unidade em questão, para se posteriormente delimitar uma amostra desta em que se incidiu o estudo.

A população de utentes internados na Unidade de Psicogeriatria 8/9 é composta por 53 utentes na sua grande maioria dos sexo feminino (tabela 2), existindo apenas 3 homens, com idades compreendidas entre os 59 e os 90. E como se pode verificar na tabela apresentada, a faixa etária com maior peso percentual é compreendida entre os 70 e 80 anos, sendo que a média de idade é de 75 anos.

| | Nº Utentes | % |
|---------|------------|-----|
| 59 < 70 | 15 | 28 |
| 70 < 80 | 26 | 49 |
| 80 < 90 | 8 | 15 |
| >89 | 4 | 8 |
| Total | 53 | 100 |

| | |
|--------------|----|
| Idade mínima | 62 |
| Idade máxima | 91 |
| Média | 75 |

Tabela nº1. Distribuição etária dos doentes internados na unidade

| | Nº utentes | % |
|-----------|------------|------|
| Masculino | 3 | 5,7 |
| Feminino | 50 | 94,3 |
| Total | 53 | 100 |

Tabela nº2. Distribuição do género dos utentes

No que diz respeito ao grau de escolaridade, verifica-se que cerca de 34% dos utentes são analfabetos, 66% frequentaram 1 a 11 anos de escolaridade e nenhum doente apresenta escolaridade superior a 11 anos. Salienta-se que a respectiva distribuição de intervalos respeita a classificação dos mini testes mentais (MMSE), que foram aplicados aos utentes para a sua avaliação cognitiva.

| | Nº utentes | % |
|-------------------------------------|------------|-----|
| Analfabeto | 18 | 34 |
| 1 a 11 anos de escolaridade | 35 | 66 |
| Com escolaridade superior a 11 anos | 0 | 0 |
| Total | 53 | 100 |

Tabela nº4. Grau de escolaridade dos utentes

Outra característica que se decidiu apresentar, por ser também pertinente para o estudo, são os anos de internamento actual, tratando-se de internamentos crónicos, esta população é constituída por utentes que apresentam 1 a mais de 30 anos de internamento.

No quadro em baixo, verifica-se que 49,1% dos utentes estão internados entre 21 a 30 anos e 32,1 têm mais de 30 anos de internamento, os restantes apresentam internamentos inferiores ou iguais a 20 anos.

O utente com internamento mais longo é de 43 anos.

| | Nº Utentes | % |
|-------|------------|-------|
| 0-10 | 5 | 9,4 |
| 11-20 | 5 | 9,4 |
| 21-30 | 26 | 49,1 |
| >30 | 17 | 32,1 |
| Total | 53 | 100,0 |

Tabela nº5. Anos de internamento actual

O diagnóstico primário com maior peso percentual na população de utentes nesta Unidade de Psicogeriatria é inconfundivelmente a esquizofrenia residual com um valor de 37,7%. O retardo mental moderado e a esquizofrenia paranóide ocupam respectivamente o segundo e terceiro lugar da tabela classificativa.

| Código CID 10 | Nº utentes | % |
|-----------------|------------|------|
| F00 | 1 | 1,9 |
| F01 | 3 | 5,6 |
| F02 | 1 | 1,9 |
| F03 | 1 | 1,9 |
| F20,0 | 5 | 9,4 |
| F20,5 | 20 | 37,7 |
| F22 | 1 | 1,9 |
| F32,8 | 1 | 1,9 |
| F70 | 1 | 1,9 |
| F71 | 10 | 18,9 |
| F72 | 3 | 5,6 |
| F32,9 | 1 | 1,9 |
| F33,9 | 1 | 1,9 |
| F10,5 | 1 | 1,9 |
| G40 | 1 | 1,9 |
| F25 | 1 | 1,9 |
| Sem diagnóstico | 1 | 1,9 |
| Total | 53 | 100 |

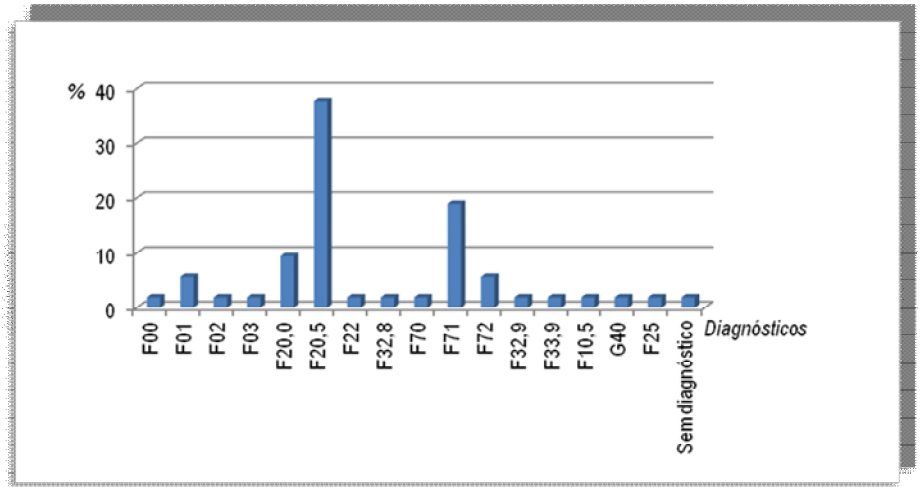


Gráfico n.º1. Representação gráfica do diagnóstico principal (CID 10)

Tabela n.º6. Diagnóstico Principal (CID 10)

Relativamente à actividade ocupacional, dos 53 utentes internados na Unidade, 37,7% mantém uma actividade ocupacional nos ateliês ocupacionais, no entanto 54,7 % não têm qualquer tipo de ocupação regular.

| | Nº utentes | % |
|----------------|------------|------|
| No ateliê | 20 | 37,7 |
| Na unidade | 4 | 7,6 |
| Noutro sector | 0 | 0 |
| Sem actividade | 29 | 54,7 |
| Total | 53 | 100 |

Tabela n.º7. Actividade Ocupacional

Finalmente, são apresentados os dados relativos à avaliação cognitiva e funcional dos utentes internados na Unidade de Psicogeriatria 8/9. Para a avaliação cognitiva foi aplicado o MMSE, com já tinha sido referido, como se pode observar a maioria dos utentes 73,6% (Gráfico n.º2) apresenta défice cognitivo. Em relação à avaliação funcional

foi utilizado o índice de Barthel, verificando-se que 69,8% (Gráfico nº3) das utentes são ligeiramente dependentes.

Indo em encontro com os objectivos pré-estabelecidos no projecto inicial deste trabalho, foi necessário cruzar os dados obtidos nestes dois tipos de avaliação para se conseguir obter uma amostragem populacional mais correcta na qual foi implementado o plano de intervenção. (Tabela nº 11)

Assim, foi possível realizar um trabalho mais estruturado e sustentado, intervindo de uma forma mais individualizada e específica.

a) Avaliação Cognitiva (MMSE)

| Pontuação Obtida | Nº Utentes | % |
|------------------|------------|-------|
| 0 | 16 | 30,2 |
| 4 | 1 | 1,9 |
| 10 | 4 | 7,5 |
| 12 | 1 | 1,9 |
| 14 | 2 | 3,8 |
| 15 | 3 | 5,7 |
| 16 | 2 | 3,8 |
| 17 | 1 | 1,9 |
| 19 | 4 | 7,5 |
| 20 | 2 | 3,8 |
| 21 | 3 | 5,7 |
| 23 | 2 | 3,8 |
| 24 | 1 | 1,9 |
| 25 | 1 | 1,9 |
| 27 | 2 | 3,8 |
| 28 | 2 | 3,8 |
| 29 | 2 | 3,8 |
| 30 | 4 | 7,5 |
| Total | 53 | 100,0 |

Tabela nº8. Avaliação cognitiva (pontuação obtida no MMSE)

| | Nº Utentes | % |
|----------------------|------------|-------|
| Com défice cognitivo | 39 | 73,6 |
| Sem défice cognitivo | 14 | 26,4 |
| Total | 53 | 100,0 |

Tabela nº9. Resultados qualitativos da avaliação cognitiva

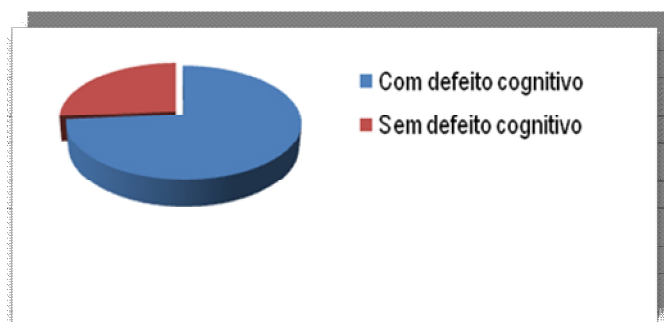


Gráfico nº2. Representação gráfica dos resultados obtidos no MMSE

b) Avaliação Funcional (Índice de Barthel)

| | Nº Utentes | % |
|-------------------------------------|------------|-------|
| 100 (Independente) | 8 | 15,1 |
| 95-60 (ligeiramente dependente) | 37 | 69,8 |
| 55-40 (moderadamente dependente) | 3 | 5,7 |
| 35-20 (severamente dependente) | 4 | 7,5 |
| <20 (totalmente dependente) | 1 | 1,9 |
| Total | 53 | 100,0 |

Tabela nº10. Avaliação funcional (resultados obtidos no Índice de Barthel)

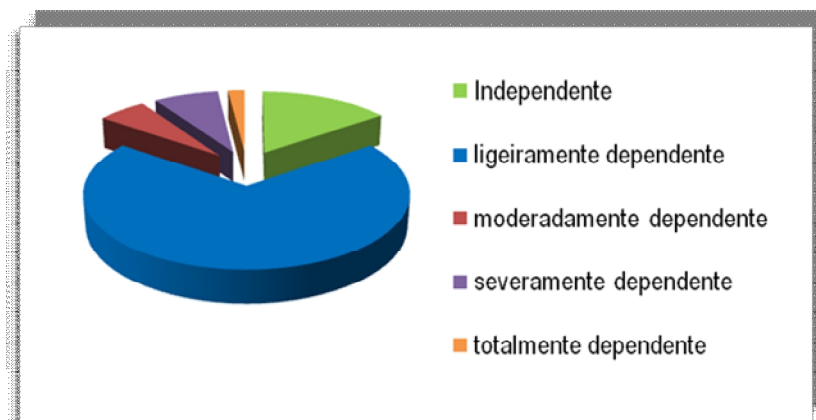


Gráfico nº3. Avaliação funcional (Representação gráfica dos resultados obtidos no Índice de Barthel)

c) Cruzamento de dados entre a avaliação cognitiva com a avaliação funcional

| | | ESCALA DE BARTHEL | | | | | Total |
|-------|----------------------|-----------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------|
| | | 100 (Independente) | 95-60 (ligeiramente dependente) | 55-40 (moderadamente dependente) | 35-20 (severamente dependente) | <20 (totalmente dependente) | |
| MMSE | Com défice cognitivo | 6 | 25 | 3 | 4 | 1 | 39 |
| | Sem défice cognitivo | 2 | 12 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Total | | 8 | 37 | 3 | 4 | 1 | 53 |

Tabela nº11. Cruzamento de dados entre a avaliação cognitiva (MMSE) com a avaliação funcional (Índice de Barthel) das utentes da unidade de Psiquiatria 8/9

Sendo o objectivo deste projecto de intervenção implementar um programa de treino nas actividades de vida diária, como amostra em estudo pretende-se que seja um grupo de utentes sem défice cognitivo ou seja que apresentem capacidade de aquisição e retenção de informação e que tenham igualmente alguma dependência nas suas AVD's de forma a promover/treinar a autonomia nestas. Logo, através do cruzamento de dados supracitados verificamos que 12 utentes apresentam ligeira dependência para as actividades básicas e não têm igualmente qualquer tipo de défice cognitivo. Estes 12 utentes, são assim, a respectiva amostra em estudo. É de referir que 11 utentes são do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

PROGRAMA DE TREINO NAS ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Com o objectivo principal de alcançar a independência dos utentes nas actividades básicas de vida, os parâmetros trabalhos foram os seguintes: banho e higiene pessoal (lavar as mãos e a cara, pentear o cabelo, desfazer a barba, cortar as unhas e seleccionar o vestuário).

Ao longo do estágio foi implementado um programa de treino, tendo o auxílio dos restantes profissionais de saúde. Todos os utentes aceitaram participar, mostraram-se motivados e empenhados, desde o inicio que lhes foi explicado todo o procedimento,

respeitando todos os princípios fundamentais de ética para a investigação, principalmente o direito à autodeterminação.

Sendo um trabalho de treino de competências o principal método utilizado para recolha dos dados foi a observação subjectiva recorrendo a grelhas de observação e escalas de medida e avaliação. Salienta-se que as referidas grelhas foram realizados para este trabalho em questão com base na Taxonomia NANDA-NIC-NOC (Classificação de diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem). Devido ao curto tempo de estágio não foi possível validar este instrumento de colheita de dados.

Nestas grelhas de observação foi aplicada uma escala de medida para cada critério seleccionado, considerando assim que o valor total encontra-se compreendido entre 0 e 24. Considerando que 0 refere-se a um utente que não realiza nenhum critério, ou seja, não realiza o auto-cuidado com ou sem ajuda e 24 a um utente independente que realiza sem ajuda todos os critérios avaliados..

a) Autocuidado: Banho

Grelha de observação:

| | Não realiza/Não se aplica (0) | Realiza com ajuda total (1) | Realiza com ajuda parcial (2) | Realiza com orientação verbal (3) | Realiza sem ajuda (4) |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| Entrar e sair do chuveiro | | | | | |
| Reunir material necessário | | | | | |
| Abrir a torneira | | | | | |
| Regular a temperatura da água | | | | | |
| Lavar o corpo | | | | | |
| Secar o corpo | | | | | |

| Utente | 1ª Observação | 2ª Observação | 3ª Observação |
|--------|---------------|---------------|---------------|
| 1 | 10 | 15 | 21 |
| 2 | 15 | 18 | 20 |
| 3 | 14 | 19 | 21 |
| 4 | 13 | 13 | 13 |
| 5 | 14 | 15 | 20 |
| 6 | 13 | 14 | 14 |
| 7 | 16 | 18 | 23 |
| 8 | 15 | 15 | 15 |
| 9 | 10 | 11 | 13 |
| 10 | 11 | 12 | 15 |
| 11 | 16 | 18 | 23 |
| 12 | 12 | 15 | 18 |

Tabela nº12. Registo da pontuação obtida em três observações do auto-cuidado: banho dos utentes da unidade de Psicogeriatria 8/9

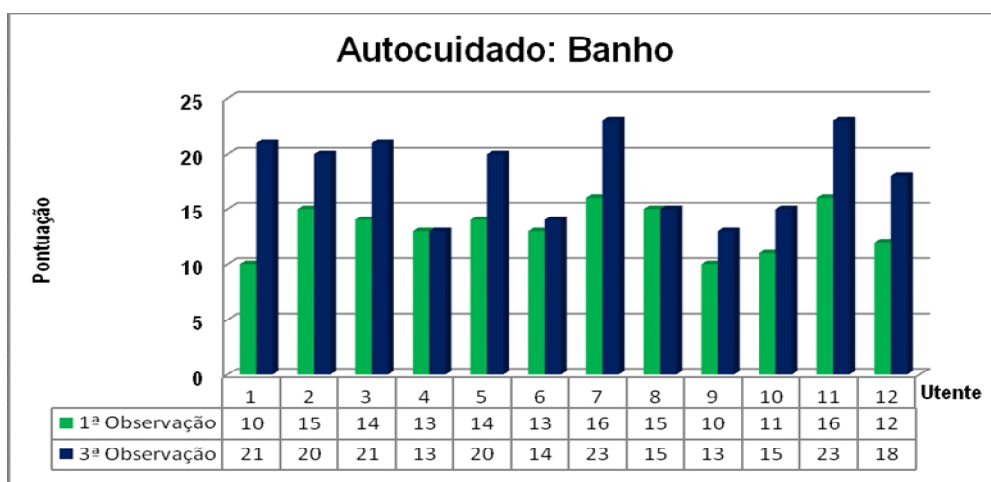


Gráfico nº3: Representação gráfica da pontuação obtida em três observações do auto-cuidado: banho dos utentes da unidade de Psicogeriatria 8/9

Através do gráfico acima apresentado verifica-se que a maioria dos utentes aumentou as suas competências neste parâmetro. Ou seja, durante o banho foi treinada e estimulada a respectiva autonomia, alguns utentes apresentaram mais dificuldades outros menos, mas todos se empenharam durante o período de intervenção. Foi possível observar e concluir que a orientação/incentivo verbal se torna fulcral nesta aprendizagem. Em alguns utentes talvez a dependência no banho depende-se mais do nível de confiança e de vontade pois não apresentavam nenhuma limitação funcional que impedisse de realizar este auto-cuidado e num curto espaço de tempo melhoraram. Para sustentar este programa de treino foram realizadas acções de

formação tanto aos utentes como aos profissionais, no entanto, com os utentes valorizou-se mais a intervenção individualizada.

