



# CATÓLICA PORTO

## CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

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

Joana Filipa Lopes Coelho

março de 2015



# CATÓLICA PORTO

## CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

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

Por Joana Filipa Lopes Coelho

Sob orientação de Professora Aida Maria Silva Fernandes

março de 2015

Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho,  
mas não vai só, nem nos deixa sós;  
leva um pouco de nós, deixa um pouco de si mesmo.

(Antoine de Saint-Exupéry)



## AGRADECIMENTOS

Aos **meus pais** que me deram muito daquilo que hoje sou.

À **minha família**, pela disponibilidade, sem eles todo este trabalho teria sido bem mais difícil.

À **Professora Doutora Aida Fernandes e Professor Doutor Luís Sá** pelo interesse e disponibilidade oferecida e por terem contribuído e permitido o meu crescimento enquanto Pessoa e Enfermeira.

Aos **meus amigos** que me apoiaram em todos os momentos, apesar das ausências, dando-me suporte e força para continuar este percurso.

Às **minhas colegas** que com as suas críticas, sugestões e orientações me permitiram enriquecer.

A **todos os profissionais** que me orientaram e acompanharam neste percurso, ensinando-me e mostrando-me o quanto se pode fazer na área da Saúde Mental e Psiquiatria.

A **todas as pessoas** envolvidas directa e/ou indirectamente neste percurso.

Por último, a todos os **portadores de doença mental**, pois merecem todo o apreço e afeição, e ainda às suas famílias que enquanto cuidadores informais realizam um trabalho de uma importância inigualável.

**A todos, os meus sinceros agradecimentos.**



## RESUMO

O plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa 2013/2015 preconiza a realização de um Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e do qual resulta este relatório. Com esta Unidade Curricular de Estágio pretende-se que o enfermeiro/a adquira competências profissionais específicas que lhe permitam desenvolver uma compreensão e uma intervenção terapêutica mais eficaz.

Repartido por três módulos, este Estágio alargou-se às três áreas de intervenção terapêutica: Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção; Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos; Reabilitação e reinserção / Equipas de Psiquiatria Comunitária. Em todos se procurou que os objetivos estabelecidos pela instituição de ensino e os objetivos individuais planificados no projeto de estágio fossem atingidos. Transversal ao percurso foi a utilização de técnicas de relação de ajuda formal e informal, reconhecendo que são a ferramenta por excelência da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

O módulo I decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade de Matosinhos – Unidade Local de Saúde de Matosinhos, realizando intervenção terapêutica de grupo a utentes integrados num Centro de Dia, centrada nas respostas humanas aos processos de doença e envelhecimento, na demência/défice cognitivo ligeiro.

O módulo II decorreu no serviço C4 do Hospital de Magalhães Lemos, EPE (serviço de Internamento de adultos), prestando cuidados a utentes e famílias em situação de crise.

O módulo III desenrolou-se no Hospital de Dia Psiquiatria do Centro Hospitalar de São João, EPE, integrando uma equipa multidisciplinar e desenvolvendo atividades de acompanhamento terapêutico em grupo e treino de competências sociais, entre outras, contribuindo para a recuperação e reabilitação social dos utentes que frequentam o Hospital de Dia.

O presente relatório adota uma metodologia descritiva e reflexiva das atividades desenvolvidas, das dificuldades e constrangimentos vividos, mas sobretudo das competências adquiridas e específicas da área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

**Palavras-chave:** enfermagem, saúde mental, utente, comunidade

## **ABSTRACT**

The 7th Master in Nursing with specialization in Mental Health and Psychiatric Nursing, Institute of Health Sciences of the Catholic University of Portugal 2013/2015 calls for the realization of a Mental Health Nursing Internship and Psychiatry and which results this report. With this course stage it is intended that the nurse acquire specific professional skills to help you develop an understanding and more effective therapeutic intervention.

Divided into three modules, this stage was extended to three areas of therapeutic intervention: Promoting healthy lifestyles, diagnosis and prevention; Developing skills in intervention units in adult crisis; Rehabilitation and reintegration / Community Psychiatry teams. In all we tried the goals set by the school and individual objectives planned in the stage design were achieved. Cross the route was the use of techniques of formal and informal supportive relationship, recognizing that they are the nursing excellence by tool in mental and psychiatric health.

The module I held in the Community Care Unit of Matosinhos - Unit Matosinhos Local Health, conducting group therapy intervention integrated users a day center, where human responses to disease and aging processes in dementia / mild cognitive impairment .

The module II took place in C4 service Magalhães Lemos Hospital, EPE (adult inpatient service), providing care to patients and families in crisis.

The module III unfolded at the Psychiatric Day Hospital Hospital de São João, EPE, integrating a multidisciplinary team and developing therapeutic monitoring

group activities and training of social skills, among others, contributing to the recovery and social rehabilitation of users attending the Day Hospital.

This report adopts a descriptive and reflective methodology of the activities, the difficulties and constraints experienced, but above all the skills acquired and specific area of Mental Health and Psychiatry Nursing.

**Keywords:** nursing, mental health, user, community

## **LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS**

CD - Centro de Dia

CHSJ - Centro Hospitalar de São João

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

HDP - Hospital de Dia de Psiquiatria

HML - Hospital Magalhães Lemos

MEEESMP - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

OMS - Organização Mundial de Saúde

PEC - Programa de Estimulação Cognitiva

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESM - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RMPJ - Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

SMP - Saúde Mental e Psiquiatria

UCCM – Unidade de Cuidados na Comunidade de Matosinhos

UCP - Universidade Católica Portuguesa

ULS - Unidade Local de Saúde

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	17
SAÚDE MENTAL: UMA PRIORIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....	21
A ASSISTÊNCIA NA SAÚDE MENTAL DA PESSOA E FAMILIARES / CUIDADORES NA COMUNIDADE .....	25
2.1. Do reconhecimento das necessidades à definição de um fio condutor ...	25
2.2 Seleção e Caracterização dos Campos de Atuação .....	26
AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	33
3.1. Competência - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional .....	34
3.2. Competência - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.....	39
3.3. Competência - Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto. ....	43
3.4. Competência - Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde .....	49

CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	63

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO 1</b> – Formação “Gestão de Conflitos” .....	69
<b>ANEXO 2</b> – Panfleto “Con-viver com a demência” .....	85
<b>ANEXO 3</b> – Estudo de Caso .....	89
<b>ANEXO 4</b> – Sessão de educação para a Saúde “Técnicas de Comunicação”..	135
<b>ANEXO 5</b> – Protocolo de Referenciação .....	155
<b>ANEXO 6</b> – Estimulação Cognitiva “Exercitar a Mente” .....	159
<b>ANEXO 7</b> – Técnica de Relaxamento .....	189
<b>ANEXO 8</b> – Musicoterapia .....	222



## INTRODUÇÃO

Depois de seis anos de experiência profissional realizando intervenções de enfermagem ao longo do ciclo vital de indivíduos e suas famílias e em diversas áreas de atuação, senti a necessidade de adquirir e desenvolver competências específicas na minha área de eleição como é a da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP). Por isso me inscrevi no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MEEESMP) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP) 2013/2015 cujo Plano de Estudos preconiza a realização de um Estágio em ESMP, visando permitir aos alunos desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestarem, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados nesta área clínica. O estágio é, inquestionavelmente, um momento determinante para a consolidação de conhecimentos teóricos, representando uma forma de os colocar em prática, com toda a responsabilidade que advém de uma profissão onde a **pessoa** ocupa o lugar central da intervenção terapêutica.

O estágio deste Mestrado compreendeu três módulos, cada um dos quais com 180 horas de prática em contexto clínico, operacionalizando-se no período de tempo compreendido entre 28 de Abril de 2014 e 21 de Janeiro de 2015 e tendo com fio condutor comum aos três módulos **a assistência na saúde mental da pessoa e familiares/cuidadores na comunidade.**

No processo de seleção dos campos de estágio tive em consideração os objetivos preconizados pela UCP, bem como os objetivos pessoais; procurei selecionar os locais de intervenção onde pudesse prestar cuidados formais e informais ao

doente mental, promovendo a articulação entre família, cuidados de saúde diferenciados, cuidados de saúde primários e recursos da comunidade.

O estágio de ESMP desenvolveu-se, tal como previsto no Plano do Curso, em três módulos de intervenção:

O **módulo I - Promoção de estilos de vida saudável, Diagnóstico e Prevenção** - decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade de Matosinhos (UCCM) – Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULS), entre 15 de Setembro e 08 de Novembro de 2014. Ali tive a oportunidade de realizar intervenção terapêutica de grupo a utentes integrados num Centro de Dia, centrada nas respostas humanas aos processos de doença e envelhecimento, na demência/défice cognitivo ligeiro.

No **módulo II - Desenvolvimento de competências em unidades de Intervenção na crise de adultos** - estagiei no serviço C4 do Hospital de Magalhães Lemos, EPE, (HML) entre 28 de Abril e 28 de Junho de 2014, prestando cuidados personalizados a utentes e famílias em situação de crise. Neste contexto pude trabalhar com doentes que se apresentavam numa fase de descompensação, visando a recuperação do seu equilíbrio psíquico.

No **módulo III – Reabilitação e Reinserção / Equipas de Psiquiatria Comunitária** - pude integrar a equipa multidisciplinar do Hospital de Dia de Psiquiatria (HDP) do Centro Hospitalar de São João, EPE, (CHSJ) entre 10 de Novembro e 21 de Janeiro de 2015, desenvolvendo atividades de acompanhamento terapêutico em grupo e treino de competências sociais, entre outras, contribuindo para a recuperação e reabilitação social dos utentes que frequentam o Hospital de Dia.

Neste relatório pretendo descrever o processo metodológico da implementação do projeto inicialmente delineado, bem como, aprofundar, refletir e relacionar os conhecimentos teóricos com as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo dos vários módulos de estágio, em contexto de interação com o indivíduo, sua família e comunidade. Pretendo que não seja uma simples descrição de atividades, mas uma reflexão em que, partindo do *Regulamento nº 129/2011* -

*Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (RCEEEESM)*, é dado destaque ao reconhecimento das competências adquiridas e ao benefício obtido pelos utentes dos serviços em que trabalhei. Pretendo, sobretudo, que seja uma apreciação final de um percurso que foi seguramente de crescimento pessoal e profissional.

Assim, os objetivos deste relatório são essencialmente:

- Evidenciar a importância da Saúde Mental;
- Especificar o papel do Enfermeiro Especialista em SMP;
- Caracterizar os módulos de ensino clínico;
- Recordar os objetivos definidos para os módulos de estágio efetuados;
- Refletir acerca das atividades realizadas e das competências adquiridas

Este relatório é constituído por três capítulos:

No primeiro capítulo - **Saúde mental: uma prioridade de saúde pública** pretendo evidenciar o esforço que a Organização Mundial de Saúde (OMS) e, mais particularmente, Portugal fizeram nas últimas décadas para dar à Saúde Mental a importância que sempre devia ter tido, mas que ainda não havia conquistado. Esse propósito materializou-se na produção de normativos e regulamentos visando a formação de técnicos de saúde com formação específica, a quem cabe um papel determinante na intervenção terapêutica, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.

No segundo capítulo - **A assistência na saúde mental da pessoa e familiares / cuidadores na comunidade** apresento uma breve justificação da seleção da área de intervenção em Saúde Mental e Psiquiatria (SMP), a definição do fio condutor comum aos três estágios, bem como a seleção e a caracterização dos respetivos campos de atuação.

No terceiro capítulo - **Competências adquiridas e desenvolvidas** enuncio os objetivos e as atividades realizadas em cada módulo, apresentando em seguida uma reflexão sobre as competências adquiridas e desenvolvidas, tendo como ponto de partida o Regulamento nº129/2011 (RCEEEESM).

Termino com uma breve reflexão crítica sobre o trabalho realizado e as competências alcançadas.



## CAP. 1

# SAÚDE MENTAL: UMA PRIORIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

A área da Saúde Mental foi historicamente esquecida, negligenciada e por vezes maltratada por razões (pseudo) sócio-culturais e limitações financeiras. Só mais recentemente passou a ser concebida na sua abrangência e complexidade, na prática como uma área tão nobre como as outras, merecedora dos recursos que lhe são indispensáveis. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) *“a saúde mental é um assunto de todos; que afeta tanto a vida da pessoa que vive com problemas de saúde mental e os seus cuidadores, bem como a produtividade da sociedade como um todo.”* A Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS-Região Europeia consideram que *“uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental e este peso tende a aumentar.”* (PNSM, 2008)

É neste contexto e ancorada num novo conceito de saúde, definida pela Assembleia Mundial de Saúde de 1983 como *“um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”* e reconhecendo a íntima relação entre estas diferentes dimensões que se torna evidente a importância da promoção da saúde ao longo de todo o ciclo vital do ser humano e da prevenção da doença mental, quer a nível primário, secundário e terciário.

A OMS (2009) considera existirem sete boas razões para integrar a saúde mental em cuidados de saúde primários, nomeadamente:

- ✓ o grande peso das doenças mentais para as sociedades;

- ✓ a interdependência que muitas vezes se verifica entre afeções físicas e mentais;
- ✓ a grande lacuna existente no acesso a tratamento farmacológico de pessoas com afeções mentais que dele necessitam;
- ✓ a promoção do acesso aos serviços de saúde, dado que cuidados de saúde primários consistem na porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde;
- ✓ o facto de os cuidados primários de saúde mental promoverem o respeito pelos direitos humanos;
- ✓ o facto de os cuidados primários de saúde mental serem suportáveis do ponto de vista económico e possuírem uma boa relação custo-benefício;
- ✓ o facto de os cuidados primários de saúde mental produzirem efetivos ganhos em saúde.

A OMS / Europa define, então, cinco prioridades para a saúde mental:

1. Promover o bem-estar mental e prevenir transtornos mentais;
2. Encaminhar os utilizadores e seus cuidadores para os serviços que possam responder às suas necessidades, aspirações e experiências;
3. Desenvolver serviços, principalmente na comunidade;
4. Desenvolver serviços de apoio à família de pessoas com deficiência mental;
5. Dar informação de elevada qualidade.

Portugal foi um dos primeiros países europeus a adotar uma Lei Nacional (1963) de acordo com os princípios da sectorização, a qual permitiu a criação de centros de saúde mental em todos os distritos e o aparecimento de movimentos importantes, como os da psiquiatria social e da ligação aos cuidados de saúde primários. A nova legislação de saúde mental, aprovada nos anos 90 (Lei nº 36/98 e o Decreto Lei nº 35/99) reforçou a organização dos serviços de saúde mental. A criação de serviços descentralizados permitiu melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados, ao garantir respostas mais próximas das populações e uma articulação maior com os centros de saúde.

O Relatório Mundial da Saúde de 2001 alerta para a necessidade de aumentar e aperfeiçoar a formação de profissionais para a saúde mental, que prestarão cuidados especializados e apoiarão programas de cuidados de saúde primários, adequando as necessidades de cuidados especializados em saúde mental e os recursos existentes.

Em 2008 foi aprovado o Plano Nacional de Saúde Mental na Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 a ser posto em prática entre 2007 e 2016, que corrobora a ideia de que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais. Este Plano tem como objetivos: assegurar que toda a população portuguesa tenha acesso a cuidados de qualidade, em serviços habilitados na promoção da saúde mental, bem como facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com esse tipo de problemas na comunidade. A este propósito refere: *“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.”* (PNSM, 2008)

Este projeto exige a formação de técnicos de saúde com os conhecimentos e as competências adequadas, o que veio a ser regulamentado em 2011. Segundo o Preâmbulo do RCEEEESM nº129/2011 *“os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. A pessoa que se encontra a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria.”*

O Enfermeiro Especialista será, assim, *“um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num campo específico da enfermagem e com competências específicas que lhe permitem ter em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”* (RCCEE n.º 122/2011)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EEESM) tem, segundo estes Regulamentos, um papel privilegiado na intervenção terapêutica, na prevenção da doença mental, na promoção da saúde mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial, mobilizando-se a si mesmo como instrumento terapêutico e desenvolvendo vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional, mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Torna-se assim essencial, que o enfermeiro incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projectos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização.

## CAP. 2

# A ASSISTÊNCIA NA SAÚDE MENTAL DA PESSOA E FAMILIARES / CUIDADORES NA COMUNIDADE

### 2.1. Do reconhecimento das necessidades à definição de um fio condutor

No estrito respeito pelo estipulado no Guia de Estágio previsto no Plano de Estudos do MEEESMP e após atenta análise dos seus objetivos, procurei identificar as minhas necessidades enquanto enfermeira, estabelecer um fio condutor que garantisse o sentido e a coesão da minha atuação ao longo dos três módulos e definir as atividades a realizar.

Reconhecidas as necessidades e visando a sua satisfação, elaborei um projeto que, repartido pelos diferentes módulos e gerido a partir de um fio condutor, me permitisse adquirir as competências desejadas. Fiz pesquisa, aprofundei conhecimentos, defini objetivos e planeei estratégias; uma vez realizadas as atividades, procurei numa atitude crítico-reflexiva avaliar o meu desempenho. Todas estas tarefas contribuíram, indubitavelmente, para a promoção das minhas competências nos domínios relacional, técnico-científico e crítico-reflexivo, que se traduziram num ganho significativo com efeitos na minha futura prestação de cuidados.

O fio condutor estabelecido e comum aos três módulos do estágio foi: **a assistência na saúde mental da pessoa e familiares/cuidadores na comunidade**. De facto, como já foi referido e segundo o PNSM, o sistema de

saúde mental em Portugal mostra alguns aspetos positivos na evolução das últimas décadas; foi um dos primeiros países europeus a adotar uma lei nacional que permitiu a criação de centros de saúde mental em todos os distritos e o aparecimento de vários movimentos importantes, tais como os da psiquiatria social e da ligação aos cuidados de saúde primários. Reconhece-se que a descentralização dos serviços teve um impacto muito positivo para a melhoria da acessibilidade e qualidade dos cuidados, permitindo respostas mais eficazes e uma maior articulação com os CSP. Comparando a situação atual com a situação verificada há 30 anos, constato que foram dados passos muito importantes, porém a cobertura do território nacional por estes serviços ainda é muito incompleta.

Enquanto enfermeira, com experiência nos CSP, verifico que deveria haver maior articulação entre os diversos serviços, uma vez que a promoção da Saúde Mental começa nas Unidades de Saúde. Reconheço, também, que no contexto comunitário existem poucos profissionais de enfermagem especializados em SMP, o que se reflete numa grande carência na prestação de cuidados nesta área específica.

Hoje sabe-se que provocar alterações num único elemento do conjunto familiar tem repercussões nos outros elementos da família e, por vezes, da comunidade, o que confere à família e aos cuidadores do doente uma importância que nunca teve, daí a atenção que se justifica na sua preparação para uma ativa e eficiente participação nos cuidados a prestar ao seu familiar.

## **2.2 Seleção e Caracterização dos Campos de Atuação**

No processo de seleção dos campos de estágio tive em consideração os objetivos preconizados pela UCP, bem como os objetivos pessoais e no seguimento do processo de deteção das minhas necessidades, procurei selecionar campos de intervenção onde pudesse prestar cuidados formais e informais ao doente mental, promovendo a articulação entre família, cuidados de saúde diferenciados, cuidados de saúde primários e recursos da comunidade.

O estágio de ESMP desenvolveu-se, tal como previsto no Plano do Curso, em três módulos de intervenção:

**Módulo I – Promoção de Estilos de Vida Saudável, Diagnóstico e Prevenção**, realizado num total de 180 horas, desde 15 de Setembro a 8 de Novembro de 2014 na UCCM da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

A UCC, à luz do disposto no artigo 14º do DL 28/2008 de 22 de Fevereiro, tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Através das equipas de Intervenção Comunitária, Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, entre outras, intervém ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família, assegurando respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida.

A área de influência da UCC corresponde à área geográfica de atuação do Centro de Saúde de Matosinhos, compreendendo a freguesia de Matosinhos. Os utentes do CSM são indivíduos residentes na área geográfica por ele abrangida, incluindo os residentes ou deslocados temporariamente, dá resposta igualmente aos utentes inscritos nas unidades funcionais:

A UCCM, está integrada no CSM e vai dar resposta as necessidades da população, contribuindo para a melhoria do estado de saúde da população inscrita e residente da sua área geográfica de intervenção, com o intuito de obter ganhos em saúde.

A escolha deste campo de estágio permitia-me, tal como veio a acontecer, o conhecimento e a integração nos projetos inovadores que esta unidade desenvolve regularmente, nomeadamente no âmbito das demências; por isso

considerarei que seria um local de estágio potenciador da aquisição e desenvolvimento de competências especializadas nesta área.

A Equipa da UCCM tem como finalidade prestar um melhor atendimento, assegurando melhor acessibilidade e maior brevidade nas respostas às necessidades e expectativas dos utentes, famílias e comunidades que em si confiarem. Executa Programas de Saúde da Direção Geral de Saúde (DGS) em diferentes campos, tais como: infantários, escolas, universidades, locais de trabalho e de lazer, prestadoras de cuidados informais, lares, domicílios, comunidades de risco, entre outros.

Na área da SM promove os seguintes projetos:

- ✓ Viver com a Demência
- ✓ Intervenção na população com perturbação mental
- ✓ Promoção da Saúde Mental do Idoso
- ✓ Novas Metas – Parceria com a ADEIMA

Durante o estágio, tive oportunidade de participar nos vários projetos, no entanto, o trabalho foi mais dirigido para o projeto “**Viver com a Demência**”, com as visitas domiciliárias frequentes ao doente e seu cuidador; bem como para o projeto “**Promoção da saúde mental do idoso**” através de sessões de estimulação cognitiva num centro de dia da área abrangente.

**Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos**, realizado num total de 180 horas, desde 28 de Abril a 28 de Junho de 2014 no serviço C4 – Internamento de adultos do HML, EPE.

A principal razão para a escolha deste local recaiu no facto de não possuir experiência profissional neste tipo de unidades e reconhecer ser importante colmatar as minhas necessidades nesta área de intervenção clínica. A essência da atividade de enfermagem nestas unidades situa-se ao nível dos cuidados, da interação e da ajuda, com o objetivo de devolver ao indivíduo a capacidade de pensar, decidir, sentir, atuar e interagir de forma autónoma e adequada à realidade sociocultural e afetiva, sempre com vista ao seu bem estar individual, familiar e social.

O Hospital de Magalhães Lemos é atualmente o Hospital Psiquiátrico de referência no distrito do Porto. É orientado para a prestação de cuidados de saúde especializados de psiquiatria e de saúde mental em situações agudas das várias patologias desta área. Tem como aposta a sua plena integração social dos indivíduos com problemas mentais, desenvolvendo atividades de ligação com as diversas Unidades de Saúde e Hospitais Gerais. Faz também a articulação com estruturas da Segurança Social, entidades públicas e privadas, com autarquias da área assistencial e centros de emprego, promovendo sempre a dinamização de Unidades Residenciais e de Emprego Social para os doentes com deficiente retaguarda familiar e profissional, como sendo a Associação de Familiares Utentes e Amigos do Hospital (AFUA).

Abrange toda a região norte, tendo como principal área de influência os concelhos do Porto (Aldoar, Cedofeita, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Miragaia, Nevogilde, Ramalde e Vitória); Matosinhos; Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Santo Tirso e Trofa.

O Serviço C4 destina-se ao internamento de doentes, com idade superior a 18 anos e com patologia do foro psiquiátrico, em fase aguda. A filosofia assistencial é dominada pela prestação de cuidados personalizados a doentes em fase de descompensação, para o restabelecimento do equilíbrio psíquico e da prevenção terciária dirigida à reabilitação, inserção social e redução das consequências da doença. As patologias mais frequentes são a esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtornos de humor, comportamentos aditivos, transtornos da personalidade, entre outros.

Os utentes são internados neste serviço através da consulta externa ou do serviço de urgência e no decorrer do internamento são acompanhados por uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogos, assistente social e auxiliares de ação médica.

A duração média do internamento depende da patologia e da capacidade do utente em restabelecer o seu equilíbrio, sendo os principais focos para a prática de enfermagem: o uso de substâncias, a ansiedade, o pensamento comprometido, a resposta psicológica anormal, o processo familiar comprometido,

a atitude face à gestão da medicação, *coping* diminuído, comportamento compulsivo, comportamento autodestrutivo, padrão de sono comprometido e memória diminuída.

**Módulo III – Reabilitação e Reinserção / Equipas de Psiquiatria Comunitária** - realizado num total de 180 horas, desde 10 de Novembro a 21 de Janeiro de 2015 integrando a equipa multidisciplinar do HDP do CHSJ, EPE.

A escolha deste campo de estágio deveu-se essencialmente ao facto de pertencer à área de abrangência da Unidade de Saúde Familiar onde exerço funções e considerar desejável elaborar um protocolo de articulação, que melhorasse o relacionamento entre as instituições, mas sobretudo entre os profissionais. O meu intuito foi também, o de conhecer a dinâmica implementada no HDP e o tipo de iniciativas que habitualmente desenvolvem com os doentes e seus familiares / cuidadores.

A Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital de Dia localiza-se na ala nascente do CHSJ, no r/c. No mesmo edifício, mas no 1º andar, encontra-se o serviço de internamento. Ao mesmo nível do H.D estão as consultas externas e no -1 estão os ateliers de atividades e salas de reuniões. Dispõe ainda de um espaço exterior com jardim.

O HDP destina-se ao internamento de doentes, com idade superior a 25 anos e com patologia do foro psiquiátrico grave, sendo as mais frequentes a esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtornos de humor, comportamentos aditivos, transtornos da personalidade ou até situações de impasse terapêutico; destina-se igualmente a casos que se caracterizam por um quadro de difícil diagnóstico pelo que é necessário um seguimento mais intensivo e mais estruturado do que o permitido pelo seguimento em Consulta Externa.

O Hospital de Dia tem uma lotação de 20 utentes, podendo estes ser provenientes do internamento ou da consulta externa, após proposta escrita pelo médico assistente e devidamente assinada pela responsável da Unidade.

Aquando da admissão dos doentes é estabelecido um contrato terapêutico entre a equipa e o doente com regras bem definidas tais como: a participação nas consultas e atividades, a proibição do consumo de substâncias ilícitas e o

estabelecimento de relacionamentos fora do Hospital. Os planos de tratamento são discutidos e elaborados em conjunto, com a participação dos membros de todos os grupos profissionais.

Quando é necessário e decidido em equipa, é distribuído ao doente um terapeuta de referência, que deve ser um técnico não médico e que serve de elo de ligação entre o doente e a equipa de saúde mental comunitária.

Durante o internamento cada elemento da equipa multidisciplinar identifica e regista os objetivos que a sua área definiu para o doente e que deverão ser reavaliados no fim do internamento.

A cerca e dois anos que existem três equipas de saúde mental comunitária, divididas por área geográfica (Maia, Porto – Paranhos / Bonfim e Porto – Campanhã); estas realizam visitas aos doentes que não se podem deslocar ao HD ou sempre que solicitadas pela equipa de saúde dos CSP.



## CAP. 3

# AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Não se nasce competente, tornamo-nos (ou não) competentes, por isso nos referimos a um processo de aquisição e desenvolvimento de competências, em resultado das aprendizagens vivenciadas; ser competente é ser capaz de, em cada situação concreta, fazer uso adequado dos conhecimentos, das capacidades e dos recursos disponíveis. Conclui-se por isso que falar de competência é falar de um certo nível de desempenho profissional como resultado dos conhecimentos e das capacidades adquiridas.

Ora, a enfermagem como profissão complexa que é por lidar com seres humanos nas suas múltiplas dimensões, exige uma formação contínua, diversificada e especializada, que garanta ao profissional a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas consistentes. Esse percurso, segundo Madureira (2007) “*envolve a articulação de vários processos, entre eles a formação inicial e contínua de competências, através da conjugação dos saberes formais, do saber-fazer e da experiência, do processo de construção e evolução do enfermeiro e por fim do reconhecimento das competências pelos pares e pela comunidade em geral*”.

O desenvolvimento de competências possibilita ao enfermeiro aplicar os conhecimentos técnico-científicos que detém e prestar os cuidados de enfermagem mais diversificados. Segundo o REPE o enfermeiro deverá, no exercício das suas funções, “*adotar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos*”. E, ainda,

que “o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.”

O RCEEEESM nº129/2011 estipula os critérios que permitem avaliar o perfil de competência deste profissional, por isso considere ser metodologicamente correto partir desses princípios orientadores para, numa análise reflexiva e crítica, os confrontar com a minha prática.

### **3.1. Competência - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional**

*“A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados.” (Anexo I - RCEEEESM nº129/2011)*

#### **Objetivos:**

1. Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a sua dinâmica de funcionamento, bem como, os projetos de intervenção na área da saúde mental, participando ativamente nos momentos que possam contribuir enquanto instrumentos formativos
2. Aprofundar conhecimentos e promover o desenvolvimento profissional no âmbito dos cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiatria

**Atividades:**

- ✓ Realizei visitas aos diferentes campos de estágio orientadas pelas enfermeiras tutoras;
- ✓ Integrei a dinâmica das equipas multidisciplinar e interdisciplinar;
- ✓ Conheci processos de articulação dos serviços com a comunidade e outras instituições;
- ✓ Consultei e analisei planos de ação, normas, programas e protocolos existentes nos serviços;
- ✓ Efetuei pesquisa bibliográfica em todos os campos de estágio;
- ✓ Disponibilizei-me para outras atividades que se proporcionassem no contexto do estágio;
- ✓ Realizei uma sessão de formação em serviço para as assistentes operacionais;

Para o desenvolvimento desta competência, foram realizadas várias atividades.

Primeiramente, no início de cada módulo, foi efetuada uma visita aos serviços orientada pela enfermeira tutora de modo a conhecer a estrutura física, recursos humanos e própria organização e armazenamento dos recursos materiais.

Para uma melhor compreensão da dinâmica dos serviços, foi importante consultar os manuais de procedimentos e normas de atuação dos serviços e questionar as tutoras com algumas dúvidas que surgiram.

Na UCCM existe uma EESM a quem são referenciadas situações de descompensação ou de alteração de comportamento de utentes, percecionadas por outros profissionais da ULSM. Faz também a ligação entre o serviço de Psicogeriatria do HML com a comunidade.

A metodologia de trabalho da equipa de enfermagem utilizada no serviço C4 – Internamento de adultos é o de enfermeiro de referência. O profissional que recebe o doente e faz a sua avaliação inicial será o seu enfermeiro de referência. No entanto, quando há necessidade de colaboração de outro profissional, por exemplo: assistência social, nutricionista, fisioterapia, psicóloga, entre outros, é o elemento médico que requisita esse serviço.

No HDP o método de trabalho utilizado é o individual. Apesar de a equipa de enfermagem estar dividida em: apoio ao jovem (duas enfermeiras), apoio ao adulto (duas enfermeiras) e gabinete de administração de injetáveis (uma enfermeira); todas se entreeajam quando necessário. Quando é decidido em reunião de equipa, é distribuído ao doente um terapeuta de referência que servirá de elo de ligação entre o doente e a equipa de saúde mental comunitária.

Durante o internamento, cada elemento da equipa multidisciplinar identifica e regista os objetivos que a sua área definiu para o doente e que deverão ser reavaliados no fim do internamento. O enfermeiro é responsável por colaborar com a restante equipa multidisciplinar.

No que respeita à articulação do serviço com outras instituições como por exemplo os CSP, esta é efetuada através de carta de referência, na maior parte das situações apenas carta médica, o que no meu ponto de vista é um aspeto a investir. Uma carta de enfermagem com referência aos focos de enfermagem mais pertinentes diagnosticados durante a hospitalização seria uma mais-valia para a continuidade e qualidade de cuidados, nomeadamente nos CSP.

De acordo com o REPE os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional. Desta forma, nos diferentes contextos de estágio tive oportunidade de colaborar com a equipa multidisciplinar, tendo sempre presente o respeito pelas competências dos outros profissionais e atuando em conjunto no sentido de atingir o objetivo comum.

Através da minha observação e do acompanhamento dos enfermeiros tutores que respondiam às minhas questões, permitiram gradualmente a minha integração na equipa multidisciplinar. Considero que ao longo das primeiras duas semanas de cada módulo, foi possível a integração nas diferentes equipas, bem como conhecer o funcionamento e dinâmica dos serviços. Esta rápida integração facilitou a aquisição de capacidades, para que com o passar do tempo, fosse possível a prestação de cuidados e a otimização de todo o meio envolvente, aumentando os níveis de produtividade e facilitando as práticas inerente aos restantes objetivos planeados.

No âmbito de aprofundar e aplicar conhecimentos de modo a promover o desenvolvimento profissional procurei, através do relacionamento pessoal com elementos da equipa multidisciplinar, com os quais surgiu oportunidade de interagir, partilhar saberes de diferentes níveis. Esta partilha de saberes decorreu em momentos de conversa informal, nas passagens de turno, reuniões entre a equipa médica e a equipa de enfermagem e nas reuniões multidisciplinares.

Durante o estágio no HDP, tive oportunidade de participar em ações de formação para a equipa multidisciplinar, que acontecem todas as quartas-feiras e cujos temas são diversos.

Procurei também detetar em todos os locais de estágio a necessidade de realizar intervenções que potenciasses a qualidade dos cuidados prestados, através da intervenção aos diferentes níveis do saber e de forma a cumprir este vasto objetivo, colaborei com a Enf.<sup>a</sup> Chefe do HDP na elaboração de um protocolo de atuação em caso de situação adversa, uma vez que não havia nenhum no serviço.

Detetei, neste local de estágio, uma necessidade de intervenção sobre os colaboradores da instituição, uma vez que foi perceptível um aumento dos níveis de stress em ambiente laboral.

Segundo Vargas (2010)

*O conflito faz parte da nossa vivência enquanto seres humanos vivendo em sociedade; podemos dizer que ele é a resultante da interação do homem com os outros homens e com o ambiente e, cujos resultados afectam a sua estabilidade podendo mesmo provocar o desequilíbrio. As organizações de saúde são por excelência locais favoráveis à formação de conflitos, em consequência da divisão do trabalho, da especificidade de serviços, da coexistência de diferentes grupos profissionais, indivíduos oriundos de diversos extractos sociais, o carácter dos serviços prestados, relações de poder existentes e à existência de diferentes ideias e valores dos vários profissionais.*

Outrora visto como um entrave ao bom desempenho e algo a evitar, hoje em dia sabe-se que a sua existência é saudável, desde que este se mantenha dentro de determinados “limites”. Se as organizações o conseguirem, então estarão a contribuir para o seu desenvolvimento e para o crescimento dos profissionais que as integram e a conduzirem o seu desempenho em direção aos objetivos traçados quer por si quer pelos vários grupos constituintes.

Com o intuito de intervir diretamente sobre esta necessidade, elaborei uma ação de formação em serviço sobre “**Gestão de Conflitos**” (anexo 1) que apresentei

aos assistentes operacionais com o objetivo de os dotar de estratégias para responder às situações de stress da melhor forma possível promovendo a saúde mental.

Esta formação contou com uma boa adesão por parte dos técnicos que participaram ativamente nas dinâmicas propostas.

Percebi que, em certas situações, cabe ao Enfermeiro Especialista intervir perante as outras classes, com o intuito de promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tal como está definido no Anexo II - RCCEE n.º 122/2011, o Enfermeiro Especialista *“desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. (...) Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. (...) Colabora na realização de actividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições.”*

Concluindo, considero que fui capaz de:

- ✓ Identificar emoções, sentimentos, valores e outros fatores que pudessem interferir na relação terapêutica com os utentes;
- ✓ Garantir o contexto e os limites da relação profissional, de forma a manter a integridade do processo terapêutico;
- ✓ Gerir resistências, impasses e medos;
- ✓ Prevenir o risco de fenómenos de transferência;
- ✓ Consciencializar a importância de monitorizar continuamente as minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais nesse mesmo processo.

### **3.2. Competência - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.**

*“Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental.” (Anexo I - RCEEEESM nº129/2011)*

#### **Objetivos:**

1. Identificar a população alvo dos cuidados de enfermagem do serviço;
2. Prestar cuidados personalizados na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica à pessoa, família e comunidade;
3. Planear, executar e avaliar intervenções de acordo com a classificação para a prática de enfermagem (CIPE);

#### **Atividades:**

- ✓ Prestei cuidados aos utentes numa perspetiva holística, tendo em conta as suas características biológicas, funcionais e mentais;
- ✓ Estabeleci relação terapêutica com os utentes, famílias e prestadores de cuidados;
- ✓ Realizei ensinamentos aos utentes, famílias e prestadores de cuidados;
- ✓ Observei e participei nas diferentes consultas de enfermagem realizadas nos diferentes serviços;
- ✓ Efetuei registo do Processo de Enfermagem, de acordo com a nomenclatura da CIPE, no programa Informático SAPE;

No âmbito do projeto da UCC **“Cuidar o cuidador”** fiz, em conjunto com a enfermeira tutora, visitas domiciliárias para poder compreender melhor os núcleos familiares dos doentes com demência e as suas relações, bem como as

condições habitacionais, os recursos familiares e sociais disponibilizados ao doente e o impacto da doença na família.

De forma a ajudar os cuidadores na gestão do regime terapêutico, elaborei um **guia terapêutico**, que foi sendo distribuído aquando das visitas domiciliárias. Este guia era preenchido em conjunto com os cuidadores, que consideraram este guia uma ferramenta importante, uma vez que ter a lista da medicação atualizada e esquematizada, facilita o seu trabalho na hora da administração.

Do meu ponto de vista, e dada a complexidade deste campo de ação, carece de ser trabalhado por Enfermeiros Especialistas em SMP, pois só com a sua competência será possível resolver uma parte significativa dos problemas do doente em contexto comunitário. *“No que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do EESM visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objectivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa...”* (RCEEEESM nº129/2011)

Ainda neste contexto, elaborei dois panfletos subordinados ao título **“Con-viver com a demência”**, que apresentei para aprovação pela entidade competente e que poderão vir a ser entregues aos cuidadores de doente com demência: um é referente às principais alterações cognitivas e comportamentais apresentadas pelo doente numa fase inicial e o outro, relativo às alterações das atividades de vida diária, inerentes ao avançar da doença. (anexo 2)

Durante o estágio no serviço C4 considerei pertinente trabalhar de forma individualizada com alguns utentes, recorrendo à observação e a entrevistas de avaliação inicial com o objetivo de obter dados sobre antecedentes pessoais e familiares, história atual da doença, tipo de alimentação, sono e repouso, autocontrolo, comunicação e estilos de vida, entre outros; seguiram-se-lhe entrevistas de follow-up como forma de avaliar a evolução dos casos. Mediante estes procedimentos pude obter não só as informações desejadas, mas sobretudo a empatia necessária ao estabelecimento de relações terapêuticas.

No HDP tive oportunidade de realizar entrevistas de avaliação inicial com o objetivo de obter dados sobre antecedentes pessoais e familiares, história atual da doença, tipo de alimentação, sono e repouso, autocontrolo, comunicação e estilos de vida, entre outros.

De acordo com a NIC existem atividades que podem ser desenvolvidas nos momentos de contacto e interação com o doente. Refiro, em seguida, algumas técnicas que foram trabalhadas ao longo dos ensinamentos clínicos:

**Presença:** *“Estar com o outro, tanto física como psicologicamente, durante os períodos em que este necessita.”*

**Escuta ativa:** *“Prestar atenção e atribuir significado às mensagens verbais e não verbais do doente.”*

**Gestão do delírio:** *“Proporcionar um ambiente seguro e terapêutico, para o cliente que experiencia um estado de confusão agudo.”*

**Gestão das alucinações:** *“Estimular a sensação de segurança, comodidade e orientação para a realidade, no cliente com alucinações.”*

**Diminuição da ansiedade:** *“Minimizar a apreensão, temor ou presságios relacionados com uma fonte não identificada de antecipação do perigo.”*

Com estas técnicas pretendi dotar os doentes de capacidades tão diversas como: a gestão de situações stressantes, a adoção de comportamentos assertivos, a adesão ao regime terapêutico, a compreensão dos fenómenos relacionados com a sua patologia e a possibilidade de ocorrência de descompensação ou recaída.

O recurso a estas estratégias permite satisfazer o estipulado no RCCEE nº122/2011 quando refere que *“a atuação do enfermeiro especialista envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento...”*

Sabemos que não há saúde sem saúde mental, pelo que devem ser usadas todas as estratégias de modo a prevenir a doença ou a restabelecer a saúde mental dos doentes, dos seus familiares e dos cuidadores.

Além de providenciar a educação e a orientação dos clientes, procurei zelar pela minha própria formação; aprofundei conhecimentos, recolhi a informação necessária sobre os doentes, os seus comportamentos e as suas patologias; e ainda, através da minha participação ativa nas passagens de turno, tomei

conhecimento dos procedimentos terapêuticos a seguir e da evolução dos tratamentos utilizados.

Em conclusão, considero ter atingido os objetivos que me havia proposto e que, considerando os critérios de avaliação previstos para esta competência “*Assiste a pessoa, a família e a comunidade na optimização da SM*”, demonstrei capacidade para, entre outras:

- ✓ Identificar e avaliar fatores protetores e/ou perturbadores da saúde mental no doente e na comunidade;
- ✓ Avaliar o impacto que o problema de SM tem na qualidade de vida do doente, sobretudo, no que concerne à sua autonomia e funcionalidade;
- ✓ Implementar iniciativas de promoção da SM e de prevenção da perturbação da SM na família e na comunidade.

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

No Anexo I - RCEEEESM nº129/2011, a propósito da ajuda a dar ao doente refere-se à *“prescrição dos cuidados a prestar baseados na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital (...) Utilização da gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes.”*

**Objetivos:**

1. Integrar a equipa multidisciplinar e participar nos projetos de intervenção na comunidade na área da saúde mental;
2. Diagnosticar necessidades de cuidados de enfermagem no utente/família/prestador de cuidados e implementar o planeamento de cuidados, na promoção e otimização da sua saúde mental
3. Intervir na pessoa com dependência de substâncias psicoativas integrada no projeto Novas Metas

**Atividades:**

- ✓ Participei nas visitas domiciliárias e reuniões de acompanhamento;
- ✓ Participei no projeto Novas Metas e colaborei no seu desenvolvimento.
- ✓ Elaborei um estudo de caso
- ✓ Realizei sessão de educação para a saúde

- ✓ Elaborei um procedimento de referenciação de doentes entre a USF Covelo e as equipas de saúde mental comunitárias

No âmbito do programa “**Viver com a Demência**” da UCCM participei na prestação de cuidados de enfermagem especializados, através de uma parceria de cuidados com o utente / família e restante equipa de saúde em contexto comunitário, realizada pela equipa do Serviço de Psicogeriatría do Hospital Magalhães Lemos, em articulação com a UCCM, nas visitas domiciliárias e reuniões de acompanhamento.

Visitámos quatro doentes que tinham estado institucionalizados no Serviço de Psicogeriatría, com o diagnóstico de demência e apresentavam alguma dependência nas atividades de vida diária. Estas visitas foram para mim, sem dúvida, momentos de especial aprendizagem, pois tive a oportunidade de constatar, pela observação direta, as dificuldades com que se deparam as pessoas com doença mental e as graves consequências que esta acarreta para a sua qualidade de vida; verifiquei igualmente as dificuldades das famílias em lidar com os sintomas neuropsicológicos e comportamentais da demência do seu doente.

Participei no projeto “**Novas metas**” destinado a toxicodependentes, isto é, indivíduos que são consumidores regulares de substâncias psicoativas toxifílicas, que alteram o seu estado de humor, tendo necessidade de sentir o efeito desejado e/ou evitar os efeitos indesejados provenientes dos sintomas de privação. É importante referir que estes consumos estão normalmente associados: ao consumo de álcool; a patologias do foro mental; a perturbações afetivas, a síndromes psicóticas agudas; a doenças infecto-contagiosas como, a seropositividade para o HIV e hepatites.

Este projeto tem como objetivos conhecer o perfil e os padrões de consumo dos toxicodependentes, bem como diminuir comportamentos de risco e melhorar as condições de saúde nesta população.

Tive oportunidade de trabalhar numa unidade móvel estacionada todos os dias das 10h às 12h, num parque da cidade de Matosinhos, na companhia de uma enfermeira e uma assistente social ou psicóloga. Cabe ao profissional de

enfermagem administrar cloridrato de metadona, para substituição opiácea de baixo limiar; gerir a terapêutica complementar e divulgar informação e desenvolver ações de sensibilização com vista à alteração dos seus comportamentos. Coloquei todo o empenho na satisfação das atribuições que, neste contexto, cabem ao enfermeiro, informando e sensibilizando os utentes no que respeita à administração farmacológica e à necessidade de alteração do seu estilo de vida, nomeadamente, cuidados de higiene, higiene oral e usos de contraceptivos. Reconheço que as condições de trabalho, o modo de organização do serviço e o grupo populacional que serve, dificultam a realização de atividades mais formais no âmbito da educação para a saúde; no entanto, os utentes mostraram-se recetivos a estes ensinamentos identificando a necessidade da mudança nos seus comportamentos.

É prestado, ainda, apoio psicoterapêutico, acompanhamento social e orientação sócio-comunitária; quando necessário é feito o encaminhamento e acompanhamento a consultas médicas e rastreios de doenças infecciosas.