O utente 7 foi o que obteve maior pontuação na 3ª observação, encontrando-se praticamente independente no banho, no entanto na 1ª observação também era dos que apresentava maior pontuação.

a) Auto-cuidado: Higiene Pessoal

Grelha de observação:

| | Não realiza/Não se aplica (0) | Realiza com ajuda total (1) | Realiza com ajuda parcial (2) | Realiza com incentivo verbal (3) | Realiza sem ajuda (4) |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Pentear o cabelo | | | | | |
| Desfazer a barba | | | | | |
| Lavar a cara | | | | | |
| Lavar as mãos | | | | | |
| Seleccionar o vestuário | | | | | |
| Cortar as unhas | | | | | |

| Utente | 1ª Observação | 2ª Observação | 3ª Observação |
|--------|---------------|---------------|---------------|
| 1 | 14 | 15 | 16 |
| 2 | 14 | 14 | 18 |
| 3 | 20 | 20 | 20 |
| 4 | 10 | 12 | 13 |
| 5 | 16 | 17 | 17 |
| 6 | 13 | 16 | 17 |
| 7 | 13 | 15 | 15 |
| 8 | 12 | 12 | 14 |
| 9 | 9 | 10 | 12 |
| 10 | 9 | 9 | 10 |
| 11 | 14 | 15 | 20 |
| 12 | 10 | 13 | 14 |

Tabela nº13. Registo da pontuação obtida em três observações do auto-cuidado: higiene pessoal dos utentes da unidade de Psicogeriatria 8/9

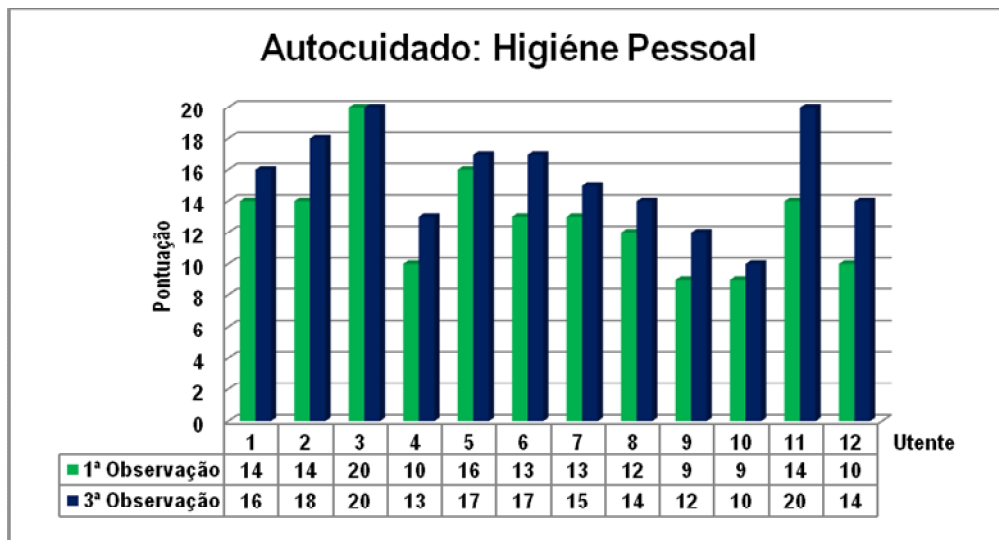


Gráfico nº4: Representação gráfica da pontuação obtida em três observações do auto-cuidado: higiene pessoal dos utentes da unidade de Psicogeriatria 8/9

O treino do auto-cuidado: higiene pessoal decorreu de igual forma do banho, sustentado com acções de formação e intervenção individualizada e posteriormente aplicação das grelhas de observação. Neste caso, observando a tabela e gráfico acima apresentados verifica-se que existiu uma evolução favorável na aquisição de competências. No entanto, o utente 3 não se verificou nenhum aumento de pontuação mas já na 1ª observação era o que apresentava maior pontuação. O utente 11 foi o que teve maior pontuação na 3ª observação. No entanto, pode-se observar que os utentes que tiveram dificuldade (menor pontuação) no auto-cuidado: banho não são os mesmos que tiveram no auto-cuidado: higiene pessoal. Este facto deve-se a variáveis externas que não foi possível manipular.

Poderá concluir-se que apesar de ambos os auto-cuidados serem actividades básicas, cada um exige capacidades funcionais distintas (movimentos finos, mais precisos, outros necessitam de maior mobilidade/locomoção), ou seja, cada utente apresenta as suas dificuldades específicas fazendo com que a sua evolução seja mais específica e individualizada.

Neste trabalho, no sentido de se justificar a sua pertinência em saúde mental, foram aplicadas escalas de avaliação de auto-estima. Como se pode verificar na tabela e gráfico abaixo apresentados aplicou escalas de avaliação da auto-estima – Rosenberg antes e depois da implementação do programa de treino das Actividades básicas de vida. Assim,

verifica-se que todos os utentes tiveram uma evolução favorável em relação à avaliação subjectiva que cada utente tem de si mesmo.

Com base nestes dados poderá concluir-se que a promoção de autonomia leva a um aumento da auto-estima, ou seja, o facto de utente sentir-se útil, motivado, sentir que consegue realizar algumas tarefas básicas sem ajuda faz com que a relação consigo mesmo melhore e consequentemente a sua saúde mental.

| Utentes | Antes do programa de treino | Depois do programa de treino |
|---------|------------------------------------|------------------------------------|
| | (Auto-Estima diminuída em grau...) | (Auto-Estima diminuída em grau...) |
| 1 | 18 (Elevado) | 25 (Moderado) |
| 2 | 13 (Muito Elevado) | 24 (Moderado) |
| 3 | 21 (Moderado) | 31 (Reduzido) |
| 4 | 15 (Elevado) | 28 (Moderado) |
| 5 | 22 (Moderado) | 30 (Reduzido) |
| 6 | 11 (Muito Elevado) | 24 (Moderado) |
| 7 | 16 (Elevado) | 26 (Moderado) |
| 8 | 10 (Muito Elevado) | 18 (Elevado) |
| 9 | 18 (Elevado) | 26 (Moderado) |
| 10 | 25 (Moderado) | 32 (Reduzido) |
| 11 | 10 (Muito Elevado) | 18 (Elevado) |
| 12 | 18 (Elevado) | 26 (Moderado) |

Tabela nº14. Registo dos resultados obtidos na escala de avaliação de auto-estima - Rosenberg

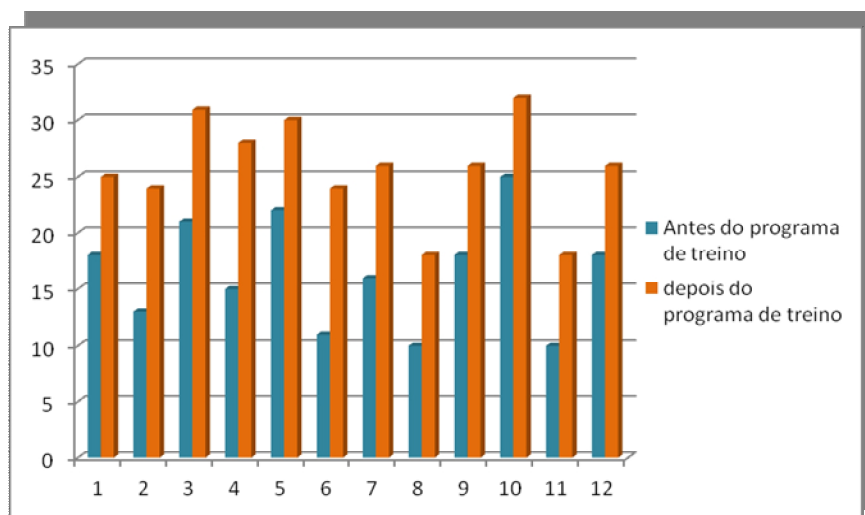


Gráfico nº5: Representação gráfica dos resultados obtidos na escala de avaliação de auto-estima - Rosenberg

Índice de Barthel aplicado antes e depois da implementação do programa de treino à amostra seleccionada (12 utentes):

| | ANTES | | DEPOIS | |
|-------------------------------------|------------|--------------|------------|------------|
| | Nº Utentes | % | Nº Utentes | % |
| 100 (Independente) | 0 | 0 | 3 | 25 |
| 95-60 (ligeiramente dependente) | 12 | 100 | 9 | 75 |
| 55-40 (moderadamente dependente) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 35-20 (severamente dependente) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <20 (totalmente dependente) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 12 | 100,0 | 12 | 100 |

Tabela nº15. Registo dos resultados obtidos no índice de Barthel

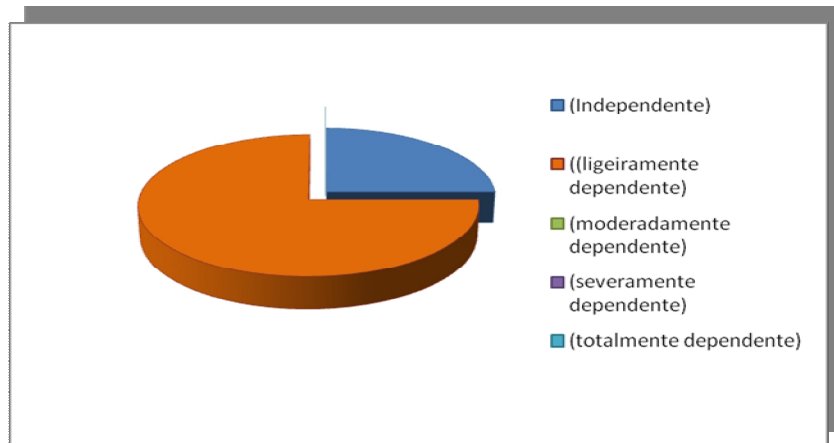


Gráfico n.º 6: Representação gráfica dos resultados obtidos no índice de Barthel depois da implementação do programa de treino

Como se pode observar e como já se tinha referido aquando da escolha a amostra, antes de implementar esta intervenção todos os utentes (12 utentes), segundo o índice de Barthel, eram ligeiramente dependentes para as Actividades Básicas de Vida Diária (ABVD`s).

A título de curiosidade, no final do trabalho, foi aplicado novamente o índice de Barthel aos mesmos utentes e verificou-se que 3 deles obtiveram mais pontuação do que na avaliação inicial, passando a independentes para as Actividades Básicas de Vida.

Uma vez, que o índice de Barthel tem como critérios de avaliação todas ABVD`s não se pode afirmar que esta evolução favorável observada nos 3 utentes foi resultante apenas do treino de competências do Auto-cuidado: Banho e Higiene.

ANÁLISE E REFLEXÃO

No final deste projecto de intervenção analisa-se e reflecte-se sobre todo o percurso realizado neste estágio. Considera-se que todos os objectivos pré-estabelecidos foram alcançados.

Existe a noção de que este projecto foi um pouco ambicioso para o período de tempo deste estágio, pois sendo o objectivo principal o treino de competências em utentes internados em psicogeriatria seria necessário mais algum tempo para perceber se estas competências serão realmente treinadas/mantidas pelos os utentes participantes no seu dia-a-dia.

O incentivo e treino da autonomia do utente no auto-cuidado: banho e higiene foi o objectivo principal deste trabalho e apesar desta dificuldade temporal supra citada, através dos resultados

apresentados verificou-se que a maioria dos utentes evoluíram neste âmbito, ou sejam as competências treinadas.

A motivação demonstrada pelos utentes foi essencial para o sucesso deste trabalho, respeitando o direito da autonomia, todos os utentes aceitaram participar, uns com mais dificuldade e outros com menos, todos tiveram um desempenho correcto. Para os utentes que apresentavam mais dificuldade de compreensão/aquisição, a estratégia utilizada foi a dinâmica de pares, assim tentou-se estabelecer uma interacção entre cada dupla, pedindo ao elemento que possuía maior capacidade de aprendizagem para ser o primeiro a exemplificar/treinar cada critério indicado, de forma a ajudar/motivar o outro.

É de referir que este treino de competências foi sustentado com a apresentação de um trabalho em formato Microsoft Power Point para reforçar o ensino e reforçar a importância de cada autocuidado. Por sua vez, ao ser uma apresentação em grupo, foi reforçada a interacção grupal onde os utentes puderam debater entre eles o tema abordado e esclarecer dúvidas.

A pedido do Enfermeiro Orientador, En^o Ricardo Rodrigues, também foi realizada uma formação em serviço dirigida aos profissionais da unidade (enfermeiro e auxiliares), no sentido de realçar a importância de treino da autonomia dos utentes nas suas actividades básicas da vida diária.

Outro aspecto a ter em conta nesta intervenção foi o reforço positivo após cada critério realizado correctamente, tentando-se assim, aumentar a auto estima e favorecendo a comunicação e a interacção com os utentes.

Os resultados obtidos demonstram que a saúde física depende da saúde mental e vice-versa. Pois a motivação foi um factor importante para os utentes iniciarem e realizarem o treino de competências com sucesso e por sua vez o facto de verem as suas dificuldades ultrapassadas fez com que se sentissem melhor consigo mesmos, ou seja, verificou-se um aumento da auto-estima destes, relativamente a antes e depois da intervenção

Através da reflexão das actividades desenvolvidas no dia-a-dia, o enfermeiro é capaz de melhorar o seu desempenho, ao longo da sua vida profissional, assim esta é a principal finalidade deste trabalho, reflectir sobre o desempenho ao longo deste ensino clínico.

No final deste percurso, pode-se afirmar e reconhecer que os utentes apresentam uma maior disponibilidade e atenção para as suas necessidades básicas.

No âmbito pessoal, adquiriu-se uma forma diferente de avaliar, projectar e intervir. Os conhecimentos teóricos e a sua aplicação na prática permitiram avaliar e reflectir em algumas práticas diárias deparando com algumas incongruências relativas ao trabalho realizado diariamente.

Por vezes, criam-se argumentos para justificar a apatia existente, quando no fundo existe apenas receio de criar necessidades nos utentes que não sejam possíveis de satisfazer. Por este motivo, pode-se afirmar que a perspectiva acerca do que se pode ou não fazer no dia a dia para melhorar a qualidade de vida dos utentes mudou após a realização deste trabalho. No entanto, também foi possível observar que existem limitações reais que impedem a prestação de cuidados neste campo.

Termina-se assim, com a noção de que a perfeição é difícil ou talvez impossível de atingir, mas é possível trabalhar para o possível dentro do óptimo; neste estágio foram adquiridas competências específicas que permitem uma visão e uma forma de agir diferente da anterior no âmbito dos cuidados de enfermagem específicos em Saúde Mental e Psiquiátrica.

.

Para finalizar, torna-se essencial referir que este estágio para além do crescimento profissional proporcionou um crescimento pessoal e social ao compreender as necessidades e as dificuldades dos utentes ao nível das suas necessidades básicas e ao procurar debelar tais necessidades e dificuldades com a intervenção realizada, sugere-se a seguinte reflexão:

“por muito competentes que sejam os técnicos, por muito boas que sejam as instalações, por mais sofisticado que seja o equipamento, por mais perfeita que seja a organização, se não existir a compreensão de que o utente é um Homem nosso semelhante (...) não há bons serviços de saúde! (Rodrigues 1999, pág. 32).

ANEXO VIII

*(Sessão de Educação para a Saúde sobre o “Banho e os Cuidados de Higiene Pessoal”
dirigido às utentes)*

Casa de Saúde da Idanha
Unidade de Psicogeriatria 8/9

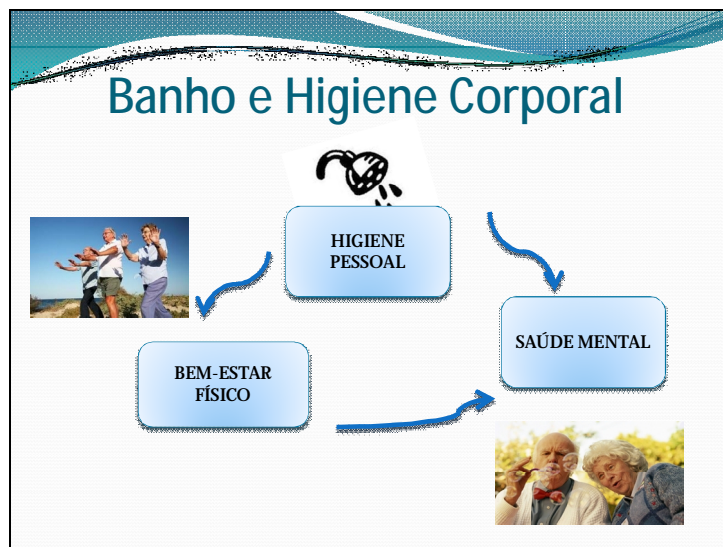
IRMAS HOSPITALEIRAS
da Sagrada Família de Jesus

Banho e Higiene Corporal

Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Discente: Enf.º Nuno Miranda
Orientador: Enf.º Especialista Ricardo Rodrigues



Higiene Pessoal

- **SAÚDE** : estado de bem estar físico, psíquico e social resultante do equilíbrio entre o indivíduo e o meio onde vive
- **SAÚDE MENTAL**: sentirmo-nos bem connosco próprios e na relação com os outros
- **HIGIENE CORPORAL**: conjunto de hábitos de limpeza e asseio com que cuidamos do nosso corpo.

Higiene Corporal


- Banho
- Lavar as mãos
- Lavar os dentes
- Pentear o cabelo
- Vestuário (limpo e adequado)
- Cortar as unhas
- Desfazer a barba
- (...)



O Banho


Importância:

- ü Boa saúde física e emocional
- ü Boa aparência
- ü Autoconfiança



Banho diário e preferencialmente duche

O Banho



1. Reunir o material necessário;
2. Regular a temperatura da água (nem muito quente nem muito fria);
3. Lavar o corpo;
4. Secar o corpo
5. Entrar e sair do chuveiro com muito cuidado para evitar quedas



Cabelo

- O cabelo, independentemente do estilo, deve estar sempre limpo, bem cortado e penteado.
- Desfazer a barba conforme o seu crescimento.
- Se for mulher, os pêlos das pernas, axilas e virilhas devem estar sempre depilados.
- Barba e cabelos compridos e sujos geram, além de mau cheiro, comichão.



Vestuário


- Limpo
- Adequado às estações do ano (fresco no Verão e quente no Inverno)
- Roupas confortáveis, não muito apertadas



Lavagem das Mãos

Importante para evitar a transmissão de doenças

- ü Antes e depois das refeições,
- ü Depois de ir ao WC
- ü Sempre que necessário




Lavagem das Mãos



Deve-se lavar as mãos de forma rotineira e minuciosa.

Mãos:

- ü limpas
- ü saudáveis
- ü com pele macia e lisa,
- ü unhas aparadas e sem anéis ou unhas postiças



Diminui os riscos de contaminação.



Consequências de uma Má Higiene

- Doenças da pele, pele seca e gretada, envelhecimento da pele, queimaduras da pele;
- Mau cheiro corporal;
- Feridas infectadas;
- Caspa, piolhos, doenças do couro cabeludo;
- Cárie dentária, aftas;
- Diarreias;
- Unhas dos pés encravadas, micoses dos pés;
- Mal estar geral
- Rejeição e Isolamento social

(...)



ANEXO IX

(Sessão de Formação sobre “Banho e os Cuidados de Higiene Pessoal” dirigido aos profissionais de saúde)





Causa da Resistência ao Banho

- ↳ Perda ou diminuição da auto-estima;
- ↳ Perda da rotina;
- ↳ Traumas devidos à má condução desta actividade, no passado (banho muito quente, muito frio, vergonha);
- ↳ Desorientação no tempo e local, problemas de memória e esquecimento (Défice cognitivo);
- ↳ Ambiente inadequado;
- ↳ Alterações de equilíbrio;
- ↳ Alterações da visão;
- ↳ Diminuição da força muscular

No Entanto...

Existem Utentes Que Gostam de Tomar Banho:

- ü Dizem que a água “lava a alma”;
- ü Exageram no tempo sob a água quente;

O que fazer?

- ü Ter em atenção a porta trancada;
- ü Manter sempre à mão a chave do wc;
- ü Orientar mas não limitar a iniciativa que pode ser a única “vontade” verdadeira.

Importância do Banho:

- Boa saúde física e emocional
- Boa aparência
- Autoconfiança


Deve-se



*Valorizar hábitos e costumes de cada
utente
As actividades devem ser planeadas*

Ambiente Adequado

- Manter o piso seco, dentro e fora do wc, de preferência utilizar tapetes antiderrapantes para evitar quedas;
- Colocação de barras de segurança na parede para que o doente se apoie e se sinta mais seguro durante o banho;
- Se não for possível colocar o utente em pé, utilizar cadeira de higiene (+ conforto e independência);
- O wc deve ter boa iluminação



Atenção...

- ü À temperatura da água, pois pode provocar queimaduras ou mal estar se estiver muito fria
- ü A quedas no wc
- ü Sabonete nos olhos
- ü Correntes de ar

No banho proporciona-se um bom momento para se fazer uma observação geral da pele, cabelo e unhas do utente...

...qualquer alteração observada (feridas, hematomas, micoses) deve ser comunicado ao enfermeiro responsável

Aspectos a ter em conta

- ü Rotina do banho
- ü Promover a autonomia nos utentes (Escolha do vestuário, Despir/Vestir, Lavar, Secar)
- ü Falar com o utente de forma clara e pausadamente, em voz alta (explicar todo o procedimento)
- ü Preferir banho de chuveiro com água corrente e temperatura agradável. Banho de banheira ou na cama só para situações específicas, com indicação do enfermeiro
- ü Elogiar todas as tarefas que o utente consegue fazer de forma autónoma. Incentivar.

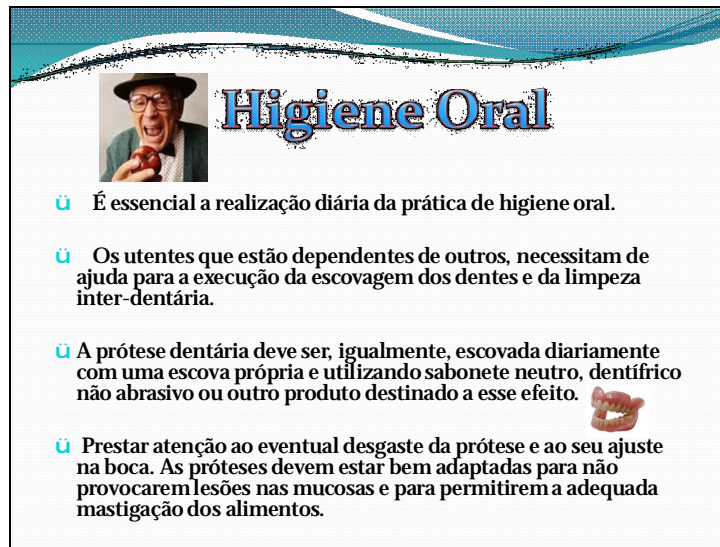
Aspectos a ter em conta

- ü Os cabelos devem ser lavados regularmente;
- ü Corte do cabelo e da barba;
- ü Maquilhagem obedecendo ao bom senso;
- ü Depilação;
- ü Manter as unhas saudáveis, corte recto;
- ü Diante da recusa, manter determinada postura, sem discussão;
- ü Respeito pela privacidade e dignidade do utente



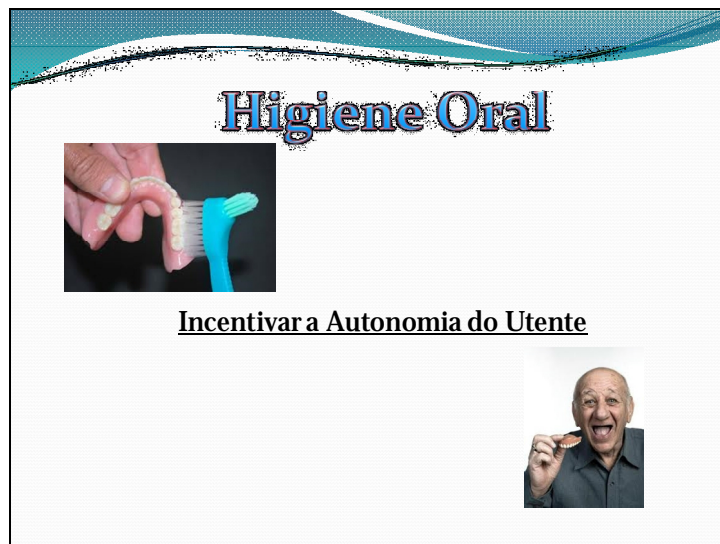
O banho é um ótimo momento não apenas para a higiene, mas também para se estabelecer relações de amizade, confiança e segurança com o utente.





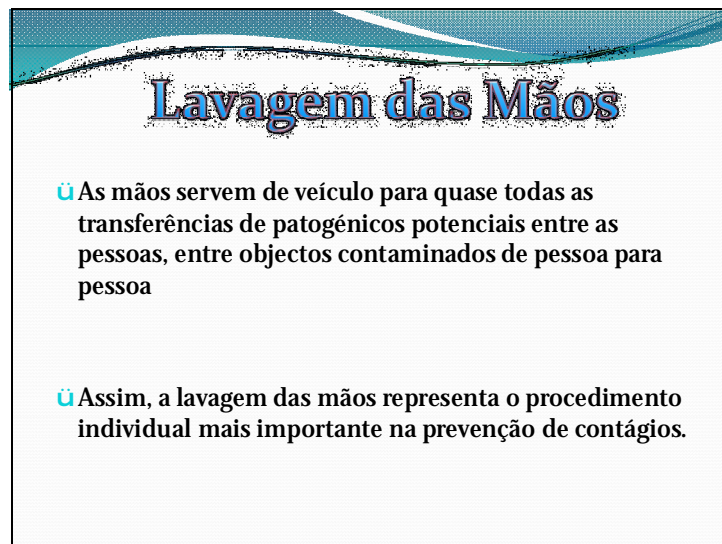
Higiene Oral

- É essencial a realização diária da prática de higiene oral.
- Os utentes que estão dependentes de outros, necessitam de ajuda para a execução da escovagem dos dentes e da limpeza inter-dentária.
- A prótese dentária deve ser, igualmente, escovada diariamente com uma escova própria e utilizando sabonete neutro, dentífrico não abrasivo ou outro produto destinado a esse efeito.
- Prestar atenção ao eventual desgaste da prótese e ao seu ajuste na boca. As próteses devem estar bem adaptadas para não provocarem lesões nas mucosas e para permitirem a adequada mastigação dos alimentos.



Higiene Oral

Incentivar a Autonomia do Utente



Lavagem das Mãos

- ü **Profissional de saúde** - Para se auto-protoger e proteger os utentes contra as infeções hospitalares
- ü **Utentes** - Protecção da auto-contaminação. Promover a saúde e prevenir a doença

A lavagem das mãos nos idosos é a medida mais importante para evitar transmissão de doenças, deve ser feita de maneira criteriosa, e muitas vezes com o auxílio de um cuidador, principalmente sempre antes de se alimentar ou após usar o sanitário.

Lavagem das Mãos

A lavagem de mãos deve ser executada de forma rotineira e minuciosa.

Mãos:

- limpas
- saudáveis
- com pele macia e lisa,
- unhas aparadas e sem anéis ou unhas postiças



Minimizam os riscos de contaminação.
Os microrganismos são mais dificilmente removidos de mãos ásperas ou gretadas.



ANEXO X

(Reflexão teórica sobre Electroconvulsivoterapia - ECT)

03 de Outubro de 2011

Na segunda semana de estágio foi-me proposto pelo orientador de estágio, Enf^o Ricardo, assistir e intervir numa sessão de Electroconvulsivoterapia (ECT). Apesar de ser uma actividade realizada com mais frequência na fase aguda da doença psiquiátrica, decidi realizar nesta altura por ser um objectivo pessoal que não foi possível cumprir no primeiro estágio (intervenção na crise).

Desta forma, sendo uma experiência que considero ser essencial para o meu percurso formativo decidi fazer uma reflexão sobre este dia.

Para me preparar para esta experiência realizei alguma pesquisa bibliográfica e esclareci dúvidas com os profissionais de saúde com experiência em ECT's. Neste âmbito verifiquei que existe pouca literatura sobre este tratamento, dificultando um pouco a aquisição de conhecimentos.

A ECT consiste na indução de uma crise convulsiva, através de um estímulo eléctrico na zona bifrontal ou frontoparietal. Na aplicação desta técnica, recorre-se à anestesia geral, ao relaxamento muscular e à monitorização dos principais sinais vitais (ECG, EEG,...).

Este tratamento consiste na estimulação de episódios convulsivos tónico clónicos generalizados. Para obter esta convulsão, é necessário provocar uma descarga de electrões com uma certa potência no Sistema Nervoso Central. Quando o estímulo eléctrico administrado despolariza um número suficiente de neurónios, dá-se uma convulsão de grande mal, generalizada e paroxística, cuja duração não deve ser inferior a 30 segundos no Electroencefalograma para ser eficaz. (Valentí et al., 2007)

Esta é uma técnica considerada desumana por muitos, mas a verdade é que a Electroconvulsivoterapia traduz-se numa elevada eficácia (Afonso, 2002, p77).

Segundo Coentre, R. et al. (2009) no artigo: “*Electroconvulsivoterapia, Mitos e Evidências*”, este procedimento “(...)é uma terapêutica altamente eficaz, segura e mesmo *life saving* para determinadas perturbações psiquiátricas, nomeadamente perturbação depressiva, perturbação bipolar e esquizofrenia.” Várias foram as renitências à sua utilização, sobretudo até à década de 1980, após esta a sua utilização foi melhor aceite,

sobretudo com a publicação de normas de orientação por várias associações internacionais de Psiquiatria.

Geralmente, a ECT é usada para o tratamento das perturbações de humor. Esta é a terapêutica mais eficaz no tratamento da depressão *major*, com taxas de resposta de 70 a 90% comparadas com 60 a 70% com psicofármacos antidepressivos. (Coentre,R. et al, (2009) “*Electroconvulsivoterapia, Mitos e Evidências*” , Acta Medica Portuguesa, Lisboa)

A ECT é realizada em doentes cuja perturbação depressiva é refractária ou que são intolerantes a fármacos antidepressivos, cuja doença é de tal modo grave que necessita de tratamento urgente ou em doentes que expressem preferência pela técnica por já a terem utilizado com sucesso no passado. A ECT tem-se mostrado particularmente útil no tratamento da depressão psicótica, sendo preferível à utilização de variados fármacos.

Apesar do desenvolvimento da psicofarmacologia, a ECT tem sido utilizada com muitos bons resultados, sobretudo no domínio das perturbações afectivas. Hoje em dia, é uma terapêutica usada quase exclusivamente em casos refractários mas muitos estudos evidenciam a sua utilização em todas as fases das perturbações psiquiátricas. Os mesmos autores referem que um recente desenvolvimento de várias técnicas de estimulação magnética pareceriam colocar a ECT como técnica secundária, todavia a eficácia daquelas em comparação com a ECT está ainda por demonstrar, mantendo-se esta como a técnica terapêutica mais eficaz.

Após esta pequena introdução teórica sobre o respectivo tema passo a descrever e a reflectir sob as situações vivenciadas neste dia.