Durante o ensino clínico que decorreu no serviço C4, elaborei um **estudo de caso** (anexo 3) que me proporcionou momentos de intervenção individualizada e estruturada com uma doente que esteve internada.

Araújo (2008) ao referir-se ao estudo de caso diz tratar-se de *“uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores.”* Trata-se de uma metodologia de natureza qualitativa, de abordagem individualizada e mais aprofundada, de um caso particular.

Os fatores que determinaram a seleção do caso foram essencialmente: a população disponível no serviço; o tempo de permanência do doente, dado que a rotatividade é grande; o tipo de patologia em que fosse possível obter ganhos em saúde através de intervenções autónomas de enfermagem, no tempo disponível.

Neste estudo, o alvo de atenção foi unicamente o indivíduo portador de patologia mental com o diagnóstico médico de depressão de ajustamento, proveniente de um luto patológico prolongado; uma vez que não foi possível trabalhar com o núcleo familiar; procurei, sobretudo, identificar e desmistificar crenças erróneas

em relação ao processo de luto patológico que a doente havia desenvolvido e ajudar na adoção de soluções de superação das suas dificuldades.

Para a realização deste estudo recorri à pesquisa documental, através do processo clínico e dos registos de enfermagem, bem como à entrevista semi-estruturada e à conversa informal; estes instrumentos permitiram-me fazer o diagnóstico da situação e planificar intervenções de enfermagem sobre a forma de plano de cuidados.

A aplicação da entrevista de avaliação inicial e o acompanhamento do indivíduo ao longo do processo de tratamento facilitaram a deteção das suas necessidades e a elaboração e implementação de um plano de cuidados especializados, adaptados à sua situação. Não sendo uma área de fácil domínio, pois exige competências e conhecimentos específicos para que possa ser utilizada com rigor, a entrevista é um instrumento fundamental no estudo de casos.

Tendo em conta a colheita inicial de dados, os focos de atenção de enfermagem e os diagnósticos de enfermagem e depois de alguns momentos de escuta ativa e conversas informais com a doente e tendo verificado que a própria mostrava insight para a sua doença e desejo de melhorar, optei por uma abordagem centrada na pessoa, realizando com ela sessões de relação de ajuda.<sup>1</sup>

Esta modalidade terapêutica dá ao doente a oportunidade de poder expor as suas dificuldades, de acordo com as suas necessidades. Segundo Rafael (2000) *“na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa, o papel do profissional não é o de fornecer soluções ou estratégias previamente definidas para a resolução da situação-problema, mas antes agir de modo a que o outro compreenda melhor a sua situação e se compreenda melhor a si mesmo.”* Sequeira (2002) diz também que *“este processo deve conduzir a uma melhor compreensão dos sintomas e a um maior controlo sobre eles.”*

Antes da terapia propriamente dita, estabeleci uma relação informal com a doente baseada na escuta ativa, para que ganhasse confiança e me aceitasse como sua terapeuta. No entanto, apesar do planeamento da segunda sessão, esta não foi efetivada, uma vez que a doente teve alta clínica sem parecer médico.

---

<sup>1</sup> Esta técnica será desenvolvida no âmbito da reflexão que farei sobre a última competência.

Concluo que mesmo considerando a doente com motivação e capacidade para ultrapassar o seu diagnóstico, não obtive ganhos em saúde pelo pouco contato que tive com a doente.

No Hospital de Dia tive oportunidade de participar nas sessões de educação para a saúde dirigidas aos utentes e que ocorrem todas as semanas.

A comunicação serve para estabelecermos contacto com as pessoas, para dar ou receber informação, para expressar o que pensamos, para transmitir os nossos sentimentos, os nossos valores, as nossas experiências com os outros. Sobre o papel e importância da comunicação nas intervenções em SM *“o campo da saúde mental é talvez o mais enigmático do universo de intervenções em saúde, porque é o que mais evidencia as alterações no processo de comunicação, aqui entendida como o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos (símbolos ou sinais). Na saúde mental, o espaço para as intervenções de ordem técnica ou mecânica é exíguo, o que coloca o processo de relação intersubjetiva e, conseqüentemente, o processo de comunicação como o instrumento de intervenção por excelência.”* Silva (1996) cit. por Silva, A. (2000).

O processo de comunicação é a capacidade de entender o ponto de vista do outro, de ouvir e receber o que tem para nos dizer, o que faz dela um precioso instrumento de integração, instrução e desenvolvimento. Os estudos de comunicação enfatizam a importância de se identificarem as barreiras que interferem no processo de comunicação; de facto, se contribui para a resolução de conflitos, a comunicação poderá também constituir-se como fonte de conflitos, nomeadamente entre os enfermeiros e os doentes/família. Com o objetivo de dotar os doentes de estratégias que lhes permitam atuar em situações de conflito, diminuir a incidência de reações stressantes e a ansiedade, favorecer a relação inter-pessoal com os profissionais e os outros doentes, realizei uma sessão de educação para a saúde para os utentes, subordinada ao tema **“Técnicas de Comunicação”** (anexo 4).

Como já referi, verifico, enquanto enfermeira com experiência nos CSP, que deveria haver maior articulação entre os diversos serviços. Reconheço que diminuir o tempo de hospitalização se tornou uma prática comum, sendo a assistência assegurada no local da sua residência e envolvendo a participação da

pessoa com patologia e dos seus familiares, mas que no contexto comunitário existem poucos profissionais de enfermagem especializados em SMP, o que se reflete numa grande carência na prestação de cuidados nesta área específica. Sabe-se também, que alterações num único elemento do conjunto familiar tem repercussões nos outros elementos da família e por vezes, da comunidade, o que faz da SM um problema social, corroborado pelo PNSM quando enuncia, entre outros, os objetivos seguintes:

- ✓ 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.

Também o RCEEEESM considera que deve haver colaboração estreita entre os cuidados de saúde primários e os parceiros sociais e faz da capacidade de implementar essa colaboração uma competência do EE. Nessa perspetiva e procurando cumprir este objetivo preconizei uma parceria entre a USF Covelo e o Serviço de Psiquiatria do CHSJ, através das suas Equipas de Intervenção Comunitária. (anexo 5) Este projeto estabelece, para além da partilha de informação, a cooperação, a complementaridade e o acompanhamento de grande proximidade ao utente com doença mental grave e seu cuidador.

Concluindo, considero que as atividades realizadas me permitiram atingir os objetivos delineados e satisfazer os critérios de avaliação de competências previstos no RCEEEESM nº129/2011, entre os quais destaco a capacidade de:

- ✓ Diagnosticar necessidades de cuidados de enfermagem no utente/família/prestador de cuidados;
- ✓ Implementar o planeamento de cuidados, na promoção e otimização da saúde mental dos utentes;
- ✓ Realizar iniciativas de educação para a saúde formal
- ✓ Orientar o utente no acesso aos recursos comunitários;
- ✓ Promover a realização de projetos de desenvolvimento comunitário;

### **3.4. Competência - Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde**

*“O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar.” (Anexo I - RCEEEESM nº129/2011)*

#### **Objetivos:**

1. Realizar intervenção terapêutica de grupo;
2. Realizar intervenção psicoterapêutica, visando restaurar a saúde mental do doente e melhorar a sua autonomia

#### **Atividades:**

- ✓ Implementei um programa terapêutico com recurso a estimulação cognitiva.
- ✓ Realizei sessões de relaxamento muscular progressivo de Jacobson;
- ✓ Executei sessão de musicoterapia;
- ✓ Planeei sessões de relação de ajuda;
- ✓ Participei em sessões de psicoeducativas para doentes e para familiares.

Durante o estágio na UCCM, tive a oportunidade de realizar uma intervenção terapêutica de grupo que designei **“Exercitar a Mente”**. Esta intervenção foi pensada para promover estimulação cognitiva a utentes com défice cognitivo

ligeiro integrados num Centro de Dia (CD). Foi efetuado o planeamento das atividades para um programa de 4 sessões (uma por semana) e cada uma com duração de 50 minutos. (anexo 6)

O local da atividade foi um Centro de Dia escolhido pela enfermeira tutora; além disso, a opção por este CD deveu-se ao facto de, segundo a sua diretora técnica, se realizarem poucas atividades ocupacionais/recreativas programadas.

Estes são na sua maioria idosos, alguns já com alguma dependência nas atividades básicas de vida diária, mas ainda com alguma mobilidade, critério este essencial para a integração neste tipo de estruturas de apoio social. Sobre o perfil do idoso e a prevalência das demências nesta fase da vida diz Charchat-Fichman (2005):

*“O envelhecimento da população é um fenómeno mundial que tem consequências diretas nos sistemas de saúde pública. Uma das principais consequências do crescimento desta parcela da população é o aumento da prevalência das demências, especialmente da doença de Alzheimer. Assim, a identificação de indivíduos com potencial risco de desenvolver demência torna-se fundamental. Apesar de ainda gerar controvérsias, o diagnóstico precoce das demências possibilita intervenção terapêutica, diminui os níveis de stress para os familiares, reduz riscos de acidentes, prolonga autonomia e talvez, em alguns casos, evite ou retarde o início do processo demencial.”*

Por outro lado, a institucionalização por si só, mesmo a tempo parcial, pode gerar agravamento do quadro cognitivo pela falta de estimulação e de atividades programadas. *“Os idosos institucionalizados têm maior probabilidade de apresentar declínios ao nível do funcionamento cognitivo como consequência do sedentarismo vivido em muitas instituições; a falta de estímulos (cognitivos, físicos e sociais) nestes contextos acelera o processo de envelhecimento”* (Nordon, 2009, cit por Castro, 2011). Ainda Castro (2011) associa a institucionalização dos idosos ao agravamento do seu estado de saúde, à incapacidade funcional e ao comprometimento cognitivo.

Estes estudos atestam a importância da estimulação cognitiva nos idosos e o efeito positivo na sua saúde mental. *“Várias investigações têm levado à conclusão que a estimulação cognitiva tem consequências positivas no desempenho cognitivo dos idosos, pondo em causa a irreversibilidade da deterioração das capacidades cognitivas associadas ao envelhecimento e relacionando essa deterioração maioritariamente com a falta de trabalho dessas competências.”*

(Hofland, Willis, & Baltes, 1981; Rodrigues, 2006, cit por Gonçalves, 2012) Assim, é crucial prevenir o declínio do funcionamento cognitivo da população idosa, o que se consegue com a implementação de Programas de Estimulação Cognitiva (PEC). Gonçalves (2012), considera que os PEC têm permitido obter resultados positivos na manutenção e na melhoria dos processos cognitivos. Com estes programas pretende-se estimular diferentes funções cognitivas, nomeadamente a memória, a atenção/concentração, a perceção, o raciocínio, o pensamento, a imaginação, a linguagem, a capacidade visuo-espacial e a associação de ideias, com o fim de manter/desenvolver as capacidades cognitivas que permitam manter/melhorar a qualidade de vida e a interação social do idoso. Esta estimulação é feita recorrendo à atividade lúdica.

No serviço C4 foram planeadas algumas atividades psicoterapêuticas, mas não foi possível realizar o número de sessões suficientes para conseguir ganhos visíveis em saúde, uma vez que os doentes têm internamento curtos. No entanto, acredito que o que foi realizado foi seguramente uma mais valia para os doentes. A operacionalização da **técnica de relaxamento** surgiu como resposta a uma necessidade de implementar de forma sistemática esta intervenção aos doentes internados no serviço, de maneira a intervir de forma não farmacológica nos diagnósticos de humor alterado, insónia inicial presente e autocontrolo: ansiedade ineficaz.

Optei pelo **Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (RMPJ)**, uma vez que o considero de mais fácil execução. (anexo 7) *“O relaxamento é uma técnica acessível a todos e auxilia a curar a mente e o corpo. Para cada tipo de problema ou necessidade que a pessoa tenha, ela deve usar um tipo diferente de relaxamento. Nenhum único procedimento é o ideal para todos e nenhum é o ideal para a mesma pessoa em todas as situações.”* (Lipp, 2008). Esta técnica tem-se demonstrado uma mais valia para o bem estar geral (físico e psicológico), bem como para a redução da ansiedade e da tensão muscular em doentes que sofrem de insónias, depressão e ansiedade.

Com este método, num ambiente tranquilo, na posição deitado ou sentado com a cabeça apoiada, o indivíduo é capaz de relaxar em situações de stress, cansaço, ansiedade, insónias, entre outros. Segundo alguns estudos tem-se conseguido,

igualmente bons resultados no tratamento da tensão muscular, dores no pescoço e nas costas, hipertensão e pequenas fobias. A técnica baseia-se na contração/descontração dos principais grupos musculares, um de cada vez, promovendo relaxamento muscular, redução da frequência cardíaca e outras alterações psicofisiológicas, que trazem a sensação de prazer e relaxamento ao corpo. Esta forma de relaxamento *“pode ser a mais simples, mais direta e mais fácil de se ensinar. Pela contração muscular voluntária, considera-se que o paciente se torne mais capaz de perceber a diferença entre tensão e relaxamento em cada um dos grupos musculares e, assim, seja capaz de promover o relaxamento muscular subsequente mais facilmente”*. (Almeida, 2005)

Estas técnicas podem ser utilizadas no *“controlo do stress, controlo de processos dolorosos, controlo do ritmo respiratório e cardíaco, preparação para o parto, crises de asma, úlceras gástricas e outros problemas psicossomáticas... e outras situações da área da saúde mental como a gaguez, insónia, neuroses fóbicas, neuroses ansiosas e obsessivo-compulsivas”*. (Sequeira, 2002)

No entanto, *“não devem ser aplicadas em situações agudas de ansiedade, depressão e surtos psicóticos”*. (Sequeira, 2002). Devem-se excluir igualmente pessoas que não estejam motivadas para tal, sobretudo porque comprometem o ambiente propício ao relaxamento dos restantes participantes, nos casos da sua aplicação em grupo.

Foi elaborado um planeamento da intervenção, abordando os principais objetivos e sistematizando os critérios de:

Inclusão	Exclusão
Utentes com diagnóstico de humor alterado Utentes com diagnóstico de insónia inicial presente Utentes com diagnóstico de autocontrolo: ansiedade ineficaz	Utentes com risco de hipotensão Utentes com sintomas psicóticos Utentes com debilidade intelectual Utentes com confusão presente Utentes com não adesão à técnica

Para a operacionalização da técnica foi necessário realizar não só pesquisa bibliográfica, mas também a consulta dos processos clínicos e registos de

enfermagem; foi igualmente necessária a aplicação de escalas como a de Hamilton para a depressão e os indicadores NOC para o autocontrolo: ansiedade. O critério para a escolha destas escalas foi o facto de já serem implementadas no serviço.

A primeira sessão foi realizada apenas com um elemento, uma vez que as outras doentes selecionadas se encontravam de fim-de-semana.

A doente manifestava ansiedade e uma postura corporal rígida, porém, acalmou após instrução e aplicação da técnica de relaxamento, que executou corretamente. Esta técnica permitiu à doente revelar sentimentos e sensações como receio, ansiedade e pânico que exprime dizendo “sinto um aperto no peito e dificuldade em respirar quando passo na ponte arrábida” (sic).

No final da sessão, a doente manifestou interesse em continuar com esta técnica e vontade em realiza-la mesmo em casa, porém já não participou na segunda sessão por ter tido alta clínica.

Foram encontrados critérios de inclusão em mais dois doentes, que após instrução sobre técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, aderiram com agrado.

No início da atividade apresentavam-se um pouco tensos, mas no decurso desta foi nítida a descontração postural. No final, ambos verbalizaram estar mais calmos e relaxados e mostraram muito interesse em repetir a atividade. Foi explicado que também podem fazer em casa sempre que se sentirem mais ansiosos.

Concluo que os objetivos foram alcançados ao permitir aos doentes a diminuição da ansiedade e da tensão muscular.

No serviço C4, os doentes têm internamento curtos, por esta razão, não foi possível realizar o número de sessões desejadas, nem manter um grupo estável. Assim, por não haver utentes que reunissem os critérios de inclusão, apliquei esta técnica de intervenção apenas duas vezes; na primeira sessão participou uma doente e na segunda, dois doentes, mas todos referiram, no final, ter uma sensação de bem estar com diminuição da ansiedade.

A **terapia com música** (anexo 8) é uma forma de tratamento que utiliza a música para ajudar no tratamento de problemas, tanto de ordem física, mental, emocional e social; a utilização do som facilita a manifestação das expressões humanas, dos movimentos e sentimentos, promovendo alterações de comportamento e a recuperação de algumas funcionalidades perdidas, como por exemplo a memória. Criar e escutar música é um meio natural e fácil para se relacionar com os outros e com o mundo e assim poder alcançar uma melhor qualidade de vida; pode, por essa razão, constituir-se como um excelente meio de prevenção, reabilitação ou tratamento. *“A utilização da música com fins terapêuticos tem aumentado de importância na maior parte do mundo industrializado... a música está prestes a ser reconhecida como um instrumento valioso tanto em psicoterapia quanto em educação especial, assim como em algumas áreas da medicina somática.”* (Ruud, 1990)

No âmbito específico da enfermagem, a musicoterapia consiste no uso da música para ajudar a alcançar uma mudança específica de comportamento e facilitar a expressão de sentimentos. Os cuidados a ter ao recorrer a esta técnica são, segundo Bulechek (2010): *“ter em conta o interesse da pessoa pela música, bem como as suas preferências musicais, aquando da selecção das músicas a utilizar em cada uma das sessões; preparar o respectivo equipamento verificando o seu funcionamento; sempre que indicado, fornecer fones dos ouvidos, assegurando que o volume da música esteja adequado; evitar ligar a música por longos períodos, eventualmente se a pessoa tocar um instrumento motivá-la dentro das suas actividades a ser ele mesmo a tocá-lo.”*

Na opinião de Ruud (1990) a música possui quatro funções principais: contribuir para melhorar a atenção, estimular habilidades sócio comunicativas, favorecer a expressão emocional e estimular o pensamento e a reflexão sobre a situação da vida da pessoa.

Fazer terapia através da música com o idoso é utilizar a bagagem musical que o individuo experimenta no decorrer das etapas da sua vida, assim como nos ritos de passagem como aniversários, casamentos, nascimentos, etc.

A musicoterapia é uma das técnicas mais usadas em Saúde Mental, mas só deve ser implementada pelo EESM após uma avaliação prévia do indivíduo/grupo a que se destina e visando sempre um objetivo terapêutico. O terapeuta pode

utilizar apenas um som, recorrer a apenas um ritmo, escolher uma música conhecida e até mesmo fazer com que a pessoa crie a sua própria música; tudo depende da disponibilidade e da vontade da pessoa e dos objetivos da sessão.

Após consulta do processo clínico da utente e de algumas conversas informais, fiz uma seleção de alguns temas musicais angolanos. No dia combinado, fiz uma descrição da atividade à doente, que ao ouvir o primeiro tema escolhido, rapidamente recordou o seu passado e com facilidade me contou o seu início de vida, “...*foram tempo difíceis, mas tenho muitas saudades daquele tempo...*”. Foi capaz de falar da sua infância e da sua relação com o pai “...*ele levava-me sempre com ele e ensinava-me muitas coisas...*”. Relembrou a vida com o marido e referiu várias vezes “*as saudades que sente daquela altura*”.

Estabeleci com a doente uma relação empática de modo a que verbalizasse os seus sentimentos e medos, ajudando-a a identificar e a superar situações geradoras de ansiedade.

A **relação de ajuda** faz parte do dia-a-dia da profissão de enfermagem e geralmente não é estruturada, no entanto uma relação de ajuda terapêutica exige maior rigor pelo que precisa de ser planeada e bem estruturada. O enfermeiro que estabelece uma aliança terapêutica mantendo a capacidade de relacionamento com o paciente, vai conseguir ajudá-lo a sair mais forte da situação que o atormenta. Segundo Sequeira (2006) “*é uma relação na qual aquele que ajuda fornece ao outro condições que ele necessita tendo em vista a satisfação das suas necessidades fundamentais*”. A relação de ajuda é um instrumento essencial para o planeamento dos cuidados em qualquer área de intervenção da enfermagem, sendo indicada para a resolução de problemas concretos (reais ou potenciais); distingue-se da ajuda esporádica e circunstancial, pelo que, deve ser preparada com a pessoa que se pretende ajudar;

Segundo Egan, 1992, cit por Simões, 2006 “*a relação de ajuda desenvolve-se em 3 fases: exploração e clarificação do problema, desenvolvimento de novas perspetivas e, finalmente, definição de metas a atingir e acção condutora em direcção a essas metas, respectivamente*”. Tratando-se de um processo gradual, podemos identificar a primeira sessão como o momento de diagnóstico, na qual o doente, com a colaboração do profissional, clarifica as suas perceções relativas

ao problema. Na segunda sessão o indivíduo desenvolve novas visões e constrói cenários múltiplos que lhe permitam começar a traçar o trajeto de resolução dos seus problemas. Na terceira sessão, e com uma visão já mais clarificada, procede-se ao delinear de um plano de intervenção, essencialmente construído pelo doente.

Espera-se que o foco da atenção do terapeuta não seja só o problema do doente, mas a própria pessoa em si e a sua capacidade para enfrentar a vida. O profissional deve estar atento às suas expressões, gestos, olhares ou palavras, o que, além de exprimir respeito pelo outro, é fator de compreensão dos seus problemas. Este processo contribui para a *“auto-descoberta”* pela pessoa dos seus próprios problemas e dificuldades, mas também dos seus recursos e potencialidades; compreendendo-se melhor, fortalece-se emocionalmente, adquirindo maior confiança em si própria e melhorando a sua autonomia, empenho e responsabilidade pelas suas decisões; *“permite-lhe descobrir as suas capacidades e limitações e daí maior consciência de si como pessoa, e maior preparação para enfrentar situações difíceis no futuro.”* (Nunes, 1999)

Rafael (2000) refere também que *“na perspetiva da Abordagem Centrada na Pessoa, o papel do profissional não é o de fornecer soluções ou estratégias previamente definidas para a resolução da situação-problema, mas antes agir de modo a que o outro compreenda melhor a sua situação e se compreenda melhor a si mesmo”*.

Recorri a esta técnica com o fim de ajudar a doente (cuja caracterização se apresenta no estudo de caso - anexo 3) a identificar aspetos positivos antes da perda do filho e aspetos negativos após o mesmo acontecimento e confrontando-a com o efeito que esses diferentes aspetos têm na sua vida, de forma a ultrapassar essa dificuldade.

A primeira sessão tinha como objetivo incentivar a verbalização do problema, de forma a clarifica-lo para que, ao tomar consciência do mesmo, pudesse mais facilmente ultrapassá-lo. Propus-lhe como tarefa para a segunda sessão a identificação dos aspetos bons e menos bons antes e depois do atropelamento do filho, uma vez que nessa sessão seriam explorados sentimentos e emoções sobre

essa informação. Apesar de planeada, a segunda sessão não foi efetivada uma vez que a doente pediu para ter alta clínica sem parecer médico.