Inicialmente estabeleci algum relacionamento com os utentes na fase pré – ECT, de forma a compreender os seus sentimentos e esclarecer dúvidas que poderiam surgir. Dois utentes já tinham realizado ECT e para outro era a primeira sessão. O primeiro utente apresentava-se desorientado no tempo/espaço/pessoa e com um discurso incoerente, por vezes imperceptível, o que dificultou a nossa comunicação, os outros encontravam-se orientados e manifestaram alguma ansiedade, associada ao procedimento, à expectativa dos resultados e à evolução da sua situação clínica. Numa tentativa de reduzir os níveis de ansiedade, procurei manter um diálogo mais informal, abordando temáticas do agrado dos utentes e não apenas um discurso centrado no respectivo tratamento.

Confesso, que também me senti ansioso e expectante, principalmente por este ter sido o meu primeiro contacto com esta prática. Na sala onde o processo decorre, os vários profissionais de saúde presentes, estabelecem um ambiente terapêutico, sereno e acolhedor, respeitando a dignidade dos utentes. Após a administração da anestesia, observar o corpo vulnerável de cada utente foi o que maior impacto teve sobre mim e o momento da convulsão após a descarga eléctrica, identifico como o principal factor de ansiedade e desconforto pessoal. Quando cada utente voltava, progressivamente, a estabilizar e era encaminhado para o recobro, os meus níveis de stress reduziam e conseguia reflectir sobre o que tinha acontecido. Apesar dos três momentos terem sido geradores de ansiedade, no segundo e terceiro ECT procurei centrar-me fundamentalmente nos utentes e na sua resposta ao tratamento.

Esta experiência foi bastante positiva por vários aspectos. Por um lado foi uma oportunidade de aprendizagem única, pois permitiu a aquisição de novos conhecimentos sobre esta prática terapêutica específica e os seus efeitos benéficas para o doente psiquiátrico. Foi também o motor para uma auto-reflexão sobre a vulnerabilidade humana, associada ao corpo submetido a um procedimento que acarreta riscos e ainda a uma ponderação, entre os diferentes princípios éticos que estão em causa neste contexto específico, destacando os seguintes: Princípio da beneficência vs Princípio da maleficência. O primeiro está associado aos benefícios cientificamente comprovados que esta intervenção terapêutica tem e que se sobrepõe ao segundo princípio, que diz respeito aos riscos inerentes.

Reflectindo em todo o percurso desta experiência verifico que o enfermeiro desempenha um papel fundamental em todas as fases do tratamento, tanto na fase pré-ECT ao desenvolver técnicas que possibilitem uma gestão dos níveis de ansiedade dos utentes, criando uma realção terapêutica, durante a ECT através da monitorização dos sinais vitais, respeito pela segurança e dignidade do corpo exposto e vulnerável e numa fase pós – ECT, com os cuidados específicos numa fase de recobro.

Termino esta reflexão, salientando o Artigo 5º, alínea d) da Lei de Saúde Mental

O utente tem o direito e dever de: *“Não ser submetido a electroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito”*.

Bibliografia

- ü NUNES, L., et al. – ***Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos***. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2.

- ü COENTRE, R., et al. – ***Electroconvulsivoterapia, Mitos e Evidências***. Artigo de revisão, Acta Med Port 2009; 22: 275-280

- ü VALENTÍ, M. et al. – **Electroconvulsive therapy in the treatment of bipolar depression**”, Actas Españolas de Psiquiatria, 2007, vol 35, no.3, pp. 199 - 207

ANEXO XI


(Cronograma das actividades desenvolvidas no estágio do Modulo I - promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção – na comunidade e centros de saúde)

| Actividades | NOVEMBRO | | | | | | | DEZEMBRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|----|----|----|----|----|----|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| 1. Grupo Terapêutico – Sessão de Educação para a Saúde: "Alimentação Saudável" | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Grupo terapêutico – Sessão de arteterapia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Visitação domiciliar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Grupo Terapêutico – Sessão de Educação para a Saúde: "Higiene oral" | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X |

| JANEIRO | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Actividades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Grupo Terapêutico – Sessão de Educação para a Saúde: "Higiene do Sono." | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Grupo Terapêutico sessão de Relaxamento | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | |
| 7. Grupo Terapêutico – Desporto/jogos colectivos no exterior | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | |
| 8. Grupo Terapêutico – Sessão de Educação para a Saúde: "Adesão ao regime terapêutico." | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | |
| 9. Visitação Domiciliaria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | |
| 10. Psicoeducação – "Esquizofrenia." | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | |

Legenda:

 Data de concretização da actividade

 Fim-de-semana e férias

ANEXO XII

(Reflexão sobre visitas domiciliares)



Visitação Domiciliária

Local: Freguesia de Santa Maria dos Olivais e Marvila

Data: 15 de Dezembro de 2011 e 19 de Janeiro de 2012

Nesta prática clínica, tive a oportunidade de realizar visitas domiciliárias, estas ocorreram na freguesia de Santa Maria dos Olivais e de Marvila, visto estarem integradas no projecto PRETRARCA.

O transtorno mental foi sempre visto, como um desvio em relação a um padrão de comportamento pré-estabelecido, do que seja normalidade, tanto pela sociedade em geral, como pela ciência. Considerado desviante, a solução historicamente encontrada foi o afilamento como forma de contê-lo. No entanto, o internamento afasta o indivíduo do seu mundo, institucionalizando-o, destruindo assim os canais de comunicação que ajudariam os pacientes a reintegrarem-se nas suas famílias, empregos e comunidade após a saída do hospital.

As visitas domiciliárias na área de saúde mental, surgem como resposta a esta problemática, de modo, a diminuírem o sofrimento do doente, trabalhando aspectos como adesão à terapêutica, interacção social, adopção de hábitos saudáveis. É a partir desta intervenção que podemos diminuir os reinternamentos, muito comuns na saúde mental e psiquiátrica.

“ [...] a doença advinha primeiramente da habitação, das condições de vida dentro de casa [...] a profilaxia tornava-se necessária... tanto a correcção dos defeitos da habitação como a programação de novos hábitos de higiene entre seus ocupantes, o que requeria a formação de profissionais voltados para a educação e saúde [...] esse papel

seria desempenhado por enfermeiras visitadoras...” (Rosen, 1994 *cit in.* RONALDO e ROCHA, 2002)

Esta experiência, foi muito gratificante pois também tive a oportunidade de realizar visitas a doentes que já tinha tido contacto no internamento, senti uma grande alegria ao ver que estes se lembravam de mim, tratando-me de uma forma carinhosa. Verifiquei que os doentes e as suas famílias “abrem a porta com gosto”, pois está ali alguém que se preocupa com eles, muitas vezes as visitas servem apenas para estes exporem os seus sentimentos, emoções e inquietações.

Assim, as visitas domiciliárias foram fundamentais para o meu crescimento formativo pois permitiu-me aplicar e adquirir conhecimento no âmbito da promoção do bem-estar do utente/família e da sua reabilitação em todas as suas valências, bio-psico-social.

ANEXO XIII

(Reflexão teórica sobre “Psicoeducação”)

Psicoeducação

Ao longo deste percurso formativo, existe um aspecto comum e com bastante relevância nos diversos campos de saúde mental e psiquiátrica que é a competência Social. A maioria dos utentes que frequentam o presente local de estágio e após conversa com a orientadora verificou-se que esta é uma das necessidades que necessita de ser trabalhada.

Competência social, refere-se a dois conjuntos de competências e processos: os que dizem respeito ao comportamento interpessoal, tal como a empatia, a assertividade, a gestão da ansiedade e da raiva, e as competências de conversação; e os que dizem respeito às relações íntimas, envolvendo a comunicação, resolução de conflitos e competências de intimidade (Epps, 1996, cit. In Canha&Neves, 2007).

COLLIÉRE (2003), refere que a perspectiva da saúde se tem modificado, o que nos permite colocar a seguinte questão: Devemos continuar a encarar os cuidados de enfermagem segundo a perspectiva da luta contra a doença, deixando de ter o significado puramente curativo para abranger um vasto carácter de prevenção? Ou será necessário que os cuidados de enfermagem contribuam de uma maneira muito mais ampla para o desenvolvimento humano no seu meio familiar, profissional e social?

Pensamos que o utente deve ser cuidado no seu todo, não devemos encarar só o seu problema de saúde, esquecendo que este indivíduo é membro de uma família e de uma comunidade.

As intervenções de enfermagem são fundamentais no processo contínuo e interactivo na resolução de problemas com a participação activa do utente. Este necessita de ser estimulado e encorajado na resolução do problema e acreditar que o problema pode ser resolvido, de modo a que o seu investimento pessoal seja maior, reforçando a sua auto-estima e auto-confiança. A identificação de objectivos e metas prioritárias, em função de cada problema, devem ser traduzidos em forma de comportamentos a adoptar. De modo a definir as diferentes actividades necessárias a executar para atingir os objectivos. As actividades devem ser realistas, práticas e planificadas de forma detalhada, bem como os meios para ultrapassar as dificuldades previsíveis na sua concretização devem ser executadas em parceria com o utente.

Através das actividades que pretendemos realizar, pretendemos estar a efectuar psicoeducação, pois tal como nos refere PEREIRA (2006): “Entende-se por

psicoeducação um conjunto de abordagens orientadas por dois vectores: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado.”

A associação dos tratamentos farmacológicos efectuados e das intervenções não farmacológicas (que não envolvem medicação e consideram a subjectividade do indivíduo, implicando-o no seu tratamento e recuperação) vai ser bastante benéfica para estes utentes.

As terapias de grupo, para além de prepararem a terapia individual, convidam ao desenvolvimento pessoal (autoconhecimento) dos utentes e permitem atenuar atitudes de negação. Segundo ADÉS e LEJOYEUX (1997), o grupo permite também um melhor controlo das reacções impulsivas, dos acessos de ansiedade, depressão e comportamentos suicidas. Para além da sensação de imediata segurança, a sua finalidade essencial consiste em desenvolver *insight* e as capacidades relacionais (socialização) dos participantes.

Desta forma, e seguindo YALOM (1975), as principais razões para a escolha do trabalho em grupo, prendem-se com o facto de muita da aprendizagem social ser feita em grupos; as pessoas com necessidades semelhantes, podem ajudar-se mutuamente a sugerir soluções para problemas comuns, ajudando-se umas às outras; os participantes de um grupo podem aprender com o *feedback* dos outros; os grupos podem ser catalisadores para o desenvolvimento e recursos e habilidades latentes; os grupos são mais adequados para algumas pessoas, por exemplo, que consideram intensa demais a intimidade do trabalho individual; os grupos podem ser mais democráticos, compartilhando o poder e a responsabilidade; os grupos podem ser também mais económicos, permitindo que um especialista auxilie diversas pessoas ao mesmo tempo.

Neste sentido, para FIGLIE, et al (2004) alguns dos objectivos pessoais gerais de um grupo, são: o desenvolvimento da criatividade e espontaneidade; construção da autoconfiança, validação pessoal e percepção do seu próprio potencial; aumento de autonomia e motivação pessoal – desenvolvimento individual; liberdade para tomar decisões, fazer experiências e testar ideias; expressar sentimentos, emoções e conflitos - catarse; trabalhar com a imaginação e o inconsciente; *insight*, auto-consciência e reflexão; organização visual e verbal de experiências e relaxamento.

Desta forma, os grupos têm como objectivo ampliar, e muitas vezes modificar o funcionamento pessoal e social dos seus membros, em vez de tratarem de uma patologia específica.

Para YALOM (1975), o processo desenvolvido é importante e um simples “rabisco” pode representar uma contribuição tão importante quanto um desenho inteiro e acabado. Assim sendo, a arte pode representar um outro veículo importante para a comunicação e a expressão, principalmente quando as palavras não são suficientes. Pela sua característica espacial, a pintura pode retratar, simultaneamente muitos aspectos da experiência. A arte facilita a criatividade e é útil no trabalho com a imaginação e o inconsciente. Os produtos artísticos são completos e podem ser examinados depois de prontos; a arte pode ser fonte de prazer e isso pode levar um grupo ao prazer compartilhado.

Grupo

O grupo é uma unidade social, um conjunto de indivíduos, mais ou menos estruturada, com objectivos e interesses comuns cujos elementos estabelecem entre si relações e interagem. Para que o conjunto dos indivíduos seja considerado um grupo é necessário que interajam com frequência, cooperem para atingir determinado objectivo, participem de um sistema de papéis com normas e valores comuns, reconhecem e são reconhecidos pelos outros como pertencentes do grupo.

Os grupos diferenciam-se nos seguintes aspectos: **Dimensão** - quanto mais amplo um grupo for mais formal ele se torna e menor a interacção pessoal entre os seus membros; **Duração** - as famílias são grupos que sobrevivem as muitas gerações; as associações de estudantes ao fim de alguns anos acabarão por se desfazer; **Valores objectivos** - a associação portuguesa de luta contra o cancro difere nitidamente dos membros de um clube recreativo; **Amplitude das actividades realizadas** - grupos como a família envolvem-se numa grande diversidade de actividades.

Relativamente à tipologia os grupos podem ser: **Grupos primários** - unidades sociais cujos membros contactam directamente. Os grupos primários são normalmente pequenos e o contacto entre os seus membros é frequente. Grupo baseado em vínculos afectivos (ex. Família, grupo de amigos); **Grupos secundários** - unidades sociais cujos membros comunicam mais indirecta do que directamente entre si, sendo escassa a vinculação afectiva e limitando-se a solidariedade a um campo de interesses normalmente de

natureza laboral e formal (**ex:** um sindicato, uma empresa, um partido político); **Grupos formais** - grupo hierarquizado segundo normas que definem com exactidão o papel dos seus membros, estando as regras de funcionamento, na maior parte dos casos, expressa por escrito num regulamento interno. São grupos relativamente estáveis e duráveis. (**ex:** família, empresa); **Grupos informais** - grupos cujos laços afectivos estão mais vinculados em gostos e interesses comuns. Não há hierarquias fixas, podendo contudo haver liderança. São grupos efémeros, como por exemplo o grupo do liceu.

Redes de Comunicação

No interior do grupo, estabelecem-se comunicações entre os seus membros. Chamam-se redes de comunicação aos canais e ao modo como as pessoas se relacionam no interior de um grupo. As redes de comunicação reproduzem os modelos de transmissão de mensagens que se estabelecem entre os membros de um grupo.

Û **Rede em estrela:** O grupo organizado em estrela é uma rede centralizada em que cada membro só pode comunicar com o chefe, que detém e controla **toda a informação**. Resolve mais rapidamente os problemas, o número de mensagens são reduzidas e os erros cometidos irrelevantes.

Û **Rede em círculo:** é o exemplo da **descentralização da comunicação**. Não há ninguém que ocupe uma posição central e controladora pelo que a comunicação entre os membros é aberta mas sujeita a distorções. As redes descentralizadas são mais eficazes na resolução de problemas complexos e a satisfação com a interacção grupal é maior.

Û **Rede em cadeia:** Na rede em cadeia, rede descentralizada, as mensagens transmitidas correm riscos de se perder e/ou deturpar, sendo a **comunicação mais lenta**.

*”A comunicação e a relação de ajuda figuram entre os factores importantes da humanização dos cuidados e não são somente uma escolha da enfermeira, elas constituem uma dimensão **sine qua non** da qualidade dos cuidados. As regras da técnica não podem só por elas leva-nos á compreensão dos seres humanos, das suas motivações, das suas estratégias de ajustamento á saúde e á doença, tanto como também não são suficientes para os ajudar a reconstruir-se. Só os factores **caritivos** no seio dos quais figuram em bom lugar a comunicação e a relação de ajuda, são*

susceptíveis de inspirar um verdadeiro processo cuidativo de enfermagem.
(PHANEUF, 2005).

Praticamente todos os grupos, independentemente da sua dimensão e do seu grau de formalidade **têm um líder**. A liderança é o processo mediante o qual certos indivíduos motivam, mobilizam e dirigem os elementos do grupo a que pertencem para a realização de objectivos e para a satisfação de necessidades.

Um líder é um indivíduo que tendo mais impacto do que os outros no comportamento e atitudes do grupo, orienta as suas características, dá ordens, toma decisões, resolve conflitos, serve como modelo, domina conhecimentos e competências e responde pelas suas acções e pelas do grupo.

Um líder destaca-se pela competência em actividades que ajudem o grupo a atingir determinados objectivos, tendem a possuir **inteligência interpessoal** que contribui para uma bem sucedida interacção entre os elementos do grupo.

Existem vários tipos de líderes:

- Û **Líder Autoritário:** A sua acção centra-se mais na realização de tarefas ou objectivos do que nos aspectos emocionais ou interpessoais da interacção grupal;
- Û **Líder Democrático:** A sua acção, dando importância à realização dos objectivos pretendidos, valoriza também de modo assinalável os aspectos emocionais da interacção do grupo;
- Û **Líder Permissivo:** Deixa o grupo decidir quais os objectivos a alcançar e os métodos utilizados; Prefere não se envolver nas decisões;

Competência Social

A Competência social, refere-se à adopção e execução de habilidades sociais adequadas que permitem o ser humano viver em sociedade.

O termo habilidades sociais é aplicado por Spence (1982, citado por Matos, 1998), ao conjunto de respostas básicas e estratégias de resposta, que permite ao indivíduo obter resultados positivos numa interacção social, para que este seja aceite, em público, num momento privado, em termos motores e verbais, de forma autónoma.

O treino de competências sociais, consiste numa intervenção estruturada em que se desenvolve competências sociais: aspectos comportamentais, emocionais e relacionais com os outros e com o meio ambiente e consigo próprio, em termos do treino da assertividade, treino da auto-afirmação, terapia de orientação para a realidade, agindo no aqui e agora.

Segundo outro autor, McFall (1982) cit. In Canha&Neves (2007), será útil a distinção de outros termos, como seja o de competência, aptidão e habilidades. Entende-se por competência, o termo avaliativo que reflecte o julgamento de alguém acerca da adequação da execução de determinada tarefa. As aptidões, são habilidades específicas para executar competentemente uma tarefa. Podem ser de diversos tipos: aptidões cognitivas (processamento de informação, tomada de decisão, crenças e estilos de atribuição); aptidões comportamentais (assertividade, negociação, aptidões de conversação, comportamento pró-social e aptidões de aprendizagem); competências emocionais (regulação afectiva e de relação, aptidão para estabelecer relações positivas); motivação e expectativas (valores, grau de desenvolvimento moral, noção de auto-eficácia e auto-controlo).

De acordo com Lucca (2004), a participação com sucesso em interacções sociais, requer um repertório compatível com as exigências do ambiente social. Pelo que todo um conjunto de habilidades sociais, capacitam a pessoa a interagir com o outro de modo que as necessidades sejam satisfeitas e satisfaçam as expectativas dos demais. Para tal, não deve ser só a componente verbal, a ser trabalhada, é fulcral, a expressão facial, a postura, o contacto visual, os gestos, a aparência física etc. Um adulto confiante e seguro tem maiores probabilidades de uma boa saúde mental bem como a inclusão no meio. Para tal, é necessária uma boa auto-estima e um bom senso de auto-eficácia, para lidar com as adversidades e os acontecimentos stressantes.

De acordo com o modelo de competência social – adaptado de Burton, Kagan e Clements (1995), cit. In Canha&Neves (2007), 6 elementos devem ser analisados, em termos de relação e capacitação social:

- ü Consciência: Relativamente a si e aos outros (sentimentos, crenças, atitudes e comportamentos);
- ü Contexto: Se compreende ou não a situação física, as regras e os papéis;
- ü Interpretação: Como é que a pessoa interpreta o que os outros dizem e fazem?

- Û Planeamento/Estratégia: Sabe o que fazer, como planear a acção, conhece outras formas de fazer?
- Û Observação: A pessoa presta atenção e repara no que os outros dizem e fazem?
- Û Comportamento Social: A pessoa sabe o que fazer? O que dizer, como dizer?

Os principais contextos para o desenvolvimento das habilidades sociais, são a família, a escola e o grupo de amigos e a vizinhança. A família é o primeiro grupo social, de que o indivíduo faz parte, oferece modelos de comportamento e modela a conduta social através de práticas disciplinares. A relação com os amigos, possibilita o autoconhecimento e o treino de novas competências daquelas já apreendidas.

O treino de assertividade, acaba por ser aquele em que se expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões, direitos de forma adequada, respeitando os direitos dos outros e resolvendo e minimizando problemas ou a probabilidade futura dos mesmos, sem usar uma postura agressiva e desafiadora. Alguns exemplos de comportamentos socialmente desejáveis são o partilhar, o cooperar, iniciar relacionamentos, conseguir ajudar os outros, cumprimentar e dizer “por favor” e “obrigado”.

A assertividade é uma componente das competências sociais e procura ser um meio para o estabelecimento e manutenção de formas de comunicação com os outros mais eficazes e construtivas.

É neste âmbito que surge a importância de investir na psicoeducação. Os doentes mentais necessitam aprender/reaprender a viver em sociedade. Existem comportamentos básicos, como o da higiene ou o da alimentação, que quando são executados correctamente, é um ponto de partida para esses indivíduos serem aceites no meio social. Apesar de se tratar de tarefas simples e básicas, para a maioria das pessoas, a realização destas pelos doentes mentais têm benefícios e repercursões no seu tratamento, pois todas as actividades deste ambiente levam como já foi referido a uma aceitação social e por sua vez a uma melhoria da sua auto-imagem, consecutivamente a um aumento da sua auto-estima.

Auto-estima

A auto-estima é considerada como constituinte importante da personalidade, sendo esta a dinâmica, é ainda de frisar que uma boa auto-estima permite ultrapassar mais -facilmente

obstáculos ou cumprir tarefas. Desta forma, a maneira como lidamos com o nosso interior influencia a vida social, familiar e profissional.

Segundo SEQUEIRA (2006), a auto-estima é fundamental para uma pessoa funcionar de maneira saudável. Uma auto-estima elevada proporciona um aumento da confiança, habilidade para resolver problemas e estar sempre em constante evolução. O mesmo autor refere ainda que uma boa auto-estima está intimamente ligada a um bom ajustamento e um eficaz vínculo no estabelecimento de relações.

Nos utentes com patologia mental é frequente encontrar falta de confiança, vergonha, dependência dos outros e rigidez, o que implica necessariamente a existência de uma fraca auto-estima.

Torna-se assim imperativo promover a auto-estima dos utentes de forma a fornecer “armas” para vencerem os vários obstáculos que eles vão encontrando ao longo do ciclo da vida.

A auto-estima depende da atitude do indivíduo para consigo próprio, esta, vai sendo adquirida ao longo do crescimento e do desenvolvimento, do núcleo básico da personalidade e da forma habitual, mais ou menos estável, de pensar, sentir, amar, comportar-se e reagir consigo próprio, sendo uma estrutura dinâmica e passível de ser mudada.

Vantagens da auto-estima:

- ü Permite uma relação social saudável e positiva
- ü Desenvolve a criatividade
- ü Influência e condiciona a aprendizagem

A Baixa auto-estima é o resultado de incidências desfavoráveis, desde a infância, que leva uma pessoa a ir para o reservatório de distanciamento. É responsável por causar emoções extremas que podem levar à depressão, transtornos mentais e físicos

A Auto-imagem é como a pessoa se vê (fisicamente) e normalmente, surge associada á auto-estima. Esta inclui:

- ü O que cada pessoa acha da sua aparência;

- ü Como cada um vê a sua personalidade;
- ü Que tipo de pessoa cada um pensa que é;
- ü O que cada pessoa acredita que os outros pensam de si;
- ü Quanto a pessoa gosta de si;

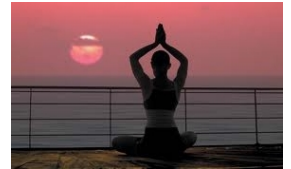
Nos utentes com patologia mental é frequente encontrar falta de confiança, vergonha, dependência dos outros e rigidez, o que implica necessariamente a existência de uma fraca auto-estima.

Torna-se assim imperativo promover a auto-estima dos utentes de forma a fornecer “armas” para vencerem os vários obstáculos que eles vão encontrando ao longo do ciclo da vida.

ANEXO XIV

(Planificação e avaliação da sessão de Relaxamento)

Sessão de Relaxamento



Moderador:

Enf.º. Estagiário Nuno Miranda

Enf.ª Helena Afonso

Local: sala de actividades do NIC dos Olivais

Data: 10 de Janeiro de 2012

Duração: 45 minutos

Destinatários: Utentes que frequentam o NIC dos Olivais

Metodologia: Expositiva e interactiva

Meios Utilizados

- ü Cadeiras, mantas e colchões
- ü Música tranquila, sem grandes alterações no ritmo, com o objectivo de diminuir os ritmos cardíacos e respiratório.

Objectivos:

- ü Favorecer em cada participante um estado geral de relaxamento capaz de facilitar o contacto consigo mesmo.
- ü Permitir que cada participante seja capaz de compreender a técnica de relaxamento utilizada (Jacobson) e as condições ideais de realização;
- ü Facilitar técnicas respiratórias, durante o desenrolar da sessão;
- ü Reduzir os níveis de ansiedade através da indução de um estado de calma;
- ü Estimular a capacidade de concentração;
- ü Reforçar a relação de ajuda entre o Enfermeiro - Utente.

Conteúdo da Sessão:

Ü Introdução - Apresentação ao grupo; Apresentação da actividade “Técnicas de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson”; Explicação da relevância da actividade.

Ü Desenvolvimento

- Ajudar o utente com a familiarização dos materiais;
- Necessidade de permanecer deitado ou sentado na cadeira;
- Demonstrar disponibilidade no acompanhamento da actividade;
- Uso de instruções simples, através do uso de uma voz calma e segura;
- Encorajar o utente a participar, eliminar eventuais pensamentos parasitas que possam interferir;
- Observar e registar as reacções dos utentes no desenrolar da actividade (grau de concentração, passividade, nível de tensão, resposta ao estímulo);

Ü Conclusão

- Avaliação da satisfação do utente;
- Quantificar o grau de adesão por parte do utente, bem como a sua disponibilidade para actividades futuras;
- Identificar principais dificuldades sentidas (ex: dif. de concentração, pensamentos parasitas, incapacidade de se abstrair do frio, câibras, etc)

Avaliação da Sessão:

Sendo esta, uma actividade já realizada noutra campo de estágio nesta fase tive a possibilidade de treinar/aprimorar competências e obter uma nova visão do comportamento desta tipologia de utentes, pois estes encontram-se em ambulatório, onde estas actividades têm como finalidade o bem-estar consigo mesmo de forma a promover comportamentos adequados perante a sociedade que se encontram inseridos.

Para dar início à sessão, optimizei o ambiente, tornando-o acolhedor/apaziguador onde foi explicado aos utentes o que se pretendia com esta actividade e saber se constituía uma novidade ou se já tinham praticado noutros envolvimentos. Foi criada uma atmosfera propícia à descontração. Tentei eliminar ruídos e distúrbios que pudessem afectar a sessão, como o toque dos telemóveis, ou dos telefones e foi colocada uma música tranquila.

Ao longo da sessão, observei uma boa adesão por parte do grupo. Os exercícios foram executados de forma calma, no entanto verificaram-se algumas resistências, quer em termos de coordenação motora, flexibilidade e elasticidade. O relaxamento em posição de sentado foi onde se verificaram mais as limitações físicas apresentadas por alguns utentes. Por outro lado, verifiquei igualmente que alguns utentes tinham dificuldade em concentrar-se e em executar aquilo que era pedido, pelo que manifestaram um ritmo mais acelerado ou mais lento, dependendo do utente.

De um modo geral, os utentes beneficiaram com esta actividade, no final todos manifestaram uma sensação de satisfação e tranquilidade quer por terem escutado a música (forma passiva), quer na execução dos movimentos, à medida que as instruções iam sendo fornecidas (forma activa).

Foi uma actividade enriquecedora tanto a nível profissional, permitindo uma melhor relação terapêutica com os utentes, como a nível pessoal, pois o orientador da sessão também consegue retirar benefícios deste relaxamento.

ANEXO XV

(Planificação e avaliação da sessão de arteterapia – “Decoração de Natal”)

Sessão de Arteterapia – Decoração de Natal

Moderador:

Enf.º. Estagiário Nuno Miranda

Enf.ª Helena Afonso

Local: sala de actividades do NIC dos Olivais

Data: 14 de Dezembro de 2011

Duração: 70 minutos

Destinatários: Utentes que frequentam o NIC dos Olivais e que fazem parte dos grupos psicoterapêuticos existentes, com capacidades cognitivas compatíveis com a actividade a desenvolverem

Metodologia: Expositiva e interactiva

Meios Utilizados

- ü Papel de cenário
- ü Lápis de cera, marcadores
- ü Cartolina

Objectivos:

- ü Desenvolver a auto-estima;
- ü Promover desenvolvimento de insight e auto-critica;
- ü Promover auto-conhecimento;
- ü Desenvolver a capacidade de identificação e gestão de sentimentos;
- ü Auxiliar no desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas e mecanismos de coping;
- ü Estimular a parte cognitiva;
- ü Promover expressão e partilha de sentimentos;
- ü Identificar comportamentos desadequados;
- ü Fomentar a aproximação física;
- ü Observar a dinâmica e os padrões de comunicação dos utentes em grupo;
- ü Fomentar a percepção das regras como elemento fundamental da actividade;



ü Promover o bem-estar;

ü Promover aptidões, nomeadamente em relação a dar e receber elogios.

Conteúdo da Sessão:

ü Introdução – Apresentação ao grupo, apresentação da actividade e explicação da relevância da actividade.

ü Desenvolvimento

- Ajudar o utente com a familiarização dos materiais, bem como com o seu manuseamento;
- Demonstrar disponibilidade no acompanhamento da actividade;
- Questionar e discutir com o utente sobre o tipo de decoração de natal pretendem realizar e o porquê da escolha, utilizando método directo ou indirecto, conforme adequado;
- Encorajar o utente a descrever a criação artística;
- Registrar a interpretação que o utente faz da criação artística;

ü Conclusão

- Avaliação da satisfação do utente;
- Quantificar o grau de adesão por parte do utente, bem como a sua disponibilidade para actividades futuras;
- Identificar principais dificuldades sentidas.

Avaliação da Sessão:

| Nome | Participação | | | | Normas Conhecimento \ Cumprimento | | | | Interacção com o Grupo | | | | Concentração e atenção | | | |
|------------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------|---|---|---|---------------------------|---|---|---|
| | N | P | M | E | N | P | M | E | N | P | M | E | N | P | M | E |
| T. | | | x | | | x | | | | | | x | | x | | |
| F. | | | | x | | | | x | | | | x | | | X | |
| FR. | | | | X | | | | X | | | x | | | | X | |
| C. | | | X | | | | X | | | | X | | | | X | |
| Z. | | | X | | | | x | | | | | x | | | X | |
| ZA. | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| A. | X | | | | | | | | | | | | | | | |

Legenda: N – Nenhuma; P – Pouca; M – Media; E - Elevada

Esta actividade teve lugar na sala polivalente do NIC dos Olivais, realizou-se durante um período de 70 minutos, onde os utentes tiveram a oportunidade, em grupo de pares, de realizar decorações de Natal.

O principal objectivo desta actividade foi conseguido, que era o efeito catalisador através da Arteterapia, favorecendo o processo terapêutico, para que o indivíduo entrasse em contacto com conteúdos internos e muitas vezes inconscientes, normalmente barrados por algum motivo e assim expressando sentimentos e atitudes até então desconhecidos.

O grupo foi constituído por 7 utentes, dois utentes recusaram-se a participar na actividade, referindo “não ligarem ao Natal”, é de referir que estes dois utentes são irmãos e um acaba por influenciar o outro na participação da actividade.

Inicialmente, o material foi espalhado na mesa, e, ao mesmo tempo, foi explicado os objectivos da actividade. Os participantes manusearam e exploraram o material.

Neste momento, o silêncio invadiu o ambiente e houve expressão corporal que vislumbrou uma importante concentração no desempenho da actividade. Os utentes apresentaram dois momentos, um de exploração do material e um segundo momento de construção.

Com o decorrer da actividade, os utentes tornaram-se mais dinâmicos, atentos e interessados na realização das decorações de Natal. Tornaram-se mais sorridentes.