O início da relação com esta doente não foi fácil, uma vez que se apresentava muito reservada e pouco comunicativa. Considerando que é minha obrigação, enquanto enfermeira, ajudar quem precisa de ajuda, procurei através da escuta ativa, do respeito pelo sofrimento do doente, do silêncio e estabelecendo uma relação de empatia, compreender o seu problema e contribuir para que a doente tomasse consciência da sua situação e a superasse.

Neste processo e à medida que a doente foi expressando o que sentia, reconheci as minhas limitações dado não poder resolver o problema de fundo (a perda do filho), mas ao mesmo tempo, senti alguma satisfação por ter conseguido que a doente expressasse os seus sentimentos, aliviando a sua dor.

No HDP participei nas sessões semanais de **psicoeducação para doentes**, nas quais os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar abordam temas diversos. Destas reuniões relevo a que foi preparada pela equipa de enfermagem, subordinada ao tema “**Importância da medicação**” e na qual pude participar mais ativamente. Os doentes mostraram-se interessados e participativos, tendo reconhecido a importância da continuidade dos tratamentos farmacológicos para a estabilização da sua doença.

No âmbito das atividades **psicoeducativas para familiares dos doentes**, que a equipa de saúde mental realiza mensalmente com o objetivo de alargar a partilha de informação e promover troca de experiências, participei em duas sessões cujos temas foram: “**Tratamento farmacológico**” e “**Prevenção de recaídas**”.

Em ambas, os familiares revelaram-se bastante participativos e demonstraram interesse na realização de outras.

Concluindo, considero que as atividades realizadas me permitiram atingir os objetivos delineados e satisfazer os critérios de avaliação de competências previstos no RCEEEESM nº129/2011, entre os quais destaco a capacidade de:

- ✓ Desenvolver processos psicoterapêuticos para recuperar a saúde mental do utente;

- ✓ Realizar diferentes técnicas psicoterapêuticas, visando a libertação de tensões emocionais e a vivência de experiências gratificantes pelo utente;
- ✓ Promover a adesão aos tratamentos propostos em pessoas com perturbação mental;
- ✓ Realizar intervenção terapêutica de grupo, com o fim de estimular as capacidades cognitivas dos seus elementos e a permitir manter/melhorar a sua qualidade de vida.
- ✓ Prestar apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares.

## CONCLUSÃO

Como referi na Introdução deste relatório, senti ao fim de alguns anos de experiência profissional a necessidade de adquirir competências específicas na minha área de eleição como é a da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), por isso tomei a decisão de frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MEEESMP) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP) 2013/2015. No Plano deste Curso consta como seu objetivo prioritário o *permitir aos alunos desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestarem, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados nesta área clínica*, o que satisfazia plenamente a minha apetência.

Realizada a unidade curricular - Estágio prevista e visando satisfazer os últimos requisitos para a obtenção da especialização em ESMP é o momento de elaborar e apresentar o relatório que aqui se conclui e em que descrevo, analiso e avalio o percurso desenvolvido. Este relatório permitiu-me estruturar e expor as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas ao longo do Estágio, que repartido por três módulos se alargou às três áreas de intervenção terapêutica: Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção; Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos; Reabilitação e reinserção / Equipas de Psiquiatria Comunitária.

Sobre as atividades realizadas e as competências que considero ter adquirido e desenvolvido pode dizer-se que tudo foi já referido no momento da sua descrição e diria, porém, em termos gerais que a necessidade de definir objetivos, planear e implementar atividades dirigidas ao utente / grupo e a avaliação dos seus

resultados ao longo dos diferentes módulos contribuíram para o meu crescimento e organização pessoal em termos metodológicos. Além disso, as experiências vivenciadas nos diferentes campos da prática clínica onde se realizaram os diferentes módulos do estágio permitiram-me:

- ✓ Adquirir e consolidar conhecimentos, em resultado da partilha de saberes com outros profissionais e com efeitos muito positivos na minha prática profissional diária;
- ✓ Intervir junto do indivíduo cuja saúde mental pretendia recuperar, mas também, na família e na comunidade;
- ✓ Compreender melhor os núcleos familiares e as suas relações, as condições habitacionais, os recursos familiares e sociais disponibilizados a cada família e o impacto da doença na família.

Em suma, permitiram-me adquirir um conjunto diversificado de competências, técnicas, científicas e relacionais na intervenção junto do doente/família, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e tendo como principal preocupação compreender a pessoa na totalidade, bem como a satisfação das suas necessidades.

Tenho consciência do enriquecimento pessoal e profissional que estas vivências me proporcionaram, mas tenho também consciência das dificuldades e constrangimentos, sejam internos, sejam externos, que se colocam aos profissionais de saúde mental e às instituições onde tive oportunidade de trabalhar e que condicionam seriamente a eficiência da atividade e dos projetos, bem como o funcionamento dos serviços. Destacaria, entre outras dificuldades e para além dos constrangimentos financeiros e da redução de pessoal que afetam as instituições em geral, os seguintes:

- ✓ Aquando do ensino clínico na UCCM, mais especificamente no Projeto METAS, percebi que o número de profissionais de saúde é insuficiente e a falta de um agente de segurança que garanta a ordem e a segurança dos profissionais em exercício, compromete a eficácia do projecto;
- ✓ No serviço C4 os internamentos são frequentemente provisórios com transferências dos doentes para outros hospitais e sendo curtos não permitem um trabalho continuado como seria desejável. Também a fase

aguda da doença em que os doentes se encontram, tornam algumas técnicas psicoterapêuticas inaplicáveis.

- ✓ No Hospital Dia, verifica-se a inexistência de registos informatizados para regular a atividade do serviço e cuja implementação se sugere que ocorra com a maior urgência. Notei um certo imobilismo do pessoal enraizado em práticas rotineiras, a necessitar de mais inovação nas atividades com os doentes e com as famílias.
- ✓ Referidas algumas das dificuldades e constrangimentos que constatei nos diferentes serviços e que vivenciei nos vários módulos, relevaria agora uma das iniciativas que mais satisfação me terá dado; refiro-me à parceria que preconizei entre a USF Covelo e o Serviço de Psiquiatria do CHSJ, através das suas Equipas de Intervenção Comunitária.
- ✓ Enquanto enfermeira com experiência nos CSP, considero que deveria haver maior articulação entre os diversos serviços, uma vez que a promoção da Saúde Mental começa nas Unidades de Saúde; para além disso, cada vez mais, o tempo de hospitalização é menor e a assistência é assegurada no local da sua residência, envolvendo a pessoa com patologia e os seus familiares. Como já referi, também o RCEEEESM considera que deve haver colaboração estreita entre os cuidados de saúde primários e os parceiros sociais e faz da capacidade de implementar essa colaboração uma competência do EEESMP. Considero que no contexto comunitário existem poucos profissionais de enfermagem especializados em SMP, o que se reflete numa grande carência na prestação de cuidados nesta área específica e foi nessa perspetiva e procurando cumprir este objetivo que considerei a necessidade deste projeto garantindo, assim, a partilha de informação, a cooperação, a complementaridade e o acompanhamento de grande proximidade ao utente com doença mental grave e seu cuidador.

Concluindo, considero que este relatório reflete, com clareza e objetividade, a atividade realizada, bem como, as competências adquiridas e que naturalmente se vão desenvolver em novas experiências e noutros contextos, na convicção de que nunca se está plenamente formado e que o importante é estar aberto e disponível para novos desafios e novas aprendizagens.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, S., Araújo, R. - Avaliação da efectividade do relaxamento na variação dos sintomas da ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo. Boletim da Saúde. Vol. 19, nº 2 (2005), p. 135-142.
- ARAÚJO, C. et al. - Estudo de Caso: Métodos de Investigação em Educação. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho (2008). Tese de mestrado em Educação.
- BULECHEK, G., et al.- NIC:Classificação das Intervenções de Enfermagem, 5ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier (2010). ISBN 978-0-323-05340-2
- CASTRO, A. - Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados: Impacto no desempenho cognitivo e na sintomatologia depressiva. Aveiro (2011). Tese de Mestrado em Psicologia.
- CHARCHAT-FICHMAN, H., CARAMELLI, P., et al - Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. Rev. Bras Psiquiatr. Vol. 27, nº 1 (2005), p. 79-82. Disponível na <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n1/23718>
- GONÇALVES, C. - Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados. O Portal dos Psicólogos (2012) [Consult. Outubro 2014]. Disponível na <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0623.pdf>
- LIPP, M. - Relaxamento para Todos: Controle o seu Stress. 7ª ed. São Paulo: Papyrus (2008). ISBN 85-308-0485-6.  
Disponível na <file:///D:/Trabalhos/Relaxamento%20Para%20Todos%20-%20Marilda%20E.%20Novaes%20Lipp%20-%20Google%20Books.html>
- MADUREIRA, I., et al. – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais: Análise do sub-domínio “Prática Segundo a Ética” de Acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Patricia Benner. Revista Sinais Vitais. Coimbra: Formasau. ISSN 0872-0844. nº71 (2007). p.27 – 30

- NUNES, O. - Uma Abordagem Sobre a Relação de Ajuda: A Pessoa Como Centro. Revista de Estudos Rogerianos (Nº 3). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e Counselling.1999.
- Organização Mundial de Saúde - Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: ma perspetiva global (2009), ISBN. 978 92 4 156368 0
- PAYNE, R. et al. - Técnicas de Relaxamento: Um guia prático para Profissionais de Saúde. 2ª ed. Lusociência (2002). ISBN. 978-972-8383-41-1
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 -0 Resumo Executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). ISBN 978-989-95146-6-9
- RAFAEL, M. - A Relação de Ajuda e a Ação Social: Uma Abordagem Rogeriana. Universidade do Algarve (2000). Tese de Pós-Graduação em Relação de Ajuda.
- RUUD, E. - Caminhos da Musicoterapia. São Paulo, Summus (1990). ISBN. 978-85-323-0054-6
- SEQUEIRA, C. - Introdução à Prática Clínica. Coimbra: Quarteto editora (2006). ISBN 989-558-083-5
- SILVA, A., et al. - Comunicação e enfermagem em saúde mental: reflexões teóricas. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, Vol. 8, nº 5 (2000), p. 65-70.
- TOURINHO, L. - Musicoterapia e Terceira Idade [Consult. Junho 2014]. Disponível na <http://www.meloteca.com/artigo-musica-na-idade-senior.html>
- Universidade Católica Portuguesa - Regulamento geral: Mestrado em Enfermagem de natureza Profissional. Porto (2012).
- Universidade Católica Portuguesa -Guia de Estágio. Porto, 2014.
- VARGAS, M. - Gestão de Conflitos e desgaste Profissional no bloco operatório. Lisboa (2010). Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde
- *World Health Organization - Regional Office for Europe* [Consult. Fevereiro 2015]. Disponível na <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/mental-health>

- Decreto-Lei nº 161/96 (REPE). D.R. I série.205 (4-9-96) 2959-2962.
- Decreto-Lei nº 28/2008. D.R. I série. 38 (22-2-2008) 1182-1189.
- Regulamento nº 122/2011. D.R. 2ª série. 35 (18-2.2011) 8648-8653.
- Regulamento n.º 129/2011. D.R. 2.ª série. 35 (18-2-2011) 8669-8673.



**ANEXOS**



## **ANEXO 1**

### **FORMAÇÃO “GESTÃO DE CONFLITOS”**





**CATÓLICA PORTO**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**  
**E PSIQUIÁTRICA**

**GESTÃO DE**  
**CONFLITOS**

Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital  
de Dia Centro Hospitalar S. João

Joana Filipa Lopes Coelho

*Orientadora Enf<sup>a</sup> Especialista Aida Fernandes*

*Tutor: Enf<sup>a</sup> Especialista Paula Travanca*

Porto, Janeiro de 2015



# Introdução

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica Portuguesa, 2013/2015; mais propriamente, na disciplina “Estágio Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”, foi elaborado o presente trabalho, cujo objectivo é realizar uma sessão de consciencialização do problema “Gestão de Conflitos” à equipa dos técnicos operacionais do Serviço de Psiquiatria.

O relacionamento no trabalho é um processo complexo, uma vez que cada pessoa faz criar laços, sejam eles profissionais, afectivos ou por afinidades e sendo estes condicionados por uma série de atitudes recíprocas. Consequentemente, estas ligações possibilitam ao trabalhador conviver com maior ou menor habilidade com os seus pares nos locais de trabalho, pois o indivíduo tende a relacionar-se com os seus semelhantes e a adquirir a forma de agir e de pensar dominantes. Ao fazê-lo, vai desenvolvendo as suas capacidades de comunicação para melhor se relacionar com os outros.

Presenciamos mal-entendidos na prática profissional por haver má gestão destes laços, criando desconfianças, sentimentos de egoísmo e desrespeito pelas diferenças individuais de cada um. Assim, torna-se urgente conhecer estratégias de gestão destas diferenças, visando o fortalecimento da equipa.

Na saúde, como área de enorme complexidade e grande importância humana e social, o indivíduo está sujeito a constantes desafios. “Nela as mudanças são vertiginosas, os conceitos alteram-se a um ritmo impressionante, o conhecimento cresce de um modo exponencial, as doenças crónicas e as populações idosas aumentam, os custos dos cuidados não param de subir, a necessidade de equipas multidisciplinares é manifesta e o envolvimento dos doentes e das famílias nos cuidados de saúde é cada vez maior.” (Cunha, 2013)

Porque os determinantes da Saúde (alterações ambientais, problemas nutricionais, estilos de vida, entre outros) bem como os contínuos progressos científicos e tecnológicos vêm ganhando importância, torna a área da saúde particularmente susceptível e atreita aos mais diversos tipos de conflito. Assim é fulcral que o trabalho em equipa na área da saúde imponha cooperação, percepção criativa e visão positiva. O objectivo deste trabalho foi dar a conhecer causas e tipos de conflitos, bem como formas individuais de os gerir.



# 1. Conflitos

A palavra conflito vem do latim *conflictus*, que significa choque entre duas coisas, embate de pessoas ou grupos. É um estado antagónico de ideias, interesses e opiniões divergentes ou incompatíveis. Berg (2012) afirma que o conflito nos tempos atuais é inevitável e sempre evidente. Entretanto, compreendê-lo e saber lidar com ele é fundamental para o sucesso pessoal e profissional.

Os conflitos podem ocorrer internamente ou externamente entre indivíduos ou grupos; conflito entre grupos de trabalho normalmente leva a conflitos de maior escala dentro da organização.

As organizações de saúde são sistemas abertos sendo pois também, por excelência locais propícios à ocorrência de conflitos, uma vez que:

- Há frequentes situações de urgência, em que as actividades não são programáveis;
- O facto de lidar com seres humanos torna o erro dificilmente aceitável;
- As actividades têm um grande nível de especialização;
- Exige grande poder de articulação entre vários grupos profissionais, dado haver actividades altamente interdependentes;

Embora o conflito provoque frustração, raiva e, ocasionalmente, violência, a resolução de conflitos adequada, geralmente promove resultados positivos para as partes envolvidas.

## 1.1. Tipos de Conflito

Para melhor gerir os conflitos é importante conhecer a natureza e o tipo de conflito, de maneira que, ao se deparar com uma situação de atrito, o gestor poder agir com mais assertividade.

Desta forma, aumenta a hipótese de tomar uma decisão que mantenha o bem-estar entre as pessoas ou grupos, sem convivência ou injustiças.

Berg (2012) defende que existem três tipos de conflitos: pessoais, interpessoais e organizacionais.

**Conflito intrapessoal:** como a pessoa lida consigo mesma; são inquietações, dissonâncias pessoais, contraste entre o que pensa e como age. Esse tipo de conflito pode levar a determinados estados de stress e atrito.

**Conflito interpessoal:** ocorre entre indivíduos, quando duas ou mais pessoas encaram uma situação de maneira diferente. Embora boa parte dos conflitos sejam causados por processos organizacionais, a maioria dos atritos e desavenças são, no entanto, de origem interpessoal, o que as torna mais difíceis de lidar. Podem existir ainda dentro dos conflitos interpessoais: intragrupal (divergência numa mesma área, sector) e intergruppal (diferentes áreas)

**Conflito organizacional:** não é fundamentado em sistema de princípios e valores pessoais, mas sim do resultado de dinâmicas organizacionais em constante mudança, muitas delas externas à empresa.

## 1.2. Efeitos do Conflito

Não há dúvida que os conflitos interferem na relação entre as pessoas, o importante é identificar se essa interferência é favorável ou não, uma vez que os conflitos podem ter resultados positivos ou negativos dependendo de diversos factores.

**Efeitos positivos ou construtivos:** o conflito desperta bons sentimentos e energia no grupo. O processo torna-se tão importante quanto o resultado final, uma vez que os indivíduos reúnem-se para redefinir ou reforçar as suas relações; leva a que as pessoas procurem meios mais eficazes de realizar tarefas. É estimulada a coesão do grupo.

Este tipo de conflito opera sob a crença de que todas as partes podem ganhar e que os objetivos de ambas são flexíveis. Ocorre quando as partes se sentem confortáveis com o nível de desacordo e reconhecem a necessidade de se comprometer.

Conflito construtivo depende de um fluxo constante de comunicação e uma vontade comum de aceitar a mudança.

**Efeitos negativos ou destrutivos:** o conflito pode provocar sentimentos de frustração e hostilidade, que causam consequências indesejáveis para o bom funcionamento de uma organização. Os indivíduos envolvidos tornam-se menos flexível e assumem que a parte contrária é que deve sofrer a derrota.

Maioritariamente, é causado por uma luta de poder que incluem falta de empatia, incapacidade de compreender os pontos de vista de outras pessoas, medo da mudança e vulnerabilidade pessoal.

## 2. Estratégias de Abordagem

Ber (2012) afirma que não existe um estilo certo ou errado de abordar um conflito e que cada um pode ser apropriado, dependendo da situação e das pessoas envolvidas. Mas segundo Kenneth Thomas e Ralph Kilmann existem cinco maneiras de abordar um conflito:

A estratégia de assertividade caracteriza-se pela partilha de informação entre as partes envolvidas, tendo em vista o encontrar de uma solução aceitável para todos.

Neste processo, os indivíduos exploram de uma forma construtiva as diferentes formas de pensar um problema e procuram soluções que integrem os vários interesses envolvidos.

A estratégia engloba duas fases essenciais: fase de confrontação e fase de resolução do problema. No momento da confrontação, são esclarecidas abertamente as divergências existentes e procuram-se as verdadeiras causas que estão na base do conflito. Na fase de resolução, encontra-se uma solução consensual para o problema. Na estratégia de acomodação manter relações harmónicas é a maior prioridade. As diferenças existentes são minimizadas e são sobrevalorizados os pontos de acordo, de forma a satisfazer os objetivos da outra parte. Supõe um “sacrifício” de uma das partes.

A estratégia de competitividade traduz-se na adoção clara de uma estratégia ganhar-perder.

O alcance dos objetivos de uma das partes é considerado prioritário perante os interesses da outra parte. Quando numa situação de conflito grupal, ambas as partes envolvidas adotam esta linha estratégica, a rigidez na execução dos objetivos torna difícil encontrar uma solução partilhada.

A utilização da estratégia de evitamento caracteriza-se por uma atitude de fuga ou de negação do problema existente. Em algumas situações pode constituir um meio de adiar a resolução do conflito para um momento posterior, enquanto noutras permite a retirada de uma situação sentida como ameaçadora.

Pela estratégia de compromisso procura-se uma solução de meio termo para o conflito. Nesta linha estratégica, cada uma das partes envolvidas na situação conflitual abdica de algo tendo em vista o encontrar de uma solução mutuamente aceitável.



### 3. Plano Psicoterapêutico

**Data:** 7 de Janeiro de 2015, às 13h30

**População alvo:** Assistentes Auxiliares do Serviço de Psiquiatria do C.H.S.João

**Dinamizadores da sessão:** Enfª Joana Coelho e Enfª Paula Travanca

Técnicas de Comunicação				
Introdução	Objectivos	Intervenção	Recursos materiais	Metodologia
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apresentação dos técnicos;</li> <li>➤ Descrição do tema;</li> </ul>	<p><b>Gerais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar sessão de formação</li> </ul> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Definir o que é conflito</li> <li>➤ Tipos de conflito</li> <li>➤ Efeitos do conflito</li> <li>➤ Técnicas de resolução</li> </ul>	<p><b>Metodologia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Optimizar ambiente físico;</li> <li>➤ Apresentação do tema e abrir espaço para discussão</li> </ul>	<p><b>Local:</b> sala de actividades</p> <p><b>Material:</b> computador</p>	<p><b>Duração:</b> 40 min</p> <p><b>Método:</b> apresentação oral e trabalho de grupo</p>

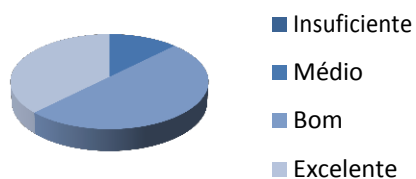
### 3.1 Avaliação

Esta formação contou com uma boa adesão por parte dos técnicos que participaram ativamente nas dinâmicas propostas.

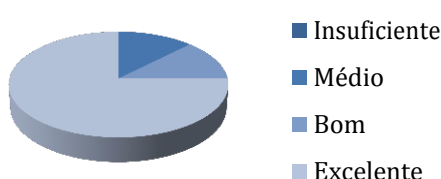
A sessão decorreu conforme planeada e os profissionais referiram estar bastante interessados no tema; no entanto, foi necessário gerir a comunicação por atritos entre eles, que se resolveram rapidamente.

No final da mesma, foi aplicado um questionário simples de avaliação da satisfação face à sessão realizada, com recurso a uma escala de Likert. Em seguida é apresentada, em forma de gráfico, a avaliação da sessão:

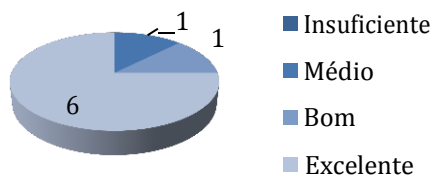
**Antes da formação os seus conhecimentos sobre o tema eram:**



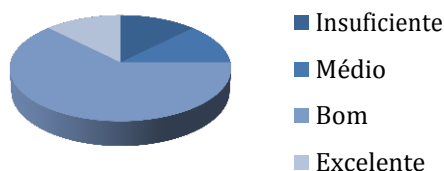
**A formadora estabeleceu boa relação com os formandos, favorecendo o diálogo e a comunicação?**



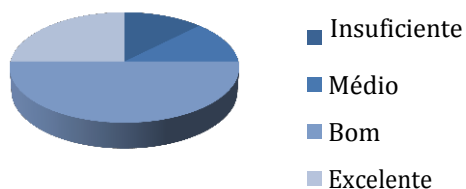
**A formadora transmitiu com clareza os assuntos abordados?**



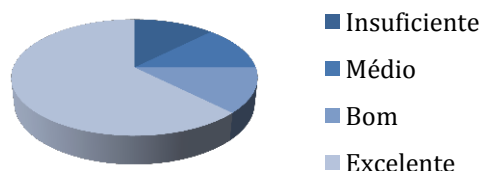
**Adequou as aprendizagens às experiências de vida dos formandos?**



**Utilizou materiais pedagógicos adequados?**



**A apresentação correspondeu ao que esperava dela, tendo sido útil?**



# Conclusão

Haver conflitos é inerente ao relacionamento humano e existem vários motivos para a sua instalação.