Lentamente, conforme as decorações iam surgindo, os utentes puderam comunicar algo de forma não verbal. Mesmo não dizendo em palavras, a mudança de comportamento dos utentes expressava-se de uma forma positiva e conforme as suas obras artísticas surgiam, demonstravam um verdadeiro reflexo de bem-estar.

Com toda a especificidade e singularidade, os utentes progrediram no relacionamento e mudaram a sua postura. Com isso, demonstraram maior interesse e vínculo no desenvolvimento das actividades, bem como expandiram a sua criatividade, ao apresentarem maior autonomia e facilidade em elaborar um trabalho expressivo, além de desenvolverem trabalhos com originalidade, flexibilidade, fluência, elaboração e avaliação.

As obras de arte são projecções internas das pessoas, isto é, manifestações do seu "eu" interno.

Verificou-se que através da manipulação e realização das decorações natalícias, os utentes tiveram a oportunidade de se relacionarem entre si e desenvolverem capacidades não só de relação mas também de partilha de emoções e sentimentos, expondo os seus medos e preocupações, não só através da linguagem verbal mas também a partir da linguagem não verbal, pela expressão corporal.

Salienta-se ainda, que todo o processo constituiu-se numa experiência enriquecedora e gratificante para os utentes e para mim, pois, além dos aspectos não verbais já mencionados anteriormente, também houve a seguinte manifestação verbal por parte dos utentes no final da proposta terapêutica:

. "Aqui não me sinto diferente dos outros, consegui me aproximar mais deles." (sic) – (FR.);

. "Consegui relaxar e concentrar-me no que estava a fazer." (sic) – (C);

. "É a primeira vez que eu fiz, e eu gostei." (sic) – (T);

. "Gosto muito de pintar e de trabalhos manuais, dá para aliviar a cabeça." (sic) – (F);

. “Gostei e podia acontecer mais vezes, enquanto estive aqui não pensei no meu irmão.”

(sic) - (T);

. “Gostei da actividade, ajuda-nos a reflectir.” (sic) – (C).

ANEXO XVI

(Planificação e avaliação da dinâmica de grupo – “Tarde Desportiva”)

Dinâmica de Grupo

- Tarde Desportiva -



Moderador:

Enf.º. Estagiário Nuno Miranda

Enf.ª Helena Afonso

Local: Campo de Futebol ao ar livre, Junto às instalações do NIC dos Olivais

Data: 12 de Janeiro de 2012

Duração: 60 minutos

Destinatários: Utentes que frequentam o NIC dos Olivais

Metodologia: Expositiva e interactiva

Meios Utilizados

Û Instrutor;

Û Bolas de Vinil;

Û Petecas;

ü Material necessário para o jogo da malha (pinos e malhas em madeira).

Objectivos:

- ü Desenvolver a auto-estima;
- ü Promover desenvolvimento de insight e auto-crítica;
- ü Desenvolver a capacidade de identificação e gestão de sentimentos;
- ü Auxiliar no desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas e mecanismos de coping;
- ü Identificar comportamentos desadequados;
- ü Fomentar a aproximação física;
- ü Observar a dinâmica e os padrões de comunicação dos utentes em grupo;
- ü Fomentar a percepção das regras como elemento fundamental da actividade;
- ü Promover capacidade psicomotora;
- ü Promover coordenação motora;
- ü Promover capacidade de concentração;
- ü Desenvolver o trabalho em equipa;
- ü Promover a relação interpessoal;
- ü Promover bem-estar.

Conteúdo da Sessão:

ü Introdução - Apresentação ao grupo; Apresentação da actividade; Explicação da relevância da actividade; Apresentação dos desafios.

ü Desenvolvimento

- Ajudar o utente com a familiarização dos materiais, bem como com o seu manuseamento;
- Demonstrar e executar a actividade a ser efectuada;
- Demonstrar disponibilidade no acompanhamento da actividade;
- Incentivar ao trabalho de equipa;
- Auxiliar os utentes nas dificuldades demonstradas

ü Conclusão

- Avaliação da satisfação dos utentes;
- Avaliar a capacidade demonstrada pelos, na realização das capacidades;
- Quantificar o grau de adesão por parte do utente, bem como a sua disponibilidade para actividades futuras;
- Identificar principais dificuldades sentidas

Avaliação da Sessão:

Esta actividade foi realizada num espaço ao ar livre, campo de futebol junto do NIC dos Olivais, o facto de ser ao ar livre e o meio envolvente ser agradável e sossegado provocou em grande bem-estar nos utentes.

Da pouca experiência que tenho em desporto tentei dinamizar a actividade de forma a desenvolver o movimento global do corpo e permitindo a interacção grupal.

Os utentes que participaram, são em grande parte, carentes socialmente e têm um pensamento negativo face às imposições que lhes são colocadas no dia-a-dia, ficando nelas retidas as capacidades de pensar, sentir e agir. Esta actividade, surge no sentido de desenvolver as potencialidades, criativas e espontâneas de cada utente. Dando-lhes segurança, de forma acreditarem que os seus objectivos podem ser atingidos

Quando os utentes foram questionados sobre o gosto pela prática da actividade física, responderam que sempre gostavam de participar nas aulas de Educação Física, quando estavam na escola.

Verifiquei que todos gostaram e sentiram-se bem a participar nas actividades propostas, referiram ainda que tinham saudades dos jogos que praticavam em crianças e da capacidade que tinham em “mexer-se”. Pois, as únicas tarefas que exigem movimentos e que fazem parte da rotina dos utentes são tarefas da vida diária, na sua maioria, domésticas.

Esta actividade promoveu, assim, o aumento da relação interpessoal; o espírito de equipa, uma vez que os utentes se apoiavam mutuamente durante o jogo; promoveu o respeito entre todos os membros do grupo, pois tinham de aguardar pela sua vez de jogar; estimulou a capacidade psicomotora, visto exercitarem, sobretudo, os membros superiores; coordenação motora, pois tinham que associar vários movimentos para conseguirem jogar; capacidade de concentração pois tinham de se concentrar no alvo e na actividade em si.

Ao longo da actividade não observei grandes dificuldades, apenas verifiquei que alguns dos utentes apresentavam dificuldade a nível da coordenação, equilíbrio e motricidade

fina, como apreensão da bola, o que também pode ser explicado pelos efeitos adversos da medicação. Pois, é de realçar que a maior parte destes utentes faz antipsicóticos há vários anos aumentando a rigidez muscular e diminuído a capacidade motora.

No final, os utentes verbalizaram que gostaram muito desta actividade e que devia proporcionar-se mais vezes.

ANEXO XVII

(Sessão de educação para a Saúde sobre “Alimentação Saudável”)

Sessão de Educação para a Saúde
“Alimentação Saudável”



Moderador:

Enf.º. Estagiário Nuno Miranda

Enf.ª Helena Afonso

Local: sala de actividades do Centro de Dia dos Olivais

Data: 5 de Dezembro de 2011

Duração: 30 minutos

Destinatários: Utentes que frequentam o NIC Olivais

Metodologia: Expositiva e interrogativa

Meios Utilizados Equipamento multimédia (computador, *data show*)

Objectivos:

- Û Sensibilizar os utentes para a importância da Alimentação Saudável para o seu bem-estar mental (seguindo as directrizes da Direcção Geral de Saúde);
- Û Consciencializar para a adopção de hábitos alimentares saudáveis e alertar para as doenças relacionadas com o comportamento alimentar;
- Û Abordar conceitos relacionados com a alimentação (peso adequado/IMC);
- Û Ensinar os utentes a escolher os alimentos prioritários através da roda dos alimentos e da pirâmide dos alimentos;
- Û Fornecer conselhos para uma alimentação saudável;
- Û Promover a interacção entre o grupo

Papel do Moderador:

- Û Identificar qualquer dificuldade na compreensão da sessão,
- Û Identificar se existe algum desagrado na participação da sessão,
- Û Zelar para que todos os utentes participem;
- Û Evitar comportamentos desadequados.

Conteúdo da Sessão:

Ü Introdução – Apresentação do tema

- Ü Desenvolvimento
- Significado de Alimentação
 - Doenças do Comportamento Alimentar
 - Peso Adequado/IMC
 - Pirâmide Alimentar/Roda dos Alimentos
 - Conselho para uma alimentação saudável

- Ü Conclusão
- Apresentação de questões sobre a alimentação,
 - Promoção da interacção grupal/partilha de experiencias pessoais
 - Síntese do tema apresentado

Avaliação da Sessão

Esta actividade teve a participação de seis utentes que frequentam regularmente o NIC do Olivais

Inicialmente, procedeu-se à explicação da actividade e do tempo previsto. Foi explicado que a participação era facultativa e que os utentes poderiam sair se o desejassem.

De um modo geral, todos participaram de forma activa, sendo o tema escolhido promotor de debate/discussão de ideias, estimulando o interesse dos participantes. Foram colocadas várias questões, mais no âmbito do que devem ou não comer, como por exemplo, o tipo de pão ou os métodos de culinária.

Terminando esta actividade, verifiquei que os objectivos pré-estabelecidos foram cumpridos. Indo em conta com o objectivo da Educação para a Saúde, a informação foi transmitida e adquirida, as estratégias para a prática de uma alimentação foram fornecidas mas a tomada de decisão cabe a cada utente.


Alimentação Saudável

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E
PSIQUIATRIA




Discente: Enf.º Nuno Miranda
Orientador: Enf.ª Helena Afonso

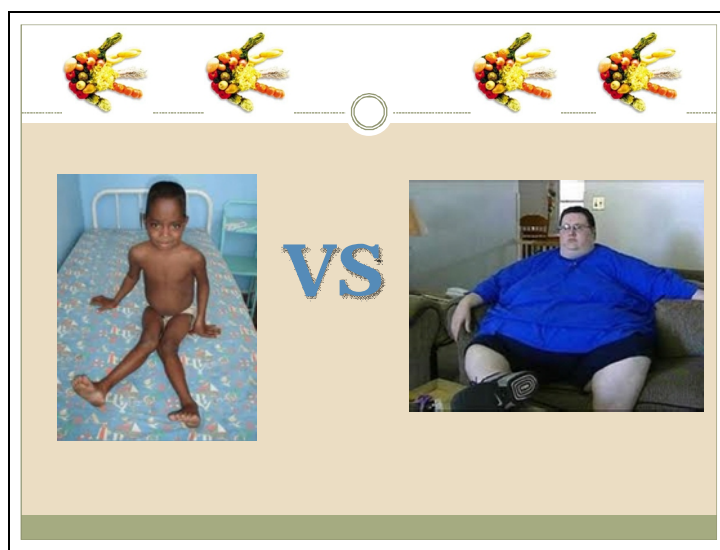
Olivais, Dezembro de 2011

 **Alimentação**

Saudável → Equilibrada → Satisfação das necessidades nutricionais

Necessidade vital  Acto consciente e voluntário

Processo pelo qual os organismos vivos obtêm e assimilam os alimentos, para as suas funções vitais.



Doenças do Comportamento Alimentar

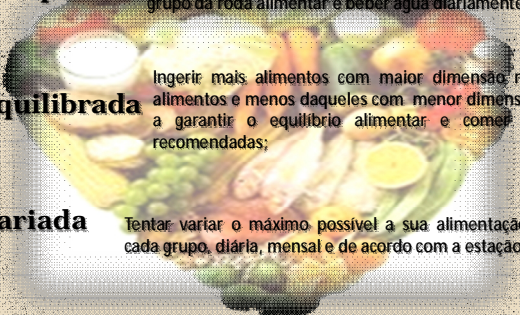
| | | | |
|---|---|---|--|
|  | EXCESSO |  | DÉFICE |
| | → | | → |
| | Obesidade Doenças cardio-vasculares Diabetes <i>Mellitus</i> (...) | | Raquitismo Anorexia Bulimia (...) |

Factores de Risco:

- Hábitos Alimentares Inadequados
- Sedentarismo
- Hábitos Tabágicos/Alcoolicos


Alimentação Saudável

- ✔ **Completa** Diariamente devem ser ingeridos todos os alimentos de cada grupo da roda alimentar e beber água diariamente;
- ✔ **Equilibrada** Ingerir mais alimentos com maior dimensão na roda dos alimentos e menos daqueles com menor dimensão de forma a garantir o equilíbrio alimentar e comer as porções recomendadas;
- ✔ **Variada** Tentar variar o máximo possível a sua alimentação, dentro de cada grupo, diária, mensal e de acordo com a estação do ano



Peso Adequado

Equilíbrio entre a energia consumida e a energia gasta



Peso Ideal = Alimentação Saudável + Exercício Físico

Índice de Massa Corporal (IMC)

Valor calculado através da relação entre o peso e a altura.

Indica se o nosso peso está dentro dos parâmetros recomendáveis ou não (se temos quilos a mais ou a menos)


$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura}^2}$$

| IMC | Classificação |
|-----------|----------------------|
| < 18,5 | Excesso de Magreza |
| 18,5 - 25 | Peso Normal |
| 25 - 30 | Excesso de Peso |
| 30 - 35 | Obesidade (Grau I) |
| 35-40 | Obesidade (Grau II) |
| >40 | Obesidade (Grau III) |

Pirâmide dos Alimentos


Indica os alimentos que devem ser predominantemente ingeridos (os da base) e esporadicamente consumidos (os do topo)






Roda dos Alimentos

q Ajuda a escolher e a combinar os alimentos que deverão fazer parte da alimentação diária.



q Símbolo em forma de círculo que se divide em segmentos de diferentes tamanhos que se designam por Grupos e que reúnem alimentos com propriedades nutricionais semelhantes.




Roda dos Alimentos


q Cada um dos grupos apresenta funções e características nutricionais específicas, mas todos devem estar presentes na alimentação diária, não devendo ser substituídos entre si.


q A água, não possuindo um grupo próprio, está também representada em todos eles, pois faz parte da constituição de quase todos os alimentos.

Água imprescindível à vida

 **Conselhos para um alimentação saudável**

- Distinguir os alimentos saudáveis (fruta e os legumes) dos alimentos não saudáveis (doces, salgados)
- Entre as refeições principais, opte pela fruta, iogurte magro e bolachas simples, em vez de alimentos de alto teor de gordura
- Evitar o consumo de gorduras, óleos, doces e sal
- Beber água em vez de refrigerantes com açúcar
- Optar por peixe e carnes brancas (aves, coelho...) e evitar a comida rápida (fast-food)/alimentos gordurosos



 **Conselhos para um alimentação saudável**

- Tomar sempre o pequeno-almoço - leite ou seus derivados, pão escuro, de mistura ou cereais integrais e fruta fresca
- Evitar estar mais de 3 horas e meia sem comer, opte pelas merendas entre as refeições e a ceia antes de se deitar
- Substituir o sal, por ervas aromáticas e especiarias
- Consumir bebidas alcoólicas com moderação
- Optar por métodos de culinária, que incluam estufados, cozidos e grelhados.



Conselhos para um alimentação saudável

- q Evitar a adição de açúcar ao leite, chá ou café, procure habituar-se ao sabor natural destas bebidas
- q O consumo de produtos ricos em açúcar só devem ser consumidos ocasionalmente e de preferência após uma refeição
- q Preferir o azeite em relação as outras gorduras, tanto para cozinhar, como para temperar os pratos



Conselhos para um alimentação saudável

- q Não utilizar gorduras que foram sobreaquecidas ou óleos queimados



Inicie sempre o almoço e o jantar com uma sopa rica em hortaliças/legumes; faça bastantes saladas

- q Chá e infusões sem adição de açúcar - forma saudável e saborosa de consumir água.

- q A fruta é a melhor opção para terminar uma refeição





ANEXO XVIII

(Sessão de educação para a saúde sobre “Higiene Oral”)

Sessão de Educação para a Saúde

“Higiene Oral”

Moderador:

Enf.º. Estagiário Nuno Miranda

Enf.ª Helena Afonso



Local: sala de actividades do Centro de Dia dos Olivais

Data: 26 de Dezembro de 2011

Duração: 30 minutos

Destinatários: Utentes que frequentam o NIC Olivais

Metodologia: Expositiva e interrogativa

Meios Utilizados Equipamento multimédia (computador, *data show*)

Objectivos:

- Û Sensibilizar os utentes para a importância da Higiene Oral;
- Û Recordar os utentes sobre a dentição e a função desta;
- Û Consciencializar para as consequências de uma má higiene oral e salientar as estratégias de prevenção para o aparecimento de problemas dentários;
- Û Ensinar os utentes sobre a técnica correcta de lavagem oral (escova de dentes, fio dentário);
- Û Salientar um dos efeitos secundários da medicação psiquiátrica (secura da boca) e fornecer conselhos para atenuar esse efeito;
- Û Promover a interacção entre o grupo

Papel do Moderador:

- Û Identificar qualquer dificuldade na compreensão da sessão,
- Û Identificar se existe algum desagrado na participação da sessão,
- Û Zelar para que todos os utentes participem;
- Û Evitar comportamentos desadequados.