Inúmeros factores podem influenciar o surgimento do conflito, sendo os mais comuns as diferenças individuais e as diferentes visões do mundo; mas a gestão de situações de conflito é essencial para as pessoas e as organizações como fonte geradora de mudanças, uma vez que as tensões provenientes das diferentes partes envolvidas promovem oportunidades de crescimento mútuo.

É importante perceber que gerir conflitos não significa acabar com eles, mas tirar proveito da situação.



# Bibliografia

- Berg, E. (2012). **Administração de Conflitos: abordagens práticas para o dia-a-dia**. 1ª Edição. Curitiba
- Cavalcanti, A. (2006). **O Gestor e Seu Papel na Gestão de Conflitos**. Faculdade de Ciências Económicas. Belo Horizonte
  
- Corradir, E. et al. (2008). **O Gerenciamento de Conflitos entre a Equipa de Enfermagem**. Cogitare Enferm. Jan/Mar; 13(2):184-93
- Simpao, A. (2013). **Conflict Management in Health Care Workplace**. PEJ, p. 54- 58, novembro-dezembro.
- Oliveira, D. (2003). **Diferentes formas de lidar com Conflitos Interpessoais**.
- <http://student.dei.uc.pt/dcoliv/portfolio/downloads/ConflitosInterpessoais.doc>
  
- Torres, S. (2012). **Estilos de gestão construtiva de conflitos numa organização empresarial**. Universidade Fernando Pessoa. Porto



## **ANEXO 2**

### **PANFLETO “COM-VIVER COM A DEMÊNCIA”**



### Principais alterações de comportamento

#### Tristeza / Depressão

Devido à perda de capacidades e dependência, o doente pode sentir-se triste e desanimado. Este estado pode desencadear um estado de depressão.

Como ajudar...

- ⇒ Encorajar o uso de uma agenda ou de diário
- ⇒ Adaptar o ambiente e evitar as mudanças
- ⇒ Recorrer a sinais e mensagens escritas

#### Agressividade / Nervosismo

Os doentes tem muitas vezes comportamentos agressivos em relação ao cuidador e sem razões aparente.

Como ajudar...

- ⇒ Manter a calma e transmitir tranquilidade
- ⇒ Evitar ralar e aplicar castigos
- ⇒ Evitar confrontos e prender a pessoa
- ⇒ Recorrer a sinais e mensagens escritas

### Recorde-se que o seu amor e carinho são fundamentais para o seu familiar

- Não se culpe
- Cuide de si
- Peça ajuda a outros familiares
- Recorra aos serviços de saúde

Elaborado por:  
Joana Coelho  
(aluna de Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria)

## Con-viver com a Demência



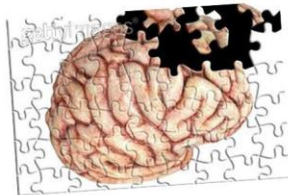
Como ajudar...

Outubro 2014

### O que é a Demência?

É o resultado de doenças que afetam o cérebro de forma crónica e progressiva, com perturbações das funções mentais incluindo a memória, o pensamento, a orientação, compreensão, cálculo, linguagem, humor e por fim a personalidade.

Estas perturbações afetam o funcionamento diário da pessoa e interferem com a vida social, familiar e com o trabalho. O seu curso é progressivo, lento, variando de doente para doente consoante as diferentes causas de demência.



### Principais alterações cognitivas

#### Memória

A perda de memória é gradual e mais visível ao nível da memória para factos recentes. A memória "das coisas antigas" tende a perder-se mais tardiamente.

Como ajudar...

- ⇒ Encorajar o uso de uma agenda ou de diário
- ⇒ Adaptar o ambiente e evitar as mudanças
- ⇒ Recorrer a sinais e mensagens escritas

#### Desorientação

Uma das consequências da demência é a desorientação. A pessoa sente-se frequentemente desorientado no tempo e no espaço.

Como ajudar...

- ⇒ Privilegiar as rotinas
- ⇒ Adaptar o ambiente ao doente
- ⇒ Evitar que o doente saia de casa sozinho
- ⇒ Perceber que a confusão aumenta se visitar espaços novos



#### Comunicação

Com o avançar da doença, a pessoa perde a capacidade de compreender a linguagem falada ou escrita e as palavras perdem o seu valor enquanto meio de comunicação.

Como ajudar...

- ⇒ Fazer rastreio de eventuais problemas de audição e de visão
- ⇒ Falar lentamente e com clareza
- ⇒ Usar frases simples e curtas
- ⇒ Repetir várias vezes a mensagem

Também podem ocorrer adoção de comportamentos mais estranhos como:

• **Deambulação** — alguns doentes andam sempre às voltas com o intuito de fazer algo, mas geralmente esquecem-se do que iam fazer e são incapazes de o explicar. Para evitar que saia de casa, deve manter as portas fechadas.

• **Insónia** — geralmente à troca de sono, fazendo com que o doente vá dormitando de dia e fique acordado durante a noite. Deve mantê-lo distraído durante o dia e evite ruídos e luzes durante a noite.

• **Alucinações/ delírio** — os danos cerebrais fazem com que confunda e interprete incorrectamente o que ouve, saboreia ou sente. Assim, o doente pode ser incapaz de se reconhecer ao espelho, de dizer que está frio em pleno Verão, etc...

### Recorde-se que o seu amor e carinho são fundamentais para o seu familiar

- Não se culpe
- Cuide de si
- Peça ajuda a outros familiares
- Recorra aos serviços de saúde

Elaborado por;  
Joana Coelho  
(aluna de Especialidade Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria)

## Con-viver com a Demência (parte 2)



Como ajudar...

Outubro 2014

### O avançar da Demência...

Esta doença que afeta o cérebro de forma crónica e progressiva, numa fase mais avançada leva o seu familiar a sentir dificuldades na realização das tarefas básicas do dia a dia.

No entanto, deve:

- Encorajar a fazer as coisas sozinho, ajudando-o só quando necessário
- Explicar e demonstrar passo a passo a execução das tarefas
- Preparar e organizar tudo o que é necessário para a tarefa
- Evitar chamar a atenção para os erros, mas reforçar quando ele faz correctamente.



### Principais alterações nas atividades de vida diárias

#### Vestir e despir

Como ajudar...

- ⇒ Limitar escolha às roupas mais adequadas
- ⇒ Dispor a roupa por ordem que deve ser usada
- ⇒ Usar peças de vestuário e calçado simples
- ⇒ Tentar manter os objectos pessoais sempre no mesmo lugar

#### Banho e Higiene

Como ajudar...

- ⇒ Testar a temperatura da água numa parte do corpo do doente
- ⇒ Encorajar o doente a barbear-se diariamente
- ⇒ Manter os objetivos de higiene limpos e sempre no mesmo lugar

### Alimentação

Como ajudar...

- ⇒ Sentar o doente à sua frente de forma a ele o conseguir imitar nos movimentos
- ⇒ Dar preferência a pratos inquebráveis
- ⇒ Coloque alimentos que possam ser comidos à mão
- ⇒ Dar tempo ao doente para que coma sozinho

### Mobilidade

Como ajudar...

- ⇒ Impedir que o doente saia sozinho de casa
- ⇒ Certifique-se que quando sai de casa leva uma identificação (para o caso de se perder)
- ⇒ Estimular a participação em actividades que proporcionem o seu bem-estar, por exemplo, passear

## **ANEXO 3**

### **ESTUDO DE CASO**





**CATÓLICA PORTO**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**  
**E PSIQUIÁTRICA**

**ESTUDO DE**  
**CASO**

Serviço C4 – Internamento Matosinhos  
Hospital Magalhães lemos, EPE.

Joana Filipa Lopes Coelho

*Orientadora Enf<sup>a</sup> Especialista Aida Fernandes*

*Tutor: Enf<sup>a</sup> Especialista Paulo Coelho*

Porto, Junho de 2014



## Introdução

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica Portuguesa, 2013/2015; mais propriamente, na disciplina “Estágio Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”, foi elaborado o presente estudo de caso.

Araújo et al. (2008) define estudo de caso como “trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores.” É um estudo no qual se dá ênfase a um caso específico.

Este trabalho, integra-se no Módulo II - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise em adultos, que decorre no Serviço C4 do Hospital de Magalhães Lemos, EPE, e pretende abordar o processo de Enfermagem de uma doente internada neste serviço no período compreendido entre 28/05/2014 e 02/06/2014 e pensar criticamente sobre as estratégias utilizadas, limitações e intervenções implementadas.

A seleção do caso esteve dependente da população disponível no serviço, tendo em conta a patologia em que fosse possível obter ganhos em saúde através de intervenções autónomas de enfermagem. Neste caso, a seleção foi intencional e de conveniência.

As observações foram realizadas neste mesmo serviço durante o internamento e consistiram na pesquisa documental através do processo clínico e registos de enfermagem e utilizando o método de abordagem qualitativa, através de uma entrevista semi-estruturada.



# 1. Transtornos do Humor

Todos os seres humanos estão familiarizados com emoções de alegria e tristeza. As pessoas “saudáveis” experimentam ou vivem essas emoções de um modo previsível, geralmente em resposta a um estímulo externo. Por seu lado, os indivíduos que sofrem transtornos de humor vivenciam um profundo grau de alegria ou tristeza aparentemente não relacionado com estímulos externos, com duração e gravidade tais que levam a perda substancial da capacidade funcional do indivíduo, tornando-se por isso, patológico.

Os distúrbios de humor são subdivididos em: doenças depressivas, doenças bipolares e a depressão associada a doenças clínicas ou abuso de álcool e drogas.

Destas, apenas irá ser abordada a perturbação depressiva, mais especificamente, a depressão major, tendo por base o DSM-IV, uma vez que a doente selecionada para o estudo sofria desta mesma patologia.

## 1.1. Depressão

A depressão é um quadro clínico bem descrito desde a antiguidade clássica, sendo constituído por uma série de sintomas como a anedonia, a perda da esperança, a tristeza e a angústia. A este núcleo acrescem muitos outros sintomas menos específicos que podem incluir: alterações do sono, apetite, desejo sexual, atividade motora, funções fisiológicas, etc.

Geralmente surge quando a intensidade desses sintomas é marcada ou quando a sua persistência no tempo (normalmente superior a quinze dias) é longa, interferindo gravemente com a vida social, profissional e familiar de um indivíduo.

Esta patologia tem muitas causas possíveis, sendo maioritariamente desencadeada não por um único fator, mas por uma combinação de vários fatores (interação de múltiplos genes com diferentes fatores ambientais):

### ✓ **Personalidade**

Nenhum tipo de personalidade foi considerado como específico para o desenvolvimento da patologia; no entanto, o pessimismo, insegurança e melancolia, são exemplos de alguns traços da personalidade das pessoas que as podem

predispor a uma depressão mais facilmente em comparação com as que não possuem estes traços.

✓ **História Familiar de Depressão**

A pessoa pode ser portadora de uma probabilidade maior de desenvolver um transtorno ansioso ou do humor, quanto maior o número de antecedentes deprimidos entre familiares. Suicídios em membros da família também devem ser investigados, tendo em vista a maior probabilidade dessa atitude repetir-se em descendentes.

✓ **Acontecimentos vitais recentes**

A perda de um dos pais na infância, a perda do cônjuge, ausência de relação íntima e de confiança com o cônjuge ou qualquer pessoa próxima e o desemprego.

✓ **Meio Urbano**

Este fator deve ser tido em conta apenas como fator de risco de desencadear uma depressão e não de a originar.

✓ **Desemprego**

Tal no item anterior, apesar de ser um forte fator desencadeante e agravante, o desemprego não cria a depressão por si só.

A maioria dos autores concorda que a psicoterapia pode controlar casos leves ou moderados de depressão. Através deste método, a pessoa aprende a reconhecer e a lidar com os seus problemas, diminuindo o risco de recidiva. No entanto, devido à sua morosidade e imprevisibilidade da resposta, esta terapia não deve ser indicada como tratamento exclusivo nos casos graves.

Quem começa um tratamento deve ser alertado para o facto de os benefícios poderem não ser aparentes nas primeiras duas a quatro semanas, para que não desista do tratamento.

## **1.2. Depressão segundo o DSM-IV 4ª edição**

O DSM-IV é um sistema de classificação categórica. Cada categoria de transtorno mental tem um código numérico tirado do sistema de códigos da CID, usado pelos serviços de saúde.

Este manual não contém informações a respeito de tratamento ou sequer alguma explicação sobre os transtornos nele presente. Organiza cada diagnóstico psiquiátrico em cinco níveis (eixos) relacionando diferentes aspectos das desordens ou debilidades:

- Eixo I: transtornos clínicos, incluindo principalmente transtornos mentais, bem como problemas do desenvolvimento e aprendizado;
- Eixo II: transtornos de personalidade ou invasivos, bem como retardo mental;
- Eixo III: condições médicas agudas ou desordens físicas;
- Eixo IV: fatores ambientais ou psicossociais contribuindo para desordens;
- Eixo V: Avaliação Global das Funções ou Escala de Avaliação Global para Crianças para jovens abaixo de 18 anos (numa escala de 0 a 100).

É comum o Eixo I incluir transtornos como depressão, ansiedade, distúrbio bipolar e esquizofrenia.

Em seguimento, de forma a ser mais fácil caracterizar o diagnóstico de depressão, os autores do DSM-IV criaram uma tabela com os diversos sintomas.

- Estado deprimido: sentir-se deprimido a maior parte do tempo;
- Anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina;
- Sensação de inutilidade ou culpa excessiva;
- Dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se;
- Fadiga ou perda de energia;
- Distúrbios do sono: insônia ou hipersônia praticamente diárias;
- Problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor;
- Perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar;
- Ideias recorrentes de morte ou suicídio.

Para se chegar a um diagnóstico positivo, devem estar presentes cinco ou mais destes sintomas relacionados, sendo um deles obrigatório: estado deprimido ou falta de motivação para as tarefas diárias, há pelo menos duas semanas.

De acordo com o número de itens respondidos afirmativamente, o estado depressivo pode ser classificado em três grupos:

- 1) Depressão menor:** 2 a 4 sintomas por duas ou mais semanas, incluindo estado deprimido ou anedonia;
- 2) Distímia:** 3 ou 4 sintomas, incluindo estado deprimido, durante dois anos, no mínimo;
- 3) Depressão maior:** 5 ou mais sintomas por duas semanas ou mais, incluindo estado deprimido ou anedonia.



## 2.Luto / Luto Patológico

Segundo o dicionário de Língua Portuguesa, luto é uma “ dor causada pela morte ou pela perda de alguém ou por grande calamidade; pesar; tristeza”. É definido como sendo um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais.

Geralmente, após seis meses, a maioria dos enlutados consegue ultrapassar a sensação de descrença e aceitar a perda; mantém relacionamentos satisfatórios com outras pessoas e são capazes de trabalhar produtivamente e de desfrutar de atividades de lazer.

Porém, Boelen e Prigerson referem que uma parte significativa dos enlutados fixam-se num estado de luto crónico; apresentam dificuldade de ajustamento a esta situação em particular e desenvolvem sintomas debilitantes e persistente incapacidade funcional. Exibem uma relutância geral em fazer adaptações para a vida na ausência da pessoa falecida e alimentam recordações, lamentações e sentimentos de culpa.

Esta forma de lidar com a situação, pode estar na origem de perturbações depressivas, anestesia emocional e ansiedade.

Quer o DSM – IV, quer a CID-108, entendem como um stressor normativo e embora façam a distinção entre o luto normal e a perturbação depressiva major, não reconhecem que as manifestações de luto possam tornar-se patológicas.

“Todavia, tornou-se atualmente consensual que, entre os extremos de uma reação de luto adaptada, auto-limitada, não merecedora de intervenção terapêutica e as síndromes psiquiátricas, há uma população intermediária de indivíduos que apresentam um transtorno de luto complicado e que merecem um tratamento que os alivie dos intensos sintomas emocionais.” (Delalibera, et al)



### 3.Colheita Inicial de Dados

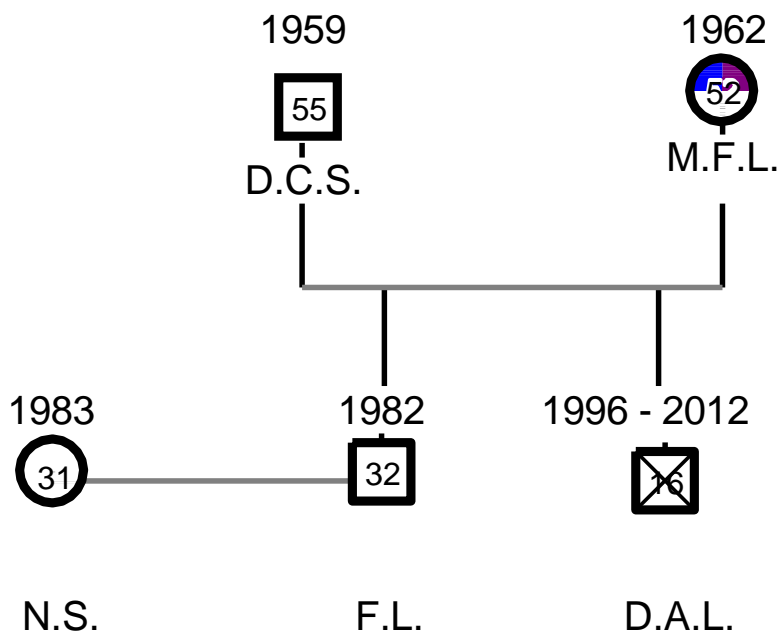
#### 3.1. Identificação do utente

Data de admissão: 28/05/2014

<b>Nome</b>	M.F.L.
<b>Idade</b>	52 anos
<b>Estado Civil</b>	Casada
<b>Qualificações Literárias</b>	9º ano
<b>Profissão</b>	Auxiliar de Acção Médica
<b>Religião</b>	Católica
<b>Diagnóstico médico</b>	309 (Reação de ajustamento)

**Tabela 1** – Dados pessoais

### 3.2. Genograma



Do agregado familiar fazem parte o marido, o filho mais velho e a nora.

### 3.3. História atual da Doença

Os dados da história atual foram obtidos por meio de consulta do processo clínico da utente.

No dia 27/05/2014 a doente foi acompanhada ao serviço de urgência do H.S.J. pelo marido por ferida no pulso esquerdo após tentativa de auto-agressão com faca. Segundo familiar, também terá ingerido vários comprimidos mas não sabe especificar quais, nem a quantidade.

Esta reação foi posterior a um acidente de carro que teve com o marido e consequência de ter tido alta por parte da Junta médica. A doente refere “quero ir para o pé do meu filho...” e “ não estou preparada para trabalhar”.

Fica em observação nessa noite, sendo transferida para psiquiatria no dia 28/05/2014 de manhã.

### 3.4. Antecedentes Pessoais

Os dados dos antecedentes pessoais foram obtidos por meio de consulta do processo clínico da utente.

A D. M. teve um internamento em 2008 no Hospital de Aveiro, por depressão major severa, IMV e automutilação. Após o falecimento do tio por enforcamento, com quem tinha uma relação significativa, demonstrou desvalorização pessoal, tristeza extrema, anedonia, astenia e ideação deliroide paranoide "...dormia com a fotografia dele debaixo da almofada...". Foi seguida em consulta no mesmo hospital até 2011.

Retomou consulta na privada com o Dr. Rui Sousa, após o falecimento do filho por atropelamento em 2012.

Fez múltiplas cirurgias vesicais por incontinência urinária, com algumas complicações. Histerectomia há 6 anos

HTA e DM tipo II

### 3.5. História Familiares

Tio com antecedentes psiquiátricos e que ter-se-á suicidado por enforcamento. Mãe "também sempre se deu para as depressões".

### 3.6. Avaliação Inicial

Os dados da avaliação inicial foram obtidos por meio de consulta do processo clínico da utente constante no Sclinico, no dia 28 de Maio.

<b>Sistema Imunitário</b>	Alergias/sensibilidades: ausente
<b>Alimentação</b>	Peso: 72Kg Altura: 160cm

	Hábitos alimentares: dieta geral
	Alergias alimentares: desconhece
<b>Circulação</b>	TA sistólica: 160mmHg TA diastólica: 72 mmHg
	Frequência cardíaca: 73 bpm Temperatura: 35,8° Dor: 0 - sem dor
<b>Eliminação</b>	Eliminação intestinal: 2 em 2 dias Eliminação urinária: sem alterações
<b>Tegumentos</b>	Integridade cutânea: não Feridas: sim
	Observações: escoriação no antebraço esquerdo
<b>Mobilidade</b>	Dependência: independente Uso de próteses: não
<b>Sono e repouso</b>	Horas de sono: 8h
	Com recurso a medicação: sim
	Qual: lorazepam 2,5mg e risperidona 0,5mg Horas de repouso: refere fazer período de descanso durante o dia
<b>Neuro-sensorial</b>	Consciência: consciente Orientação tempo: sim

	<p>Orientação espaço: sim Orientação auto: sim</p> <p>Orientação alopsiquicamente: sim Audição: não alterada</p> <p>Visão: alterada</p> <p>Observações: refere ter visão diminuída, mas não comprou as lentes receitadas pela médica</p> <p>Paladar: não alterado Olfacto: não alterado Tacto: não alterado</p>
<b>Cognição</b>	<p>Percepção (alucinações): não alterada Pensamento (quanto ao curso): não alterado Pensamento (quanto à forma): não alterado</p> <p>Pensamento (quanto ao conteúdo): não alterado</p>
<b>Emoções</b>	<p>Humor alterado</p> <p>Especificar alteração: humor depressivo em grau moderado – score 16 na escala de Hamilton para a depressão</p>
<b>Auto-cuidado higiene</b>	<p>Dependência: independente</p>
<b>Auto-agressão</b>	<p>Tentativa de suicídio: ausente Ideação suicida: mantém</p>
<b>Auto-controle</b>	<p>Hétero-agressão: ausente</p>

<b>Comunicação</b>	Comunicação: não alterada
<b>Razões para a ação</b>	Crença religiosa: sim Qual: católica
<b>Sexualidade</b>	Identidade sexual: heterossexual
<b>Estilos de vida</b>	Atividades de lazer: sim  Quais: refere passar a manhã com uma prima e neta desta; vai ao cemitério todos os dia. E passa as tardes com o marido em casa.  Comportamentos aditivos: não
<b>Pertences</b>	Pertences: não tem
<b>Quedas</b>	Risco de queda: não  Observações: escala de Edmonson - score 81

**Tabela 2** – Avaliação Inicial

## 4. Processo de Enfermagem

### 4.1. Diagnósticos de Enfermagem

Diagnósticos	Descrição
<b>Metabolismo alterado</b>	Somatório de todos os processos químicos que levam ao crescimento, geração de energia, eliminação de desperdícios e regulação das funções corporais em relação à distribuição dos nutrientes no sangue após a digestão, aumento do metabolismo basal devido ao exercício, elevação da temperatura corporal, atividade hormonal ou digestão.
<b>Processo de Luto Ineficaz</b>	Sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença, aperto na garganta e no peito, falta de ar sufocante, aflição abdominal (estado de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (estado de reação); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas acerca do futuro (estado de aceitação).
<b>Vontade de Viver Diminuída</b>	Influenciada por pensamentos e desejos de continuar a viver apesar das circunstâncias difíceis, forte ímpeto de viver, fazer escolhas ou agir no sentido de perpetuar a própria vida.
<b>Humor Alterado</b>	Níveis de sentimentos e tonalidades emocionais.

<b>Diagnóstico: Ansiedade Ineficaz</b>	Sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz tremula.
--	--

**Tabela 3** - Classificação CIPE

## 4.2. Intervenções de Enfermagem

Diagnóstico	Intervenção	Horário	Objectivos
	Executar entrevista de acolhimento	Agora	✓ Integrar a utente no serviço
	Executar entrevista de avaliação inicial	Agora	✓ Conhecer histórico da utente
	Executar entrevista de reavaliação do processo de enfermagem	5/5dias	✓ Reavaliar processo de enfermagem
<b>Metabolismo Alterado</b>	Monitorizar glicemia capilar	Diário	✓ Controlar níveis glicémicos
	Vigiar ingestão de alimentos	Às refeições	Controlar dieta diabética
	Monitorizar frequência cardíaca	Diário	

<b>Processo de Luto Ineficaz</b>	Gerir a comunicação	S/horário	Identificar as causas que contribuem para o problema;
<b>Vontade de viver Diminuída</b>	Aplicar indicador NOC para a vontade de viver	28/05	Identificar sinais de vontade de viver diminuída
	Vigiar vontade de viver	S/horário	✓ Utente não apresenta sinais de
	Vigiar ideação suicida	S/horário	ideação suicida estruturada
	Executar entrevista informal	31/05 às 19h	✓ Identificar focos de atenção
	Planear relação de ajuda	Dia 01/06 às 10h30	Formalizar a intervenção e estabelecer um contrato terapêutico
	Executar relação de ajuda	Dia 01/06 às 11h	Desenvolver capacidade adaptativa Desenvolver a capacidade de decisão e auto controlo Ajudar a encontrar estratégias para lidar com o problema Ajudar a refletir sobre um projeto de vida
<b>Humor Alterado</b>	Vigiar humor	S/horário	✓ Humor sub-depressivo na maior parte dos turnos

	Aplicar escala de depressão de Hamilton	5/5dias	✓ Aplicação da escala - score de 16 (depressão moderada)
<b>Auto controlo: Ansiedade Ineficaz</b>	Aplicar indicador NOC para a ansiedade	28/05	✓ Identificar sinais de ansiedade
	Planear escuta ativa	S/horário	✓ Formalizar a intervenção
	Executar escuta ativa		Diminuir a ansiedade Promover expressão de sentimentos e emoções
	Monitorizar tensão arterial	Diário	✓ Controlar valores tencionais
	Monitorizar frequência cardíaca	Diário	

**Tabela 4** – Intervenções de Enfermagem

### 4.3. Relação de Ajuda

O homem é o único ser vivo capaz de tomar consciência de si próprio. Consegue dar significado às suas experiências, conhecer os recursos que possui e perceber quais as suas necessidades para o seu desenvolvimento quer a nível fisiológico, psicológico e/ou cultural.

Aquando de uma boa comunicação consigo mesmo, o individuo encontra o seu equilíbrio biopsicossocial; no entanto, quando tal não acontece, a ajuda terapêutica promove no outro o desenvolvimento, crescimento e maturidade de forma que o sujeito melhore a sua capacidade de enfrentar a vida.

Desenvolver uma relação profissional empática significa procurar conhecer os problemas do outro o mais claramente possível, para tentar ajudar a resolvê-los, segundo o seu próprio ponto de vista.

A relação de ajuda trata-se de uma modalidade psicoterapêutica que utiliza o doente e o seu terapeuta como um sistema aberto. Segundo Sequeira (2006) “é uma relação na qual aquele que ajuda fornece ao outro, condições que ele necessita tendo em vista a satisfação das suas necessidades fundamentais”. É uma intervenção na qual a pessoa deve ser consciente do seu problema e deve querer resolvê-lo.

Espera-se que a atenção focalize não só o problema do doente, mas a própria pessoa em si, sobre o seu funcionamento e capacidade para enfrentar a vida. O profissional deve estar atento às suas expressões, gestos, olhares ou palavras, pois perceber o outro, no momento presente é uma forma de respeito e compreensão.

Este processo de “auto-descoberta” pela pessoa dos seus próprios recursos e potencialidades, permitir-lhe-á adquirir maior confiança em si própria e conseqüente aumento de autonomia, maior empenho e responsabilidade pelas suas decisões. Por outro lado, permite-lhe descobrir as suas capacidades e limitações e daí maior consciência de si como pessoa, e maior preparação para enfrentar situações difíceis no futuro (Nunes, 1999).

Assim, o enfermeiro que estabelece uma aliança terapêutica mantendo a capacidade de relacionar-se com o paciente vai ajudá-lo a sair amadurecido da situação que o atormenta. Dessa forma, em qualquer área de atuação da enfermagem, a relação de ajuda é um instrumento essencial para o planeamento dos cuidados.

A relação de ajuda distingue-se da ajuda esporádica e circunstancial, pelo que, deve ser planeada com a pessoa, podendo ser implementada através de várias de sessões (de número variável), sendo o mínimo de três, que em suma correspondem à explicitação do problema. É essencialmente indicada para a resolução de problemas concretos (reais ou potenciais). O doente deve ser um participante ativo em todo o processo.

### **Objetivos Gerais das Sessões da Relação de Ajuda:**

- Identificar as causas que contribuem para o problema;
- Desenvolver capacidade adaptativa;
- Desenvolver a capacidade de decisão e auto controlo;
- Ajudar a encontrar estratégias para lidar com o problema;
- Ajudar a reflectir sobre um projecto de vida.

### 4.3.1. Relação de Ajuda – Primeira Sessão

01/06/2014 às 11h

<b>Fase Inicial – Início da Relação</b>	
<b>Objetivos</b>	<p>Apresentação do terapeuta e utente em questão;</p> <p>Explicar o funcionamento das sessões;</p> <p>Clarificar o problema principal inerente a perda do filho; expectativas e os objetivos direcionados para ultrapassar o luto e consequente melhoria da relação com o marido;</p> <p>Descrever o papel da utente, enquanto participante ativa da relação e os objetivos da relação, que passa por encontrar recursos para lidar com o problema e treinar as possíveis estratégias acordadas;</p> <p>Incentivar a verbalização do problema com clareza, de forma a definir as suas circunstâncias (fatores precipitantes e causas);</p> <p>Realizar do contrato terapêutico (nome dos intervenientes, papéis, responsabilidades, expectativas de ambos, finalidade, local e hora dos encontros, condições para o término, sigilo, duração possível da relação).</p>

<b>Avaliação</b>	<p>Esta primeira sessão tende a ser um encontro inicial entre duas pessoas estranhas, o doente e o enfermeiro, no qual o primeiro se encontra “mergulhado” nos seus problemas e o segundo preocupado em estabelecer um clima de confiança, em mostrar disponibilidade, respeito e aceitação; para tal, foi iniciado contato com a doente com uma conversa informal sobre o dia anterior e no decorrer da conversa a doente verbaliza:</p> <p><i>“Sinto-me triste e não consigo senti de outra forma...”</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>“O meu marido não me deixa falar do que aconteceu, mas eu preciso de desabafar...”</i></p> <p><i>“...não me dou com muito barulho... só estou bem no silêncio...”</i></p> <p>Tendo em conta a importância da expressão corporal e facial, da postura e tom de voz, da linguagem verbal e não verbal; segui à instrução acerca do objetivo desta intervenção e explicado como irão decorrer as sessões. É também esclarecido, o papel de ambos os intervenientes, enfermeira e utente, dando ênfase às responsabilidades e expectativas que ambos devem assumir no decorrer das sessões. Desta forma, apresento o contrato terapêutico que a utente assina e reforço a questão do sigilo profissional e da confidencialidade.</p> <p>A doente demonstrou interesse em participar: <i>“...todos me dizem que não tenho razão para estar assim!”</i></p> <p>Mantenho uma comunicação e relação terapêutica, baseada num clima de confiança, respeito, escuta, compreensão e aceitação, permitindo assim a expressão e verbalização de sentimentos da utente face ao seu problema.</p> <p><b>Proposta de trabalho para a 2ª Sessão:</b> Com o objectivo de ajudar a doente na auto-exploração e auto-compreensão é solicitado que numa folha descreva aspetos positivos prévios à perda do filho e aspectos negativos da vivência actual (até três) numa escala de importância.</p> <p>É planeada a 2ª sessão com a utente.</p>
------------------	---

#### 4.3.2. Relação de Ajuda - Segunda Sessão

03/06/2014 às 18h

Fase Intermediária – Identificação / Transição	
<b>Objetivos</b>	<p>Permitir a expressão da vivência</p> <p>Verificar as interpretações possíveis</p> <p>Estabelecer prioridades</p> <p>Orientar na procura de estratégias de intervenção de modo a atingir os objectivos</p>

**Avaliação**

Para esta sessão tinha planeado começar por fazer a ligação com a sessão anterior, seguida da apresentação por parte da doente do trabalho que tinha sido sugerido.

A atitude do enfermeiro nesta fase deve ser de encorajamento da auto-exploração de sentimentos e emoções sobre os aspectos positivos e negativos; de forma que a doente consiga determinar o significado de atitudes, das experiências passadas e da situação atual.

Com o continuar da sessão e experimentando aceitação por parte do enfermeiro, considerando-o digno da sua confiança, a doente deve-se sentir mais envolvida e começa por abordar o evento desencadeador desta transição saúde/doença.

Não foi possível realizar esta sessão, nem dar continuidade à relação, uma vez que a doente se incompatibilizou com alguns dos restantes doentes internados e assinou alta clínica, sem parecer médico.

## 5. Atividades Interdependentes

Das atividades interdependentes fazem parte as atitudes terapêuticas e atividades decorrentes da prescrição médica

Fármaco	Via	Dosagem	
<b>Venlafaxina</b>	oral	150mg	Antidepressivo inibidor da recaptacão da serotonina e norepinefrina (IRSNs). Esta classe de medicamentos é utilizada para tratar a depressão e outras doenças como as perturbações de ansiedade. Pode causar efeitos indesejáveis de que não se da conta, como: aumento da tensão arterial ou ritmo cardíaco anómalo; diminuição da função das plaquetas no sangue, levando a um aumento do risco de hematomas e hemorragias.
<b>Ramipril</b>	oral	5mg	Inibidor da ECA” (Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina) - promove a diminuição da produção pelo organismo de substâncias que aumentam a pressão sanguínea; promove o relaxamento e alargamento dos seus vasos sanguíneos. • Trata a pressão sanguínea alta (hipertensão) Reduz o risco de ataque cardíaco ou AVC • Reduz o risco ou atrasar o agravamento de problemas renais
<b>Furosemida</b>	oral	40mg	Diurético potente de início de ação relativamente rápido, inibe a reabsorção dos iões Na+, K+ e 2Cl. A eficácia antihipertensora da furosemida é também atribuível a uma redução na resposta do músculo liso vascular ao estímulo constritor.
<b>Quetiapina</b>	oral	50mg	Antipsicótico utilizado para o tratamento de diversas doenças como: Esquizofrenia; Mania; Depressão bipolar.
<b>Lorazepam</b>	oral	2,5mg	Ansiolítico, sedativo e hipnótico para o tratamento da ansiedade e para ajudar a dormir.

Tabela 5 – Fármacos (consultado em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt))



## 6. Discussão dos Resultados

Tendo em conta a colheita de dados aquando da avaliação inicial da doente e depois de alguns contactos como a entrevista, momentos de escuta ativa e conversas informais com a doente, optei por utilizar a Relação de Ajuda como modalidade terapêutica, uma vez que a própria mostrava insight para a sua doença e vontade em melhorar.

Segundo Rafael (2000) “na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa, o papel do profissional não é o de fornecer soluções ou estratégias previamente definidas para a resolução da situação-problema, mas antes agir de modo a que o outro compreenda melhor a sua situação e se compreenda melhor a si mesmo. Sequeira (2002) diz que “Este processo deve conduzir a uma melhor compreensão dos sintomas e a um maior controlo sobre eles.”

Relação de Ajuda é essencialmente uma técnica que utiliza como mecanismos de ação a descoberta dos recursos da pessoa. Com esta utente pretendia trabalhar esses mesmos recursos de forma a fortalecer-se emocionalmente. Iria ajudar a doente a conseguir identificar aspetos positivos da sua vida antes da perda do seu filho e aspetos negativos após o mesmo acontecimento, contrabalançando ambos os aspetos e confrontá-la nas situações menos boas com novas formas de resolução.

A primeira sessão tinha como objetivo incentivar a verbalização do problema, de forma a clarificar quais as circunstâncias do problema principal inerente à perda do filho; explorar as expectativas de vida da utente e definir objetivos para ultrapassar o luto e consequente melhoria da relação com o marido.

Teve como “trabalho” para a segunda sessão, numerar os aspetos bons e menos bons antes e depois do atropelamento do filho, uma vez que nessa sessão seriam explorados sentimentos e emoções sobre esses mesmos aspetos.

Apesar do planeamento da segunda sessão, esta não foi efetivada, uma vez que, no dia 02/06, a doente pediu para ir para casa referindo que “em casa tinha menos barulho e conseguia pensar melhor...” Teve então alta clínica sem parecer médico. Foram limitações deste estudo o pouco tempo com a utente, proporcionado não só pelo contato em apenas 3 turnos na Unidade de Internamento, mas também pela sua alta clínica precoce. Considero não ter obtido ganhos em saúde por não ter conseguido levar a terapia até ao fim.



## Conclusão

O presente estudo teve como principal objectivo analisar o caso de uma utente, internada no serviço C4 do Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E. desde o dia 28 de Maio a 2 de Junho de 2014., com o diagnóstico de depressão de ajustamento, proveniente de um luto patológico prolongado.

A modalidade terapêutica escolhida (relação de ajuda) dá ao doente a oportunidade de poder expor as suas dificuldades, de acordo com as suas necessidades. O que pude observar e vivenciar é que é necessária uma boa preparação prévia para este tipo de abordagem, de forma a que se estabeleça uma interação eficaz.

Antes da terapia propriamente dita, estabeleci uma relação informal com a doente baseada na escuta ativa, para que ganhasse confiança e me aceitasse como sua terapeuta. No entanto, e como já foi referido anteriormente, apesar do planeamento da segunda sessão, esta não foi efectuada, uma vez que a doente teve alta clínica sem parecer médico.

Assim, concluo que mesmo considerando a doente com motivação e capacidade para ultrapassar o seu diagnóstico de ansiedade e auto-estima diminuída, não obtive ganhos em saúde pelo pouco contacto que tive com a doente.



## Bibliografia

- American Psychiatric Association Washington, DSM – IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2000
- Araújo, C. et al. - Estudo de Caso: Métodos de Investigação em Educação. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 2008.
- Boelen, P.A., Prigerson, H.G. - The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. A prospective study. Eur Arch Psychiatry ClinNeurosci 2007;257:444-452
- Elalibera, M., et al. - Validação do Instrumento de Avaliação do Luto prolongado para a população Portuguesa, Acta Med Port 2011; 24: 935-942
- Furegato, A. - Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem. Ribeirão Preto (SP): Scala. 1999
- Nunes, O. - Uma Abordagem Sobre a Relação de Ajuda. A Pessoa Como Centro – Revista de Estudos Rogerianos (Nº 3). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e Counselling. 1999.
- Rafael, M. - A Relação de Ajuda e a Acção Social: Uma Abordagem Rogeriana
- - Dissertação apresentada na Pós-Graduação em Relação de Ajuda. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 2000
- Sequeira, C. - Introdução à Prática Clínica. Coimbra: Quarteto Editora. 2006
- Sequeira, C.- Manual: Saúde Mental e Psiquiatria. Porto: Escola Superior de Enfermagem de S. João. 2002.
- Siqueira, Junior, A. C. et al. - A Relação de Ajuda como instrumento para o trabalho do Enfermeiro Psiquiátrico: Relato de um caso, Porto Alegre. 2001.
- [http://www.transmagnet.med.br/depre\\_DSM\\_IV.htm](http://www.transmagnet.med.br/depre_DSM_IV.htm)
- <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/luto>



## **Anexo I**

### **Indicador NOC – Autocontrolo: Ansiedade**



<b>AUTO-CONTROLO: ANSIEDADE</b>	<b>Nunca Demonstra</b>	<b>Demonstra Raramente</b>	<b>Demonstra Algumas Vezes</b>	<b>Demonstra Frequente/</b>	<b>emonstra Sempre</b>
Definição - Capacidade para eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão resultantes de fontes identificadas. INDICADORES:					
Monitoriza a intensidade da ansiedade	1	23	4	5	
Diminui os estímulos do meio envolvente quando ansioso	1	23	4	5	
Procura informação para redução da ansiedade	1	23	4	5	
Planeia estratégias de coping para situações de stresse	1	23	4	5	
Usa estratégias de coping efectivas	1	23	4	5	
Usa técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade	1	23	4	5	
Informa a diminuição da duração dos episódios	1	23	4	5	
Informa o aumento do período de tempo entre os episódios	1	23	4	5	
Mantém a representação de papéis	1	23	4	5	
Mantém relações sociais	1	23	4	5	
Mantém concentração	1	23	4	5	
Informa a ausência de distorções de percepção sensoriais	1	23	4	5	
Refere sono adequado	1	23	4	5	
Informa a ausência de manifestações físicas da ansiedade	1	23	4	5	
Manifestações comportamentais de ausência de ansiedade	1	23	4	5	
Controla a resposta à ansiedade	1	23	4	5	



## **Anexo II**

### **Indicador NOC – Vontade de Viver**



	unca Demonstra	aramente Demonstra	Demonstra Algumas Vezes	Demonstra Muitas Vezes	Demonstra Sempre
<b>Vontade de Viver</b>					
<b>Indicadores:</b>					
Expressão de vontade de viver	1		23	4	5
Expressão de esperança	1		23	4	5
Expressão de optimismo	1		23	4	5
Expressão de capacidades de controlo	1		23	4	5
Expressão de sentimentos	1		23	4	5
Questiona sobre o tratamento da própria doença	1		23	4	5
Procura informação sobre o tratamento da própria doença	1		23	4	5
Usa estratégias para compensar problemas associados à doença	1		23	4	5
Uso de estratégias para melhorar a saúde	1		23	4	5
Uso de estratégias para prolongar a vida	1		23	4	5



## **Anexo III**

### **Escala de Hamilton para a Depressão**



Para cada questão, assinalar a que melhor se aplica.

### 1. Humor depressivo

1. Inexistente
2. Apenas detectado quando inquirido
3. Referido por comunicação verbal espontânea
4. Detectado sem comunicação verbal (expressão facial, voz, choro fácil)
5. o doente relatou estes sintomas em comunicação espontânea verbal e não verbal

### 2. Trabalho e actividades

1. Sem dificuldades
2. Fadiga, fraqueza ou pensamentos/sentimentos de incapacidade (relacionada com o trabalho, actividades, hobbies)
3. Perda de interesse (directa ou indirectamente relatado através de falta de atenção, indecisão e vacilação)
4. Diminuição do tempo dispendido em actividades ou diminuição da produtividade
5. Parou de trabalhar devido à doença actual

### 3. Sintomas somáticos, gastrointestinais

0. Nenhum
1. Perda de apetite (mas come sem precisar de incentivo; sensação de abdómen pesado)
2. dificuldade em comer sem incentivo (pede ou necessita de laxantes ou medicação para os intestinos ou sintomas gastrointestinais)

### 4. Perda de peso

0. Nenhuma perda de peso ou perda de peso não causada pela doença actual
1. Perda de peso provavelmente associada à doença
2. Perda de peso (segundo opinião do doente)

### 5. Insónia, precoce

0. Sem dificuldade em adormecer
1. Dificuldade ocasional em adormecer (mais de ½ hora)
2. Dificuldade em adormecer à noite

### 6. Insónia, meio da noite

0. Sem dificuldades
1. Queixas de sono agitado durante a noite
2. Acorda durante a noite (se sair da cama, excepto para urinar ou evacuar, equivale a 2 pontos)

## 7. Insónia, tardia

### 0. Sem dificuldades

1. Acorda de madrugada, mas volta a adormecer
2. Não consegue voltar a adormecer se sair da cama

## 8. Sintomas somáticos, Gerais

1. Nenhum
2. Peso nos membros, costas ou cabeça (dores nas costas, dores de cabeça, dores musculares; perda de energia e fadiga)
2. Qualquer sintoma bem definido equivale a 2 pontos

## 9. Sintomas genitais

### 0. Ausentes

1. Moderados
2. Graves

## 10. Sentimentos de culpa

1. Ausentes
2. Auto-censura
2. Sentimentos de culpa ou remoer sobre erros ou pecados passados
3. A doença presente é um castigo. Ilusão de culpa.
4. Ouve vozes acusadoras os denunciadoras e ou tem alucinações visualmente ameaçadoras

## 11. Suicídio

1. Ausente
2. Sente que a vida não vale a pena ser vivida
3. Deseja morrer (ou pensamentos sobre a própria morte)
4. Ideias ou gestos suicidas
4. Tentativas de suicídio (qualquer tentativa séria equivale a 4 pontos)

## 12. Ansiedade, Psíquica

1. Ausente
2. Tensão e irritabilidade subjectivas
3. Preocupa-se com assuntos menores
4. Atitude apreensiva detectada na face ou no discurso
5. Medo expresso sem ser questionado

### **13. Ansiedade, Somática**

1. Ausente
2. Leve
2. Moderada
3. Grave
4. Incapacitante

### **14. Hipocondria**

0. Ausente
1. Auto-absorvimento pelo corpo
2. Preocupação com a saúde
3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda
4. Ilusões hipocondríacas

### **15. Retardamento**

0. Discurso e pensamentos normais
1. Ligeiro retardamento na entrevista
2. Retardamento óbvio na entrevista
3. Entrevista difícil
4. Letargia completa

### **16. Agitação**

0. Nenhuma
1. Inquietação
2. "Brincar com" as mãos, cabelo, etc.
3. Movimenta-se, não consegue estar sentado
4. Torcer as mãos, morder as unhas, puxar os cabelos, morder os lábios

### **17. Observação própria**

0. Reconhece estar deprimido e doente
1. Admite a doença mas atribui a causa à má comida, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descansar ou outra desculpa
2. Nega completamente estar doente

### **18. Variação diurna**

0. Ausente
1. Moderada
2. Grave

## 19. Despersonalização e Desrealização

- 0. Ausente
- 1. Ligeira
- 2. Moderada
- 3. Grave
- 4. Incapacitante

## 20. Sintomas paranóides

- 0. Nenhum
- 1. Suspeita
- 2. Ideias de referência
- 3. Ilusões de referência e perseguição

## 21. Sintomas Obsessivos e compulsivos

- 0. Ausentes
- 1. Moderados
- 2. Graves

## Status e Correção da escala de Hamilton para a Depressão

...em grau reduzido (0-7, segundo escala de avaliação de Hamilton)

...em grau moderado (8-17, segundo escala de avaliação de Hamilton)

...em grau elevado (18-25, segundo escala de avaliação de Hamilton)

...em grau muito elevado (26+, segundo escala de avaliação)

## **ANEXO 4**

### **SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**





**CATÓLICA PORTO**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**  
**E PSIQUIÁTRICA**

**TÉCNICAS DE**  
**COMUNICAÇÃO**

Unidade de Psiquiatria Comunitária e Hospital  
de Dia Centro Hospitalar S. João

Joana Filipa Lopes Coelho

*Orientadora Enf<sup>a</sup> Especialista Aida Fernandes*

*Tutor: Enf<sup>a</sup> Especialista Paula Travanca*

Porto, Dezembro de 2014



## Introdução

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica Portuguesa, 2013/2015; mais propriamente, na disciplina “Estágio Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”, foi elaborado o presente trabalho, cujo objectivo é realizar uma sessão de educação para a saúde a um grupo de utentes frequentadores do Hospital de Dia, o tema escolhido foi Técnicas de Comunicação.