Conteúdo da Sessão:

Ü Introdução – Apresentação do tema

Ü Desenvolvimento

- Dentição/Função da dentição
- Importância da Higiene Oral
- Problemas dentários causados por má higiene oral
- Técnica correcta de escovagem e utilização do fio dentário
- Cuidados com a prótese dentária
- Efeitos da Medicação
- Passos importantes para uma higiene oral saudável

Ü Conclusão

- Apresentação de questões sobre a alimentação,
- Promoção da interacção grupal/partilha de experiencias pessoais
- Síntese do tema apresentado

Avaliação da Sessão:

Esta sessão de educação para a saúde “Higiene Oral” foi direccionada aos utentes que frequentam o grupo “estilos de vidas saudáveis”. Esta decorreu dentro da normalidade e os utentes referiram, que este tipo de acções é muito pertinente, pois são várias as vezes que estes se descuidam dos seus hábitos de higiene, nomeadamente a limpeza da cavidade oral.

A avaliação foi feita através de um pequeno questionário oral, de escolha múltipla, no final da secção e posteriormente por um pequeno debate sobre a temática abordada, houve um momento por assim dizer de partilha de experiencias.

Em relação ao questionário, os utentes responderam correctamente as questões colocadas, o que reflecte a atenção prestada durante a acção. Em relação ao debate, os utentes colocaram questões pertinentes não só sobre o tema mas também sobre a alimentação que é um dos temas associado a este.

Os utentes gostaram e referiram que era importante existir mais acções como esta. Em relação, à temática abordada referem ter ficado mais esclarecidos, nomeadamente sobre a técnica de escovagem e o uso do fio dentário.

Desta forma, os objectivos pré-estabelecidos para esta sessão foram atingidos pois conseguiu-se transmitir a mensagem pretendida - Importância da higiene oral na prevenção de problemas dentários.

ANEXO XIX

(Sessão de educação para a saúde sobre “Higiéne do Sono”)

Sessão de Educação para a Saúde

“Higiene do Sono”

Moderador:

Enf.º. Estagiário Nuno Miranda

Enf.ª Helena Afonso



Local: sala de actividades do Centro de Dia dos Olivais

Data: 05 de Janeiro de 2012

Duração: 30 minutos

Destinatários: Utentes que frequentam o NIC Olivais

Metodologia: Expositiva e interrogativa

Meios Utilizados Equipamento multimédia (computador, *data show*)

Objectivos:

- Û Sensibilizar os utentes para a importância de um sono reparador para o seu bem-estar mental (seguindo as directrizes da Direcção Geral de Saúde);
- Û Consciencializar para os factores de risco que podem perturbar o sono;
- Û Abordar o conceito - insónia - e salientar as consequências desta;
- Û Fornecer conselhos para dormir melhor;
- Û Promover a interacção entre o grupo

Papel do Moderador:

- Û Identificar qualquer dificuldade na compreensão da sessão,
- Û Identificar se existe algum desagrado na participação da sessão,
- Û Zelar para que todos os utentes participem;
- Û Evitar comportamentos desadequados.

Conteúdo da Sessão:

Ü Introdução – Apresentação do tema

Ü Desenvolvimento

- Significado do Sono
- Factores que prejudicam o sono
- Insónia / Consequências e Tratamento da insónia
- Conselhos para dormir melhor
- Técnicas de relaxamento

Ü Conclusão

- Apresentação de questões sobre a higiene do sono,
- Promoção da interacção entre o grupo/partilha de experiências pessoais
- Síntese do tema apresentado

Avaliação da Sessão:

A presente sessão de educação para a saúde foi muito bem aceite pelos utentes que frequentam o NIC Olivais. De forma geral todos os utentes referiram ter alguns problemas neste âmbito, pelo que ao longo da sessão demonstraram-se atentos e participativos.

A apresentação decorreu sem intercorrências, foi inicialmente explicado a importância deste tema e foi pedida a intervenção de todos os utentes ao longo da sessão.

Verifiquei que esta era uma necessidade presente neste grupo de utentes, todos mostraram necessidade de falar e serem esclarecidos sobre o sono. Apesar de na sua maioria cumprirem terapêutica prescrita não tinham comportamentos/rotinas de forma a promoverem um sono mais reparador.



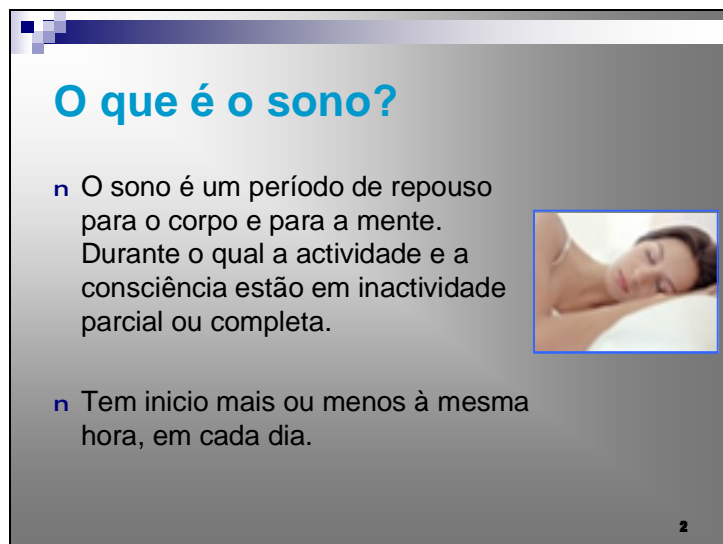
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA

Higiene do Sono

Discente: Enf.º Nuno Miranda
Orientador: Enf.ª Helena Afonso

Núcleo de Intervenção Comunitária
Olivais, Janeiro de 2012



O que é o sono?

- n O sono é um período de repouso para o corpo e para a mente. Durante o qual a actividade e a consciência estão em inactividade parcial ou completa.
- n Tem início mais ou menos à mesma hora, em cada dia.

2

O que é o sono? (continuação)

- n O acto de dormir é essencial nas nossas vidas, sendo tão importante como comer, beber e cuidar das nossas necessidades de higiene.
- n O sono é, assim, importante para o nosso bem estar e vital para a nossa saúde mental.
- n Durante o sono o cérebro tranquiliza-se e acalma, descansando dos estímulos permanentes que o dia-a-dia lhe impõem.



3

Factores que prejudicam o sono:

- n Ruído;
- n Luz;
- n Temperatura.



4

Insónia - O que é?

- n A insónia é a sensação de sono de má qualidade ou de duração insuficiente, resultante da dificuldade em adormecer, dificuldade em manter-se a dormir, acordar demasiado cedo ou ter um sono que não é reparador.



6

Consequências da falta de sono (insónia)?

- n Cansaço;
- n Sonolência durante o dia;
- n Irritabilidade;
- n Menos força física;
- n Alterações do comportamento durante o dia;
- n Falta de concentração;



6

Consequências da falta de sono – (insónia)? ...continuação

- n Hipertensão arterial e Diabetes;
- n Obesidade;
- n Envelhecimento mais rápido;
- n Perda de memória de factos recentes.



n Além de poder comprometer o desempenho profissional, interfere nas relações com as outras pessoas, aumenta o risco de acidentes de viação e diminui a qualidade de vida.

7

A insónia tem tratamento?

Sim.

A insónia pode ser tratada modificando alguns hábitos que interferem com o sono ou recorrendo a medicação específica, prescrita pelo médico, quando as medidas gerais de higiene do sono se mostram insuficientes ou ineficazes.



8

Conselhos para dormir melhor

PARA DORMIR MELHOR





- ↘ À noite, comer somente alimentos de fácil digestão e não exagerar nas quantidades
- ↘ Não leve livros estimulantes nem trabalho para a cama
- ↘ Apague todas as luzes, inclusive a do abajur, do corredor e do banheiro
- ↘ Evite dormir com a TV ligada
- ↘ Evite tomar café, chás com cafeína (como chá-préto e chá-mate) e refrigerantes derivados da cola
- ↘ Procure usar colchões confortáveis e silenciosos
- ↘ Tire da cabeceira o telefone celular e relógios
- ↘ Vedem bem as janelas para não ser acordado pela luz da manhã
- ↘ Tome um banho quente para ajudar a relaxar antes de ir dormir
- ↘ Procure seguir uma rotina na hora de dormir

FONTE: Academia Brasileira de Neurologia - Fundação Nacional do Sono (FUNAS)

Conselhos para dormir melhor

- n Manter horários relativamente constantes para dormir e acordar;
- n Procurar dormir somente o necessário;
- n Manter-se acordado e deitado por muito tempo na cama não melhora a qualidade do sono;



10

Conselhos para dormir melhor

- n O quarto de dormir não deve ser utilizado para trabalhar, estudar ou comer;
- n Quem tem insónia deve evitar ler e assistir à televisão antes de dormir;



11

Conselhos para dormir melhor

- n Não dormir durante o dia, no entanto, as sestas habituais não atrapalham o sono;
- n Exercícios físicos devem ser feitos, no máximo, de seis a quatro horas antes de ir para a cama;
- n Procurar relaxar o corpo e a mente de sessenta a noventa minutos antes de ir para a cama. Nunca tentar resolver problemas antes de dormir;



12

Conselhos para dormir melhor

•Não tomar:

ØCafé;

Øchá preto;

Øchocolate ou qualquer bebida estimulante após as 17 horas.

ØBebidas alcoólicas, embora ajudem a relaxar, perturbam a qualidade do sono. As Pessoas que rersonam devem evitar a ingestão de álcool, pois pode provocar um agravamento do ronco e das pausas respiratórias, devido ao relaxamento provocado pelo álcool na musculatura respiratória;



13

Conselhos para dormir melhor

Ø Não fumar antes de dormir pois a nicotina favorece a insónia e um sono não reparador;

Ø Procurar fazer refeições mais leves;

Ø Calor e frio excessivos alteram bastante o sono, portanto tentar manter o quarto com temperatura agradável;

Ø Ruídos podem ser a causa de um sono não reparador.



14

Técnicas de Relaxamento

Para tentar ajudar as pessoas a terem um sono mais tranquilo, podem ser utilizadas técnicas de relaxamento, que pode ser:



- **Muscular progressivo** - (contrair os músculos e depois relaxar todos os músculos progressivamente enquanto se respira regularmente);
- **Imaginação dirigida** - (imaginar situações que lhe trazem bem-estar, relaxando-o);
- **Utilizando a técnica de respiração** (inspirar e expirar profundamente, com as mãos colocadas em várias partes do corpo e sentindo estas partes a aperceberem-se dos movimentos respiratórios).

15



Higiene do Sono

Obrigado...



Discente: Enf.º Nuno Miranda
Orientador: Enf.ª Helena Afonso

Núcleo de Intervenção Comunitária
Olivais, Janeiro de 2012

16

ANEXO XX

(Psicoedução sobre “Esquizofrenia - Como pode a família ajudar”)

Psicoeducação – “Esquizofrenia”

- Como pode a família ajudar -

Moderador:

Enf.º. Estagiário Nuno Miranda

Enf.ª Helena Afonso

Local: sala de actividades do NIC Olivais

Data: 19 de Janeiro de 2012

Duração: 30 minutos

Destinatários: Familiares/cuidadores de utentes inscritos no NIC dos Olivais com Diagnóstico de Esquizofrenia.

Metodologia: Expositiva e interrogativa

Meios Utilizados Equipamento multimédia (computador, *data show*)

Objectivos:

- Û Promover a aceitação familiar da doença;
- Û Reconhecer os limites que a doença impõe ao utente;
- Û Desenvolver expectativas realistas em relação ao utente;
- Û Reduzir a responsabilidade (culpa) do utente;
- Û Reduzir as emoções negativas dos membros da família;
- Û Diminuir culpa, ansiedade, depressão, raiva e isolamento;
- Û Mostrar aos familiares e utentes que eles não estão sozinhos;
- Û Fornecer um espírito colaborador na luta contra a doença;
- Û Recrutar a cooperação dos membros da família com o plano de tratamento;
- Û Explicar intervenções farmacológicas e psicológicas;
- Û Ajudar os familiares a reforçar a participação do utente no tratamento;
- Û Melhorar as habilidades familiares para monitorizar a doença;
- Û Reconhecer sinais precoces de recaída e mudanças em sintomas persistentes;
- Û Saber como se comportar para impedir recaídas procurando a equipe responsável pelo tratamento;

Papel do Moderador:

- Û Identificar qualquer dificuldade na compreensão da sessão,
- Û Identificar se existe algum desagrado na participação da sessão,
- Û Zelar para que todos os utentes/cuidadores participem e partilhem opiniões;
- Û Evitar comportamentos desadequados.

Conteúdo da Sessão:

- Û Introdução – Apresentação do tema

- Û Desenvolvimento
 - Significado da Esquizofrenia
 - Quem Afecta a Esquizofrenia/prevalência
 - Sintomas da Esquizofrenia
 - Causa da Esquizofrenia
 - Tratamento da Esquizofrenia
 - Prevenir as recaídas/factores de risco
 - Importância das actividades de vida diária...
 - Conselhos para os familiares/cuidadores de utentes Esquizofrénicos

- Û Conclusão
 - Apresentação de questões sobre o tema abordado,
 - Promoção da interacção entre o grupo/partilha de experiencias pessoais
 - Síntese do tema apresentado

Avaliação da Sessão:

Para a realização desta sessão educativa convoquei os familiares/cuidadores via telefone, apesar de tentar explicar e esclarecer os objectivos desta convocatória, nem sempre esta foi bem aceite e alguns cuidadores recusaram-se a comparecer, referindo não terem disponibilidade ou então que não era necessário pois já estavam esclarecidos acerca do assunto.

No entanto, compareceram cinco cuidadores acompanhados com os respectivos utentes pelo que a sessão decorreu como esperado, e consegui alcançar os objectivos pré-estabelecidos.

Todos os elementos referiram que a apresentação foi muito esclarecedora e enriquecedora, pois tiveram a oportunidade de expor as suas dúvidas e serem esclarecidos. Também proporcionou-se um espaço acolhedor onde puderam manifestar os seus sentimentos e preocupações em relação à evolução da doença.



ESQUIZOFRENIA

ESQUIZOFRENIA

Como pode a família ajudar?



Discente: Enf.º Nuno Miranda
Orientador: Enf.ª Helena Afonso

Núcleo de Intervenção Comunitária
Olivais, Janeiro de 2012

ESQUIZOERENIA

ESQUIZOERENIA

Todos aqueles que vivem com esquizofrenia ou conhecem quem viva, sabem que se trata de uma doença difícil... quer do ponto de vista emocional, relacional mas, sobretudo, social.

Apesar de muitos doentes terem acompanhamento médico e psicológico, para terem uma vida "normal" ainda têm de mentir acerca da sua condição ou, pelo menos, omitir a situação.



Em primeiro lugar, é necessário COMPREENDER O PROBLEMA.

ESQUIZOERENIA



É uma doença mental grave, caracterizada por:

- Sintomas psicóticos (distúrbios do pensamento, alucinações e delírios);
- Alterações do desempenho social e profissional do indivíduo

ESQUIZOERENIA – QUEM AFECTA?

- Cerca de 1 % da população mundial



São vários os tipos de doença –
o grau de comprometimento varia conforme
a pessoa



Quanto mais precoce for diagnóstico e o início do
tratamento melhor é o prognóstico

ESQUIZOERENIA – QUEM AFFECTA?