Passamos grande parte da vida a tentar partilhar emoções e afectos, trocando ideias, informações, saberes e experiências, trabalhando lado a lado com outras pessoas. A comunicação é o processo que permite esta mesma transmissão interpessoal de ideias, sentimentos e atitudes entre dois (ou mais) indivíduos. É a capacidade de estabelecer interacção com os outros, entendendo-se por interacção o processo de acção e reacção recíprocas entre pessoas, que se manifesta através de linguagem verbal ou não verbal.

É consenso geral que a comunicação é um importante instrumento de intervenção na área da saúde; e na saúde mental, é sem dúvida, o instrumento de intervenção por excelência. Toda a tecnologia nesta área é construída a partir do processo de interacção ou relação intersubjetiva, esperando-se que os profissionais sejam capazes de estabelecer relações terapêuticas com os doentes, uma vez que, é no campo da saúde mental que mais se evidencia as alterações no processo de comunicação.

Segundo (Nunes, 2010), existe evidência científica de que a aplicação de habilidades comunicacionais tem impacto na satisfação do doente. Os doentes dos profissionais de saúde treinados na área comunicacional apresentam melhores resultados de saúde e de satisfação.



# 1. Comunicação

Do latim "*communicare*", comunicação significa pôr em comum, conviver. Este conceito "pôr em comum" implica haver um transmissor, um receptor e uma mensagem, todos dentro da mesma linguagem, para que exista entendimento e compreensão.

Desde os primórdios da Humanidade, o ser humano, como ser social que é, sentiu necessidade de comunicar com os seus semelhantes de forma mais profunda do que através dos processos comunicacionais básicos e rudimentares utilizados pelas outras espécies. Quando comunicamos com alguém, devemos, sempre, recordar-nos de que há um sem número de interpretações diferentes, consoante o número de pessoas presentes.

“Em média, o ser humano passa  $\frac{3}{4}$  do seu tempo a comunicar com outras pessoas, podendo-se afirmar que a comunicação humana é uma vertente fundamental no processo das relações interpessoais.” (Instituto Bento de Jesus Caraça, pag.8)

O indivíduo tende a relaciona-se com os seus semelhantes e a adquirir a forma de agir e de pensar dominantes na sociedade em que está inserido. Ao fazê-lo, vai desenvolvendo as suas capacidades de comunicação e enquanto ser cultural, cada indivíduo apreende da sociedade valores que se transmitem de geração em geração, para melhor se relacionar com os outros.

O Homem tem, portanto, uma necessidade crescente de desenvolver, estudar e aperfeiçoar as técnicas comunicacionais e fenómenos associados.

## 1.1. Elementos do Processo de Comunicação

O processo de comunicação consiste num emissor fazer chegar uma mensagem a um receptor através de um canal de comunicação, utilizando um determinado código.

- ❖ **Emissor** é aquele que emite ou transmite a mensagem; é o ponto de partida de qualquer mensagem. Deve ser capaz de perceber quando e como entra em comunicação com o(s) outro(s).
- ❖ **Receptor** é aquele que recebe a mensagem. Deve estar sintonizado com o emissor para entender a sua informação.
- ❖ **Mensagem** é o conteúdo da comunicação. É o conjunto de sinais com significado.
- ❖ **Canal** é todo o suporte que serve de veículo a uma mensagem, sendo o mais comum o ar. Existem muitos outros canais, como por exemplo a carta, o livro, o cartaz, o telefone, a rádio, a televisão, etc.
- ❖ **Código** são sinais com certas regras, que todos entendem, como por exemplo a língua. O emissor codifica a mensagem e o receptor interpreta a mensagem, descodificando-a.
- ❖ **Codificação** é a capacidade de construir mensagens segundo um código compreendido pelo emissor e pelo receptor.
- ❖ **Descodificação** é a capacidade de interpretar uma mensagem. Informação de retorno (feed-back): resposta do receptor à mensagem enviada pelo emissor.

## 1.2. Atitudes Comportamentais na Comunicação

O comportamento não é inato nem hereditário, pode considerar-se que é adquirido ao longo da vida, sendo sujeito às vivências específicas de cada um.

O comportamento é tudo o que o indivíduo faz ou diz, é “o que designa as reacções de um indivíduo à acção de um estímulo, sendo essas reacções observáveis do exterior” (Instituto Bento de Jesus Caraça, pag.16)

Quando dois indivíduos estão em relação afectam-se mutuamente. Podemos até afirmar que a forma como as pessoas se comportam afecta sempre a maneira como os outros se comportam.

Assim, os comportamentos de cada um ao influenciarem os comportamentos daqueles com quem se relacionam, podem contribuir positiva ou negativamente para a relação que está a decorrer. Cada um deve ter em consideração o seu próprio comportamento, reflectindo até que ponto uma mudança não facilitaria as relações com os outros.

Não nos devemos esquecer que o comportamento pode assemelhar-se a uma máscara: um indivíduo pode, aparentemente, ser exemplar, mas os seus comportamentos exteriorizados não correspondem ao seu estado real.

Drumont (1993) considera que a boa comunicação envolve o aperfeiçoamento de cinco elementos críticos:

**Auto-imagem:** se esta for positiva facilita a interacção com os outros; se for negativa dificulta na medida em que o indivíduo evita expor-se.

**Saber ouvir:** consiste em manter a atenção não só sobre a linguagem falada, mas também no tom de voz, nos gestos, etc. Se o ouvinte for forçado a ouvir alguém ou alguma coisa que não tem interesse, a comunicação não-verbal, denunciará essa falta de interesse.

**Clareza de expressão:** igualmente importante ao saber ouvir, é saber expressar o que se sente. É comum considerar-se que devemos ser capazes de ler a mente uns dos outros; mas o que é claro para uns, pode não ser para outros.

**Capacidade para lidar com sentimentos de contrariedade:** capacidade de identificar, reconhecer e decidir o que se faz com as emoções.

**Auto-abertura:** capacidade de falar francamente a respeito de si mesmo.

	<b>Tipo de atitude</b>	<b>Expressões características</b>	<b>Efeitos no interlocutor</b>
<b>Atitude de influência</b>	Avaliação	“Fez mal”; “Está errado”	Inibição, Choque, Revolta, Tensão, Endurecimento
	Orientação	“Deve fazer assim”	Dependência, Tensão, Contestação
	Interpretação	“O que você tem é inveja”	Incompreensão, Choque, Desinteresse

<b>Atitude de não influência</b>	Apoio	“Estou do seu lado”, “Parabéns”	Afectividade, Impasse, Dependência
	Exploração	“Não estou a perceber bem”	Clarificação, Interesse, Aumento Análise
	Compreensão	Reformulação de uma queixa	À vontade, Racionalidade, Envolvimento

**1. Atitudes de influência** – são as atitudes de avaliação, orientação, interpretação e, por vezes, apoio. São atitudes que implicam a invasão do outro, considerando-o, implicitamente, como “inferior”;

**2. Atitudes de não influência** – são as atitudes de exploração e compreensão. São atitudes que consideram o outro como nosso “igual” e capaz de passar à acção com sucesso.

## 2.Comunicação Não-Verbal

A comunicação não-verbal assume papel de relevo no acto de comunicar: cerca de 65% das mensagens que se emitem e recebem ao longo do dia são não verbais.

Realiza-se através de códigos como os gestos, os movimentos dos olhos e do rosto ou os tons de voz. Os códigos não são apenas sistemas para organizar e compreender dados: eles desempenham funções comunicativas e sociais.

Os códigos usados na comunicação verbal são chamados de códigos apresentativos, enquanto os códigos usados para produzir textos são os códigos representativos:

**Códigos apresentativos** – São indiciais, porque não se podem referir a algo independente deles mesmos e do seu codificador. Estão limitados à comunicação frente a frente ou à comunicação onde o comunicador está presente. Têm duas funções:

1. Tratar das informações sobre o orador e a sua situação, através das quais o(s) receptor(es) ficam a conhecer a sua identidade, emoções, atitudes, etc;
2. Gerir a interacção que o codificador quer ter com o outro. Ao usar certos gestos, posições e tom de voz, o emissor pode tentar dominar os interlocutores, ser conciliador em relação a eles ou desligar-se deles.

**Códigos representativos** – São usados para produzir mensagens com uma existência independente. Um texto representa algo independente de si mesmo e do seu codificador, sendo composto por símbolos. A linguagem verbal ou a fotografia são exemplos de códigos representativos.

### 2.1. Códigos da Comunicação não-verbal

**Orientação:** o ângulo em que nos colocamos relativamente aos outros é uma forma de emitir mensagens. Olhar alguém de frente pode ser indicador de intimidade ou intimidação.

**Aparência:** a aparência é utilizada para enviar mensagens sobre a personalidade e o estatuto social. Pode ser dividido em duas partes: os aspectos de controlo voluntário (cabelo, vestuário, pele) e os menos controláveis (altura, peso).

**Movimentos da cabeça:** Um assentimento pode dar licença para se continuar a falar enquanto movimentos rápidos da cabeça podem significar desejo de falar.

**Expressão facial:** revela menos variações inter-culturais do que a maioria dos códigos apresentativos. É caracterizada pela posição das sobrancelhas, o franzir da testa, o formato dos olhos, a compressão dos lábios, o rubor repentino...

**Gestos:** estão intimamente relacionados com a fala e complementam a comunicação verbal. O gesto intermitente, enfático, para cima e para baixo, indica frequentemente uma tentativa de domínio, enquanto gestos mais fluidos, contínuos e circulares indicam o desejo de explicar ou de conquistar simpatia.

**Postura:** a forma como nos sentamos, deitamos ou levantamos, podem comunicar diferentes significados. A postura pode também indicar um estado emocional, nomeadamente, o grau de tensão (debruçarmo-nos sobre a mesa) ou descontração (recostarmo-nos na cadeira). É mais difícil de controlar do que a expressão facial, podendo denunciar-se na postura um estado de ansiedade não visível no rosto.

**Contacto visual:** a frequência e duração de um olhar é uma forma de enviar importantes mensagens sobre o relacionamento. Estabelecer um contacto visual no início ou durante a primeira fase de um acto verbal, indica o desejo de dominar o ouvinte. O contacto visual posterior ou após um acto verbal indica mais uma relação de aliança, nomeadamente de desejo de obtenção de feedback.

### **3. Barreiras e Factores da Comunicação**

Comunicar é uma arte de bem gerir mensagens, as enviadas e as recebidas durante os processos interaccionais. O tempo, o espaço, o meio físico envolvente, o clima relacional, o corpo, os factores históricos da vida pessoal e social de cada indivíduo em presença, as expectativas e os sistemas de conhecimento que moldam a estrutura cognitiva de cada actor social condicionam e determinam o jogo relacional dos seres humanos. Assim, podemos equacionar uma estrutura de variáveis interaccionais que, nos processos de comunicação humana, tanto podem facilitar como barrar ou constituir fontes de ruído às relações face-a-face.

#### **3.1.Barreiras à Comunicação**

No acto de comunicar com os outros devemos sempre recordar que existem diversos tipos de factores que contribuem para dificultar ou impedir a comunicação:

- ❖ Dificuldade de expressar, de forma clara, simples e concisa, determinada ideia;
- ❖ Inadequação da linguagem ao universo sócio-cultural do interlocutor;
- ❖ Utilização de termos desconhecidos pelo receptor (p. e. estrangeirismos) e de abreviaturas e siglas;
- ❖ Falta de consideração pelos valores políticos, culturais, sociais, religiosos, e étnicos do interlocutor;
- ❖ Incapacidade para exteriorizar emoções e afectos;
- ❖ Alheamento e desinteresse manifestados em relação à mensagem recebida;
- ❖ Avaliações prematuras e infundadas sobre as intenções do outro, como se as conhecesse melhor do que ele (Sei perfeitamente o que está a pensar);
- ❖ Interrupção inesperada e brusca, impedindo o interlocutor de apresentar até ao fim a sua ideia (Não diga mais! Já percebi tudo!);
- ❖ Omissão consciente do que gostaria de dizer ou fazer, para assim preservar a imagem;
- ❖ Recorrer a voz agressiva e provocadora com a intenção de amedrontar o interlocutor;
- ❖ Manipulação do interlocutor com o objectivo de o levar a colocar em causa a validade do que pensa, sente e diz;
- ❖ Rejeição imediata de tudo o que não vai de encontro ao que se gostaria de ouvir;
- ❖ Imposição de ideias, experiências e opções, não admitindo qualquer abertura ao debate;
- ❖ Tentativa de arrastar o interlocutor para os seus pontos de vista, de forma a poder

melhor dominá-lo;

- ❖ Situações de stress e/ou fadiga, responsáveis por afirmações imprecisas e inoportunas;
- ❖ Utilização de linguagem abstracta e exageradamente técnica, para inferiorizar o receptor.

### 3.2.Factores da Comunicação

Segundo o Manual de Técnicas de Comunicação do Instituto Bento de Jesus Caraça, podemos definir seis grandes áreas de factores que podem também podem constituir barreiras à comunicação:

**Factores pessoais:** A aparência do sujeito enunciador do discurso, a sua postura e movimentos corporais.

**Factores sociais:** A educação, os papéis sociais desempenhados, a cultura, as crenças, as normas sociais, dogmas religiosos e políticos, etc.

**Factores fisiológicos:** Existem sujeitos que sendo portadores de determinado handicap, têm maior dificuldade na interacção com os outros (surdez, deficiência...)

**Factores de personalidade:** Há um conjunto de aspectos que são potenciadores de bloqueios à comunicação entre os indivíduos:

- Auto-suficiência (o indivíduo “sabe tudo”);
- Confusão (entre aquilo que é objectivo daquilo que é subjectivo);
- Tendência a complicar

**Factores de linguagem:** Diferentes sentidos que cada um atribui às palavras dos outros.

**Factores psicológicos:** Alguns efeitos também podem bloquear a comunicação.

- Efeito de Halo é um mecanismo que diz respeito ao recurso que determinados sujeitos fazem quando se referem a outra pessoa. Do seu discurso emergem palavras ou expressões que remetem para a generalização de uma pessoa, a partir de uma só das suas características.
- Efeito Lógico centra-se na tendência que determinados sujeitos revelam em associar duas características de um indivíduo, como se houvesse uma relação causal linear: se A, então B.
- Tipos Pré-determinados existem quando determinados indivíduos tendem a enquadrar os outros em tipos sociais ou profissionais.
- Efeito de Tendência Central dá-se quando os sujeitos tendem em situar os outros, objectos da sua apreciação, em valores escalares e diversificados.

## 4.Plano Psicoterapêutico

**Data:** 17 de Dezembro de 2014, às 10h00

**População alvo:** Utentes do Hospital de Dia de Psiquiatria do C.H.S.João

**Dinamizadores da sessão:** Enfª Joana Coelho e Enfª Paula Travanca

Técnicas de Comunicação				
Introdução	Objectivos	Intervenção	Recursos materiais	Metodologia
<p>Apresentação dos técnicos;</p> <p>Descrição do tema;</p>	<p><b>Gerais:</b> Realizar sessão de educação para a saúde</p> <p><b>Específicos:</b> Definir o que é comunicação Como se processa Barreiras e factores da comunicação Comunicação verbal e não- verbal</p>	<p><b>Metodologia:</b> Optimizar o ambiente físico; Apresentação do tema e abrir espaço para discussão</p>	<p><b>Local:</b> sala de actividades</p> <p><b>Material:</b> computador</p>	<p><b>Duração:</b> 40 min</p> <p><b>Método:</b> apresentação oral e trabalho de grupo</p>

## 4.1.Avaliação

Esta sessão de educação para a saúde foi realizada com um total de 8 utentes do Hospital de Dia.

A sessão iniciou-se com o que é comunicação para cada um dos presentes e seguidamente explicada através de um esquema simples. Diferenciou-se comunicação verbal da não verbal, salientando a importância de ambas.

Todos concordaram que a comunicação não verbal é a mais importante e uma das utentes referiu ainda que os profissionais de saúde conseguem perceber o seu estado de humor, consoante a sua postura. Em geral, todos os utentes demonstraram-se bastante participativos e interessados no tema.

Consideraram que a sessão foi muito positiva, enriquecedora e diferente, uma vez que não foi tão expositiva, as m, um momento de diálogo entre o grupo.

## Conclusão

A comunicação é um instrumento de integração, instrução, troca mútua e desenvolvimento entre as pessoas em quaisquer atividades realizadas. A forma como nos comunicamos é a ferramenta mais importante no processo de relacionamento com o mundo.

Comunicar é tornar algo comum. Serve para estabelecermos contacto com as pessoas, para dar ou receber informação, para expressar o que pensamos, para transmitir os nossos sentimentos, os nossos valores, as nossas experiências com os outros, fortalecendo e estreitando relações.

Os estudos de comunicação enfatizam a importância de se identificarem as barreiras que interferem no processo de comunicação (sendo estes a cultura, classe social, emoções, temperamento, etc.).

Para uma comunicação eficaz na área da saúde são necessárias estratégias comunicativas com visão a estabelecer relações terapêuticas com os doentes. A importância da educação/comunicação para a saúde está na base para passar aos utentes/cidadãos informações precisas. O investimento em educação para a saúde representa um vetor importante na prevenção de doenças e na promoção da saúde.



## Bibliografia

- Abreu, P. (1998). **Comunicação e Medicina**. Virtualidade - Edições e Serviços, Lda. Coimbra
- Firmino, M. e Associados, Lda. (2005). **Introdução ao Desenvolvimento das Competências de Comunicação: FEUP**
- Instituto Bento de Jesus Caraça. (). **Manual de Técnicas de Comunicação**.
  
- Nunes, J. (2010). **Comunicação em Contexto Clínico**. Lisboa
  
- Silva, A.; Guilherme, M.; Rocha, S. (2000). **Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas**. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 65-70, outubro.
- Tate, P. (2003). **Guia Prático da Comunicação Médico-Doente**. Climepsi Editores. Lisboa
- Wolf, M. (). **Teorias da Comunicação: Textos de apoio**, Editorial Presença, 8ª Edição



## **ANEXO 5**

### **PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO**



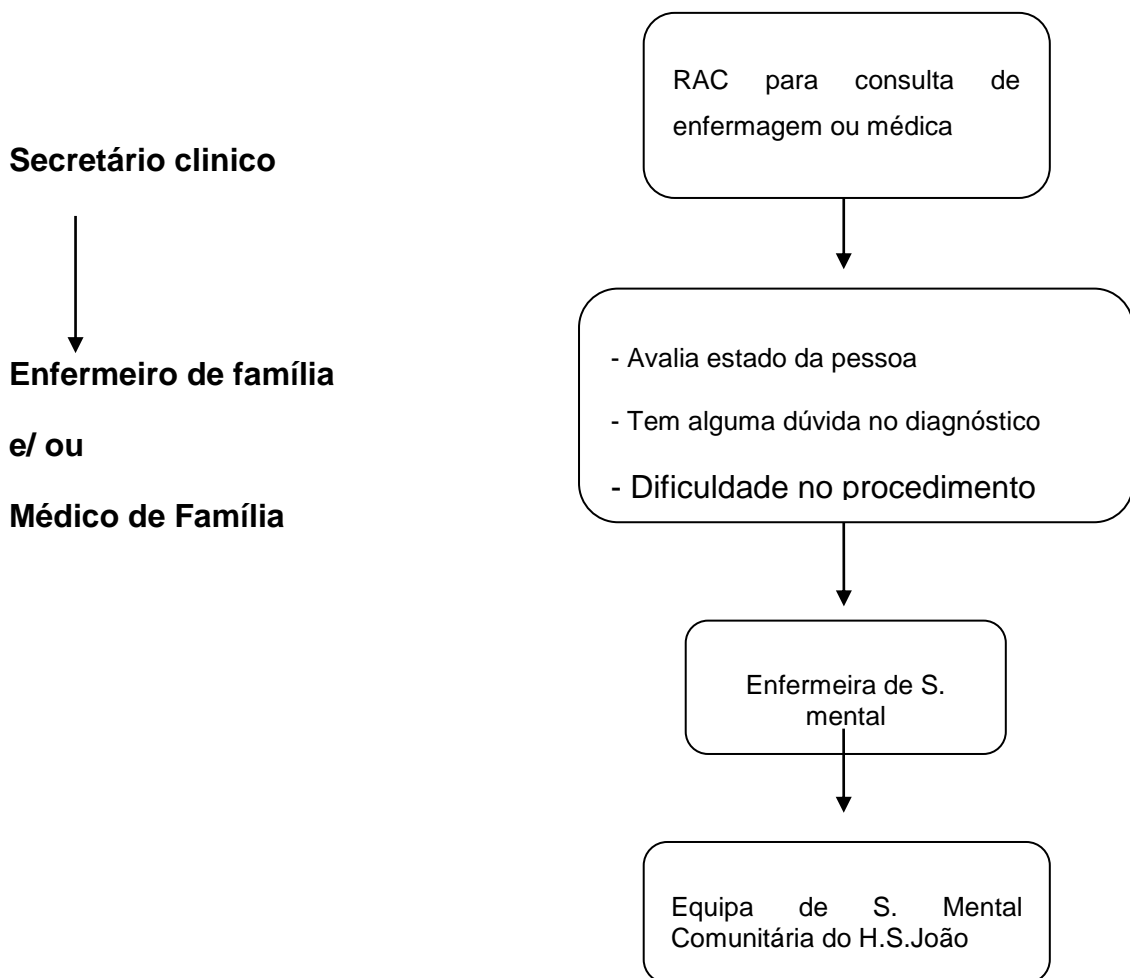
# Parceria com Equipa Comunitária do Hospital de Dia - CHSJ

Diminuir o tempo de hospitalização torna-se uma prática comum, sendo a assistência assegurada no local da sua residência, envolvendo a participação da pessoa com patologia e dos seus familiares, em diferentes entidades da comunidade.