- Aparece mais cedo nos homens do que nas mulheres (geralmente no fim da adolescência ou no início da idade adulta)
- A maioria dos doentes continua a sofrer de alguns sintomas durante toda a vida



É uma doença cerebral crónica, grave e debilitante

ESQUIZOERENIA - SINTOMAS

- Sintomas positivos: Ideias delirantes
Alucinações
- Sintomas negativos: Falta de emoções
Disfunção social
Discurso desorganizado
Comportamento catatónico
- Sintomas cognitivos: Deficiências a nível da memória e da aprendizagem



ESQUIZOFRENIA - CAUSA

- Genética - responsável por metade do risco de adoecer.



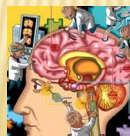
A genética da esquizofrenia é complexa, acredita-se que muitos genes estejam envolvidos e que eles regulem etapas importantes do desenvolvimento cerebral.

ESQUIZOFRENIA - CAUSA

- Ambiental - são os factores que mais influenciam a doença são os que ocorrem precocemente durante o desenvolvimento cerebral (durante a gestação, no parto e na primeira infância)



FACTORES FÍSICOS
(infecções por vírus na gestação, traumatismo de parto e infecções do SNC na infância)



FACTORES PSICOLÓGICOS
(traumas, depressão materna ou perda parental precoce)

ESQUIZOERENIA - TRATAMENTO



■ **Medicação** - Os antipsicóticos são os medicamentos indicados no tratamento da esquizofrenia e representaram um grande avanço no tratamento da doença, com redução dos internamentos psiquiátricos e melhor integração dos utentes na sociedade.

- **Reabilitação** - alguns sintomas estão relacionados mais directamente com o funcionamento social da pessoa (sintomas negativos e cognitivos) pelo que requerem tratamentos complementares como a reabilitação psicossocial, cognitiva e a psicoterapia.



ESQUIZOERENIA - TRATAMENTO

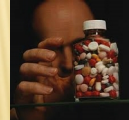


- **Internamento** - A necessidade de internamento hospitalar reduziu drasticamente após o advento dos antipsicóticos, mas em situações de crise, quando o utente se coloca em situações de risco, o internamento ainda é um recurso útil.
- **Electrochoques** - Um tratamento cercado de estigma e preconceito, porém eficaz e com indicações precisas, como a catatonia, o electrochoque (ECT) é realizado hoje em dia em circunstâncias totalmente diferentes do passado, com anestesia, monitorização do utente e com baixo risco para a saúde.

ESQUIZOFRENIA - ANTIPSICÓTICOS

- Actuam ao nível das sinapses, impedindo a recepção da dopamina pelo neurónio pós sináptico.
- Têm uma acção psicotrópica, com efeitos sedativos e psicomotores. Existem antipsicóticos de 1ª geração (típicos/convençãoais) e os de 2ª geração (atípicos/não convencionais)

Os antipsicóticos não convencionais:
(Haldol®, Socian®, Leponex®, Zyprex®, Risperdal®, Seroquel®)

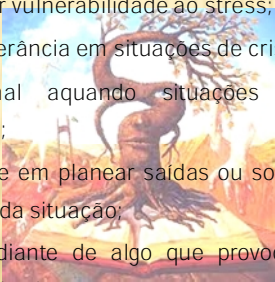


- ✓ menos efeitos secundários;
- ✓ melhor eficácia contra sintomas quer positivos quer negativos;
- ✓ melhoram os níveis de memória;
- ✓ reduzem as tendências suicidas;
- ✓ reduzem as alucinações.

ESQUIZOFRENIA – RECAÍDA

A pessoa com esquizofrenia apresenta:

- Uma maior vulnerabilidade ao stress;
- Menos tolerância em situações de crise;
- Reage mal aquando situações de sobrecarga emocional;
- Dificuldade em planear saídas ou soluções para uma determinada situação;
- Paralisação diante de algo que provoca uma reacção desestabilizadora.



ESQUIZOERENIA – RECAÍDA

• Características que antecedem a crise:

- Isolamento;
- Retraimento emocional;
- Necessidade de estar atento a tudo;
- Insónia;
- Avaliações deturpadas da realidade



“ANTECIPAR A RECAÍDA” PARA SE CONSEGUIR INTERVIR PRECOCEMENTE E EVITANDO UM NOVO SURTO DA DOENÇA

ESQUIZOERENIA – RECAÍDA

Factores importantes para a protecção contra as recaídas:

- Todas as formas de tratamento: ida regular as consultas medicas, adesão ao esquema terapêutico (medicação, psicoterapias psicossocial e de família e psicoeducação);
- Tolerância pessoal ao stress;
- Ambiente social e familiar em harmonia.



ESQUIZOFRENIA – RECAÍDA



Factores de risco da recaída:

- A própria doença: gravidade das alterações neuroquímicas (níveis de dopamina), intensidade dos sintomas, disfunção cognitiva e dificuldade de processamento das informações do ambiente;
- Personalidade difícil;
- Ambiente social e familiar stressante ou super estimulante;
- Acontecimentos da vida traumáticos ou stressantes.

ESQUIZOFRENIA – RECAÍDA



Os factores de protecção devem ser maiores do que os de risco para que a doença permaneça estabilizada.

Todos os factores de protecção podem ser aperfeiçoados com o tratamento:

- A tolerância pessoal pode ser reforçada através da psicoterapia e dos medicamentos;
- O ambiente social pode ser adequado através do tratamento psicossocial e de família, tendo em conta as potencialidades e fragilidades de cada um;
- O ambiente familiar pode melhorar com a orientação ou terapia familiar.

ESQUIZOFRENIA – ACTIVIDADES DIÁRIAS

Importância das actividades diárias:

Trabalho - É desejável que o utente volte a trabalhar ou estudar, mas é necessário que suas actividades sejam compatíveis com seu real potencial e que não sejam super-estimulantes e não constituam um factor de risco a mais para recaídas.

Relacionamentos - Algumas dificuldades de relacionamento podem melhorar com terapias e com o apoio da família, estimulando o paciente a estar mais em contacto com as pessoas.

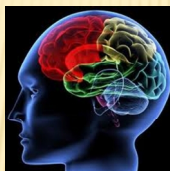
Lazer - O lazer é fundamental para uma vida mais equilibrada e harmoniosa. Terapias de reabilitação e actividades lúdicas com fins terapêuticos não devem ser confundidas com lazer, pois são encaradas pelos pacientes como actividades regulares. A família deve aproveitar o tempo junto e levar o paciente a passeios e actividades de entretenimento.

ESQUIZOFRENIA – CONSELHOS PARA OS FAMILIARES/CUIDADORES

- É importante que o familiar/cuidador identifique se algum dos padrões característicos está a surgir e que reflecta sobre suas atitudes e sentimentos.
- O familiar/cuidador deve dedicar uma parte do seu tempo nas actividades que lhe proporcionam mais prazer, e seja um caminho de escape para o stress.
- Ter um periodo sozinho, para se cuidar, fazer actividades físicas, ter uma leitura agradável ou para relaxar e reflectir sobre si mesmo.
- Procurar actividades sociais e de lazer que incluam o doente também ajuda a aliviar as tensões e a reaproximar as pessoas.
- Conversar, partilhar ideias e experiências, encontrar soluções em conjunto e dividir melhor a sobrecarga, tentar manter a união de todos para enfrentar as dificuldades do dia-a-dia

ESQUIZOERENIA

- Actualmente as possibilidades de recuperação são enormes. Os recursos que dispomos para tratamento são muito superiores aos existentes há vinte ou trinta anos atrás.



- A esquizofrenia precisa de perder o estigma de doença degenerativa, em que a pessoa vai perdendo aos poucos a sua vitalidade.

ESQUIZOERENIA

- A ciência já mostrou que não ocorre degeneração. Pelo contrário, é possível recuperar muitas funções perdidas pela doença.



Ainda que não exista uma cura, é possível tratá-la a ponto de estabilizar e preparar a pessoa para uma vida activa e plena.

Tudo depende da esperança e da energia que conseguimos reunir em torno do utente para ajudá-lo a encarar este desafio.

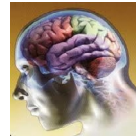


ANEXO XXI

(Sessão de educação para a saúde sobre “Adesão ao Regime Terapêutico”

Sessão de Educação para a Saúde

“Adesão ao regime terapêutico”



Moderador:

Enf.º. Estagiário Nuno Miranda

Enf.ª Helena Afonso

Local: sala de actividades do Centro de Dia dos Olivais

Data: 09 de Janeiro de 2012

Duração: 30 minutos

Destinatários: Utentes que frequentam o NIC Olivais

Metodologia: Expositiva e interrogativa

Meios Utilizados Equipamento multimédia (computador, *data show*)

Objectivos:

- Û Sensibilizar os utentes para a importância da adesão ao regime terapêutico
- Û Consciencializar para as vantagens do regime terapêutico;
- Û Salientar o risco de recaída e o que fazer para a evitar;
- Û Ensinar os utentes sobre os diferentes tipos de psicofarmacos e os seus efeitos secundários,
- Û Fornecer estratégias aos utentes para aderirem ao regime terapêutico;
- Û Promover a interacção entre o grupo

Papel do Moderador:

- Û Identificar qualquer dificuldade na compreensão da sessão,
- Û Identificar se existe algum desagrado na participação da sessão,
- Û Zelar para que todos os utentes participem;
- Û Evitar comportamentos desadequados.

Conteúdo da Sessão:

Ü Introdução – Apresentação do tema

Ü Desenvolvimento

- Breve introdução histórica
- Vantagens do regime terapêutico
- Sinais/sintomas de recaída e como a evitar
- Psicofarmacos
- Factores da má adesão terapêutica
- Efeitos secundários da medicação
- Estratégias para a adesão ao regime terapêutico

Ü Conclusão

- Apresentação de questões sobre a alimentação,
- Promoção da interacção grupal/partilha de experiencias pessoais
- Síntese do tema apresentado

Avaliação da Sessão:

Em psiquiatria, como noutra área da saúde, é primordial o utente aderir ao regime terapêutico proposto, para que todo o acompanhamento e tratamento realizado funcionem. A colaboração do utente é necessária, para este consiga ter algum bem-estar em todas as suas valências.

Uma das características dos utentes psiquiátricos, é curiosidade e a necessidade que estes têm em perceber todos os critérios do seu tratamento e as características dos fármacos que lhes são prescritos. Facilitando assim o trabalho dos profissionais, torna-se um trabalho de equipa e sendo nós portadores das informações devemos transmiti-la e esclarecer duvidas para que os utentes sejam esclarecidos e cumpram um regime terapêutico acordado entre profissional-utente.

Desta forma, esta sessão foi bem acolhida pelos utentes, diversas dúvidas foram expostas pelo que algumas foram encaminhadas para o atendimento individualizado.

A sessão decorreu sem intercorrências, os utentes participaram e partilharam a suas experiências pessoais tendo-se proporcionado um ambiente de partilha e interação entre todos.




Adesão ao Regime Terapêutico

- Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem em
Saúde Mental e Psiquiatria -





Discente: Enf.º Nuno Miranda
Orientador: Enf.º Helena Afonso

Olivais, Janeiro de 2012



Breve introdução histórica

- I **1ª terapias** – para controlarem estados de agressividade e agitação psicomotora (choques insulínicos, terapia electroconvulsivoterapia, hidroterapia e terapias psicológicas)
- I **Psicofármacos** – (1952) clorpromazina, utilizada para sedação em cirurgias





Vantagens do Regime Terapêutico



- Evitar recaídas/novas crises
- Evitar degradação progressiva e perda de capacidades
- Promover o contacto social, o emprego e a realização de actividades diárias
- Estabilização do estado clínico, humor, sono, apetite

Como Evitar Recaídas...



- ✓ Ir à consulta de psiquiatria, periodicamente, para vigilância da sua evolução clínica e se necessário fazer-se reajuste da medicação;
- ✓ Cumprir a medicação prescrita;
- ✓ Se necessário pedir ajuda (apoios psicossociais)
- ✓ Reconhecimento precoce de sinais de recaída

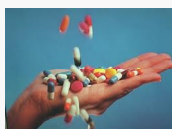
Sinais/Sintomas de recaída

- ✓ Alterações do sono;
- ✓ Alterações nos hábitos de higiene;
- ✓ Isolamento social e familiar;
- ✓ Hiperactividade e/ou inactividade;
- ✓ Gastos Excessivos;
- ✓ Ideias estranhas/irrealistas;
- ✓ Abandono de hobbies ou actividades de interesse



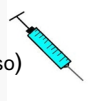
Psicofármacos

- ✓ Antidepressivos (Fluoxetina, Venlafaxina, Anafranil)
- ✓ Antipsicóticos/neurolépticos (Haldol, Nozinan, Tercian, Zyprex, Risperdal)
- ✓ Estabilizadores de Humor (Litio, Dipelexil, Lorazepam, Topiramato)
- ✓ Indutores do sono (Morfex, Zolpidem)
- ✓ Ansiolíticos (Benzodiazepinas - Diazepam, Alprazolam)
- ✓ Antiepiléticos (Carbamazepina, Hidantina)



Apresentação dos fármacos

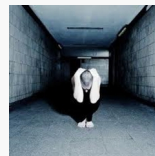
- ✓ Comprimidos/cápsulas
- ✓ Comprimidos orodepressíveis
- ✓ Solução oral/gotas
- ✓ Injectável (intramuscular, endovenoso)



Contra-indicado ingerir álcool simultaneamente com medicação

Factores da Má Adesão Terapêutica

- ✓ Não Aceitação da doença;
- ✓ Existência de efeitos secundários;
- ✓ Prescrição complexa ou confusa dos medicamentos (horários ou quantidades);
- ✓ O facto de ter que tomar medicação para o resto da vida
- ✓ Ausência de alguém/suporte psicossocial que assegure a toma de medicação.



Efeitos Secundários



- ▮ Efeitos específicos de cada medicamento que têm tendência para se manifestarem mais numas pessoas do que noutras.

Por vezes podem ser entendidos como um sinal de que a medicação está a prejudicar a da pessoa e não a ajudá-la

Exemplos de efeitos secundários

- ✓ Aumento e Diminuição de Appetite
- ✓ Sialorreia ("baba")
- ✓ Discurso arrastado
- ✓ Aumento de peso
- ✓ Obstipação
- ✓ Crise Neurodisléptica (hiperextensão da nuca, exteriorização da língua, olhos revirados para o tecto)
- ✓ Discinésia tardia (movimentos involuntários na face/ boca)
- ✓ Sonolência
- ✓ Abscessos musculares (nódulos)

Exemplos de efeitos secundários

- ✓ Galactorreia (secreção mamária)
- ✓ Acatisia (incapacidade de permanecer parado)
- ✓ Hipotensão
- ✓ Tremores
- ✓ Retenção urinária
- ✓ Disfunção Sexual
- ✓ Aumento dos sintomas negativos (isolamento)
- ✓ Dificuldade na flexibilidade das articulações ao levantar

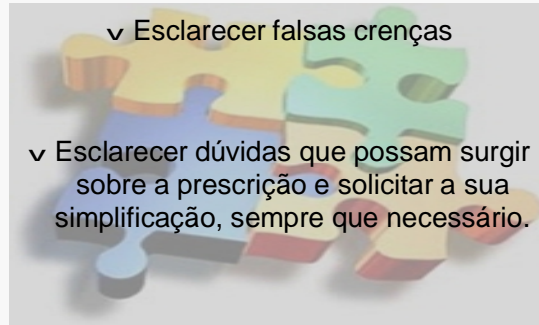
Estratégias para aderir ao regime terapêutico

- ✓ Aceitar e perceber/esclarecer dúvidas sobre a doença e o seu tratamento;
- ✓ Perceber para que serve a medicação;
- ✓ Discutir sempre que necessário, com os profissionais de saúde de referência, sobre as vantagens/desvantagens da medicação;
- ✓ Identificar benefícios objectivos que podem ser conseguidos com o cumprimento da medicação;
- ✓ Estar aberto ao relacionamento com o técnico de saúde (relação de confiança)



Estratégias para aderir ao regime terapêutico

- ✓ Esclarecer falsas crenças
- ✓ Esclarecer dúvidas que possam surgir sobre a prescrição e solicitar a sua simplificação, sempre que necessário.



Adesão ao Regime Terapêutico



Obrigado



Discente: Enf.º Nuno Miranda

Orientador: Enf.ª Helena Afonso

Olivais, Janeiro de 2012