Desta forma, este projecto tem por base uma parceria de cuidados que preconiza a cooperação, complementaridade e acompanhamento, de grande proximidade ao utente com doença mental grave e seu cuidador; partilha de informação e parceria de cuidados entre a USF Covelo e o Serviço de Psiquiatria do CHSJ, através das Equipas de Intervenção Comunitária.

## Procedimento:

Sempre que um profissional reconhece situação de doença mental durante as consultas/visitas domiciliárias ou por indicação de algum familiar.





## **ANEXO 6**

### **ESTIMULAÇÃO COGNITIVA “EXERCITAR A MENTE”**





**CATÓLICA PORTO**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**  
**E PSIQUIÁTRICA**

**ESTIMULAÇÃO**  
**COGNITIVA**

Exercitar a Mente

Joana Filipa Lopes Coelho

*Orientadora Enf<sup>a</sup> Especialista Aida Fernandes*

*Tutor: Enf<sup>a</sup> Especialista Cristina Viarinho*

Porto, Outubro de 2014



## Introdução

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica Portuguesa, 2013/2015; mais propriamente, na disciplina “Estágio Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”, foi dada continuidade a um projeto anteriormente delineado, cujo objectivo é realizar intervenção terapêutica a um grupo de utentes frequentadores de um Centro de Dia, centrada nas respostas humanas aos processos de doença e envelhecimento, na demência/défice cognitivo ligeiro

O local da actividade foi escolhido, após a Diretora Técnica da Instituição assumir que os utentes têm poucas atividades ocupacionais/recreativas programadas. A instituição apenas proporciona ocupação dos tempos livres uma vez por semana, com uma aula de ginástica. Os clientes são na sua maioria idosos, alguns já com alguma dependência nas atividades básicas de vida diária, mas ainda com alguma mobilidade, critério este essencial para a integração neste tipo de estruturas de apoio social.

Muitos destes utentes integrados em Centro de Dia estão também institucionalizados, pois têm o diagnóstico de demência e apresentam já uma incapacidade dos próprios estarem sós durante o dia ou pela dependência nas atividades instrumentais ou avançadas de vida, bem como pelas dificuldades das famílias em lidar com os sintomas neuropsicológicos e comportamentais da demência e muitos outros poderão ter também associado algum tipo de défice cognitivo.

Por outro lado, a institucionalização por si só, mesmo a tempo parcial, pode gerar agravamento do quadro cognitivo pela falta de estimulação e de atividades programadas. *“Os idosos institucionalizados têm maior probabilidade de apresentar declínios ao nível do funcionamento cognitivo como consequência do sedentarismo vivido em muitas instituições; a falta de estímulos (cognitivos, físicos e sociais) nestes contextos acelera o processo de envelhecimento”* (Nordon et al., 2009, cit por Castro, 2011). Assim, a institucionalização dos idosos está associada ao agravamento do seu estado de saúde, à incapacidade funcional e ao comprometimento cognitivo. (Castro, 2008) Após o diagnóstico da necessidade de intervenção elaborado anteriormente, foi contactada a Diretora Técnica e foi-lhe dada a disponibilidade por parte da UCC para intervir com objetivo terapêutico num grupo destes utentes. A mesma demonstrou desde logo muita receptividade e muito interesse na sua implementação. Assim, foi efetuado o planeamento das atividades para um programa de 4 sessões (uma por semana) e cada uma com duração de 50 min.



## **Estimulação Cognitiva**

O envelhecimento é acompanhado de declínio de funções cognitivas, especialmente a memória, evoluindo muitas vezes para quadros de demência. Aproximadamente 12% das pessoas com mais de 70 anos têm déficit cognitivo ligeiro e destes 10 a 15% desenvolvem demência no período de um ano. (Petersen, 2004).

Várias investigações têm levado à conclusão que a estimulação cognitiva tem consequências positivas no desempenho cognitivo dos idosos (Hofland, Willis, & Baltes, 1981; Rodrigues, 2006), pondo em causa a irreversibilidade da deterioração das capacidades cognitivas associadas ao envelhecimento e relacionando essa deterioração maioritariamente com a falta de trabalho dessas competências. Desta forma, torna-se crucial a prevenção do declínio no funcionamento cognitivo, através da implementação de Programas de Estimulação Cognitiva.

Um estudo de investigação realizado em 2008, confirmou a importância da implementação de programas de estimulação cognitiva nas instituições e centros de dia, de modo a prevenir e/ou atenuar o prejuízo cognitivo dos idosos e consequentemente melhorar a sua qualidade de vida. (Castro, 2008)

O PEC visa estimular diferentes funções cognitivas, nomeadamente a memória, a atenção/concentração, a percepção, o raciocínio, o pensamento, a imaginação, a linguagem, a capacidade visuo-espacial e a associação de ideias. Esta estimulação é praticada através de diversas actividades lúdicas. Ao estimularmos as funções cognitivas pretendemos melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos, desenvolver as capacidades cognitivas e aumentar a interacção social do idoso.

## **Diagnóstico da capacidade cognitiva**

Após a aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) à maioria dos utentes que frequentam o Centro de Dia, foi constatado que estes utentes idosos, na sua grande maioria têm comprometimento cognitivo. Foi verificado que existem utentes com grave comprometimento cognitivo, alguns com diagnóstico de demência já conhecido, outros com provável diagnóstico, contudo desconhecido pela Diretora Técnica da Instituição. Porém, para além deste grupo já enunciado, foi identificado um grupo de utentes com Déficit Cognitivo Ligeiro. Pela análise do MMSE aplicado, estes utentes têm comprometimento de algumas capacidades cognitivas, essencialmente a nível da orientação e memória. No entanto, decidiu-se conjuntamente com a Enf<sup>a</sup> tutora e com a Diretora Técnica, que o melhor seria introduzir todos os idosos nas sessões terapêuticas, primeiro porque levando um grupo para uma sala aparte, poderiam sentir algum tipo de separação e segundo porque todos eles precisam de algum tipo de estímulo.

Assim as sessões foram planeadas para 18 idosos.



# Plano Psicoterapêutico

**Data:** 17 de Outubro de 2014, às 10h30

**População alvo:** Utentes da AGAPE com DCL, grupo pré-identificado

**Dinamizadores da sessão:** Enf<sup>a</sup> Joana Coelho e Enf<sup>a</sup> Cristina Vilarinho

Actividade: Exercitar a Mente				
Introdução	Objectivos	Intervenção	Recursos materiais	Metodologia
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apresentação dos técnicos;</li> <li>➤ Descrição das atividades;</li> <li>➤ Descrição dos objetivos da atividade;</li> <li>➤ Apresentação do grupo e integração.</li> </ul>	<p><b>Gerais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estimular as capacidades cognitivas dos utentes com DCL</li> </ul> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estimular a memória a curto prazo, memória, atenção e concentração de idosos com DCL, com recurso a exercícios práticos.</li> <li>➤ Promover a interação social dos participantes.</li> </ul>	<p><b>Metodologia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Optimizar o ambiente físico;</li> <li>➤ Atividade 1 (memória): Apresentação individual ao restante grupo</li> <li>➤ Atividade 2 (memória): Apresentar vários provérbios populares para que cada um individualmente o complete. Os participantes podem-se ajudar entre si.</li> </ul>	<p><b>Local:</b> sala da AGAPE</p> <p><b>Material:</b> computador e retroprojektor</p>	<p><b>Duração:</b> 50 min</p> <p><b>Método:</b> trabalho de grupo</p>

**Data:** 20 de Outubro de 2014, às 14h30

**População alvo:** Utentes da AGAPE com DCL, grupo pré-identificado

**Dinamizadores da sessão:** Enfª Joana Coelho e Enfª Cristina Vilarinho

Actividade: Exercitar a Mente				
Introdução	Objectivos	Intervenção	Recursos materiais	Metodologia
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apresentação dos técnicos;</li> <li>➤ Descrição das atividades;</li> <li>➤ Descrição dos objetivos da atividade;</li> <li>➤ Apresentação do grupo e integração.</li> </ul>	<p><b>Gerais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estimular as capacidades cognitivas dos utentes com DCL</li> </ul> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estimular a imaginação e associação de ideias, linguagem e coordenação de idosos com DCL, com recurso a exercícios práticos.</li> <li>➤ Promover a interação social dos participantes.</li> </ul>	<p><b>Metodologia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Optimizar o ambiente físico;</li> <li>➤ Atividade 4 (imaginação/associação de ideias): Apresentar imagens de várias profissões e após escolherem uma, cada um deve falar sobre ela e o porque de a ter escolhido</li> <li>➤ Atividade 5 (linguagem): Jogo das palavras</li> <li>➤ Atividade 6 (coordenação):</li> </ul>	<p><b>Local:</b> sala da AGAPE</p> <p><b>Material:</b> material didáctico</p>	<p><b>Duração:</b> 50 min</p> <p><b>Método:</b> trabalho de grupo e individual</p>

**Data:** 27 de Outubro de 2014, às 14h30

**População alvo:** Utentes da AGAPE com DCL, grupo pré-identificado

**Dinamizadores da sessão :** Enf<sup>a</sup> Joana Coelho e Enf<sup>a</sup> Cristina Vilarinho

Actividade: Exercitar a Mente				
Introdução	Objectivos	Intervenção	Recursos materiais	Metodologia
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Apresentação dos técnicos;</li><li>➤ Descrição das atividades;</li><li>➤ Descrição dos objetivos da atividade;</li><li>➤ Apresentação do grupo e integração.</li></ul>	<p><b>Gerais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Estimular as capacidades cognitivas dos utentes com DCL</li></ul> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Estimular a orientação e o cálculo com recurso a exercícios práticos.</li><li>➤ Promover a interação social dos participantes.</li></ul>	<p><b>Metodologia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Optimizar o ambiente físico;</li><li>➤ Explicar os objetivos da sessão;</li><li>➤ Atividade 7 (orientação): Apresentar uma imagem para identificarem os pontos cardeais.</li><li>➤ Atividade 8 (cálculo): Apresentar vários</li></ul>	<p><b>Local:</b> sala da AGAPE</p> <p><b>Material:</b> computador e retroprojektor</p>	<p><b>Duração:</b> 50 min</p> <p><b>Método:</b> trabalho de grupo</p>

**Data:** 3 de Novembro de 2014, às 14h30

**População alvo:** Utentes da AGAPE com DCL, grupo pré-identificado

**Dinamizadores da sessão :** Enf<sup>a</sup> Joana Coelho e Enf<sup>a</sup> Cristina Vilarinho

Actividade: Exercitar a Mente				
Introdução	Objectivos	Intervenção	Recursos materiais	Metodologia
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Apresentação dos técnicos;</li><li>➤ Descrição das atividades;</li><li>➤ Descrição dos objetivos da atividade;</li><li>➤ Apresentação do grupo e integração.</li></ul>	<p><b>Gerais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Estimular as capacidades cognitivas dos utentes com DCL</li></ul> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Estimular a atenção e a coordenação com recurso a exercícios didáticos.</li><li>➤ Promover a interação</li></ul>	<p><b>Metodologia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Optimizar o ambiente físico;</li><li>➤ Explicar os objetivos da sessão;</li><li>➤ Atividade 9 (linguagem e memória): Identificar qual o grupo dos objectos apresentados</li><li>➤ Atividade 10</li></ul>	<p><b>Local:</b> sala da AGAPE</p> <p><b>Material:</b> computador e retroprojektor</p>	<p><b>Duração:</b> 50 min</p> <p><b>Método:</b> trabalho de grupo e individual</p>

# Avaliação

1ª Sessão - (17/10/2014 às 10h30)

## Avaliação Objetiva

Na sala apresentavam-se os 18 utentes. Após a apresentação, com a qual consegui perceber o grau de memória e concentração de cada um foi feito um exercício para completar provérbios, ao qual aderiram bastante.

Nesta primeira sessão fiquei com a sensação que iriam aderir bem à terapia, apesar de achar que a sala é muito grande e promover o afastamento entre todos.

2ª Sessão - (20/10/2014 às 14h30)

## Avaliação Objetiva

Nesta sessão foi necessário pedir aos idosos mais autónomos que se sentassem na mesa de trabalho; desde logo me apercebi que mostravam renitência em sair dos sofás, mas com algum custo consegui que se deslocassem. Foi feito um exercício para que falassem das profissões apresentadas nos cartões, mas não foram muito colaborantes.

Em relação ao jogo das palavras. Muitos dos idosos já não sabiam o abecedário completo e tiveram alguma dificuldade em dizer palavras com a letra correta. Na actividade a seguir servia para avaliar o grau de coordenação, ao terem de copiar um desenho, também nesta, vi pouca motivação e desistência fácil.

3ª Sessão - (27/10/2014 às 14h30)

#### **Avaliação Objetiva**

A actividade com os pontos cardeais foi difícil de realizarem ou por não terem percebido o que era pretendido ou por estarem pouco concentrados.

Em relação a actividade a seguir, notei que alguns utentes fizeram rapidamente os cálculos e que na generalidade estavam interessados em conseguir chegar ao resultado.

4ª Sessão - (03/11/2014 às 14h30)

#### **Avaliação Objetiva**

Nesta última sessão, os idosos gostaram das atividades uma vez que trabalhavam a atenção e concentração. Apesar de acharem que as imagens eram difíceis, gostaram do “desafio”

## Avaliação da atividade

A atividade foi avaliada pelos indicadores previstos inicialmente.

### Indicador de processo de Adesão:

$\frac{\text{N.º utentes que participaram na atividade dos previstos}}{\text{N.º de utentes previstos para a atividade}} \times 100 = 7/9 = 78\%$
---

Dos utentes identificados para a atividade apenas dois utentes recusaram integrar o grupo. Teve uma participação de 78%, face ao planeamento efetuado. Para além dos previstos, também participaram outros utentes, apesar de não pertencerem ao grupo inicialmente conjecturado, pois referiram gosto em participar. Participaram mais 5 utentes, no total de 12 utentes.

A sessão decorreu conforme planeada. Os utentes participaram com agrado nas quatro atividades propostas. Durante a realização da sessão, foi necessário gerir a comunicação por atritos entre os participantes, que se resolveram rapidamente.

Os utentes mostraram-se muito satisfeitos no final das sessões; referiram que estas atividades deveriam ser realizadas com mais frequência, com o objetivo de ocupação de tempos livres que têm na instituição.

No final da mesma, foi aplicado um questionário simples de avaliação da satisfação face à sessão realizada, com recurso a uma escala de Likert. Em seguida é apresentada, em forma de gráfico, a avaliação da sessão.





## Conclusão

Os objetivos da sessão previstos inicialmente foram atingidos. Foram utilizadas técnicas de estimulação cognitiva.

O desenvolvimento de um programa de estimulação cognitiva deve ser um programa com continuidade com várias sessões, por exemplo 1 sessão por semana durante algumas semanas. (Fernandes, 2012) Durante o meu estágio consegui realizar quatro sessões, que irão ser continuadas pela enfermeira tutora. Outro grupo suscetível a intervenção, é o grupo com demência em estadio avançado/utentes com comprometimento cognitivo grave, com necessidade de outro tipo de intervenção cognitiva, mas não menos importante.

A Diretora Técnica após esta sensibilização ficou sensibilizada para a necessidade de implementar na instituição atividades com este propósito, para promoção do bem-estar e da qualidade destes utentes.



## Bibliografia

Castro, Ana Elisa Marques – Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados: impacto no desempenho cognitivo e na sintomatologia depressiva. Universidade de Aveiro, 2008.



# Anexos

## **Atividade 1:** Orientação

Após uma apresentação informal dos dinamizadores, tocando em cada um dos seguintes itens. Dar tempo para que cada elemento se apresente também com a mesma informação dada:

1. Nome
2. Data de nascimento
3. Local de nascimento
4. Local de residência
5. Profissão / ocupação

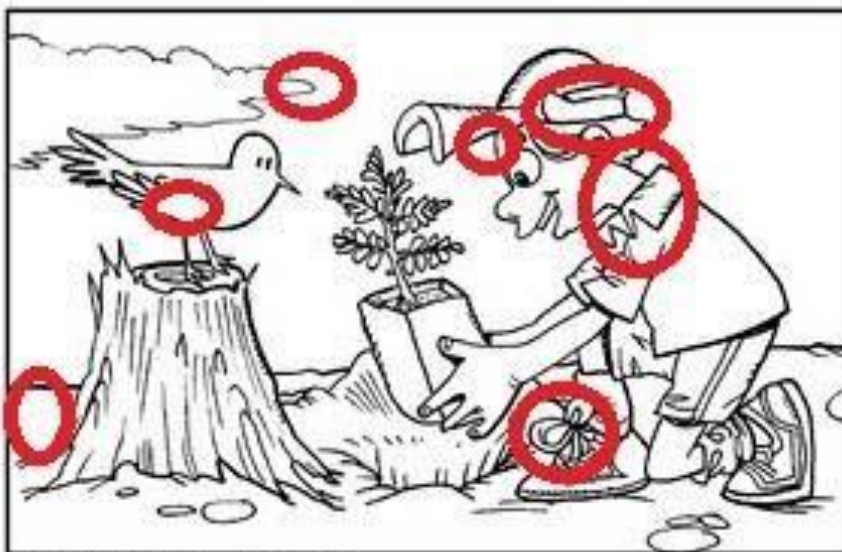
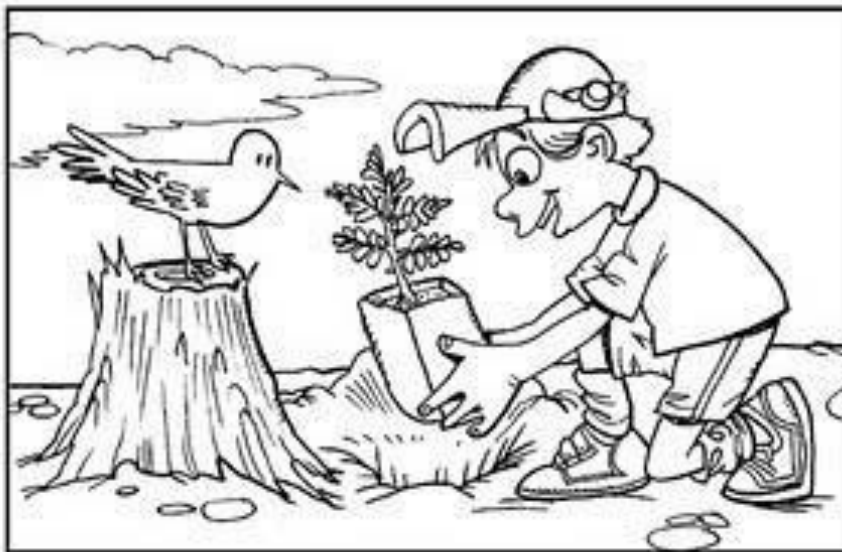
## **Atividade 2:** Memória

Apresentar vários provérbios populares para que cada um individualmente o complete. Os restantes participantes podem-se ajudar entre si.

1. Muito riso... pouco riso
2. Nem tudo o que luz... é ouro
3. Quem tudo quer... tudo perde
4. Para bom entendedor... meia palavra basta
5. Filho de peixe... sabe nadar
6. Filhos criados... trabalhos dobrados
7. Madruga e verás... trabalha e terás
8. Vale mais prevenir... que remediar
9. Quem muito fala... pouco acerta
10. Quem vê caras... não vê corações
11. Diz-me com quem andas... dir-te-ei quem és
12. Homem prevenido... vale por dois
13. Entre marido e mulher... não se mete a colher.
14. Quem dá o que tem... a mais não é obrigado.
15. Mais vale um pássaro na mão... do que dois a voar.
16. Gato escaldado de... água fria tem medo.
17. Ao menino e ao borracho... põe Deus a mão por baixo.
18. Homem pequenino... ou velhaco ou bom dançarino.

19. Patrão fora... dia santo na loja.
20. Depois de casa roubada... trancas na porta.
21. Tão ladrão é o que vai à horta... como o que fica à porta.
22. Candeia que vai à frente... alumia duas vezes.
23. Quem canta... seus males espanta.
24. Água mole em pedra dura... tanto bate até que fura.
25. Se a esmola é grande... o santo desconfia
26. Manda e faz... servido serás
27. Quem não trabuca... não manduca
28. Quem não chora... não mama.
29. Ladrão que rouba ladrão... tem cem anos de perdão
30. Devagar se vai... ao longe.

### Atividade 3: Atenção



oiretemeh.blogspot.com

**Atividade 4:** Imaginação / Associação de ideias

Apresentar imagens de várias profissões e após escolherem uma, cada um deve falar sobre ela e o porque de a ter escolhido.



a costureira



o empregado de mesa



a cozinheira



o agricultor



o jardineiro



a florista



o talhante



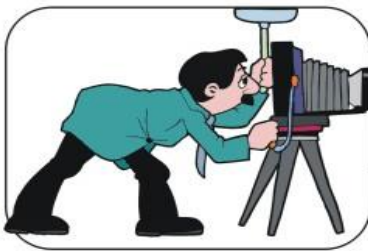
a cabeleireira



o barbeiro



a caixa



o fotógrafo



o mecânico

### Atividade 5: Linguagem

Um participante começa a dizer o abecedário num tom de voz baixo e outro tem de dizer stop. O anterior diz qual letra é que ia e todos têm de responder com palavras iniciadas com essa mesma letra.

#### Exercício 1

<b>Peixes</b>	<b>Aves</b>	<b>Animais de 4 patas</b>

#### Exercício 2

<b>Ruas da sua cidade</b>	<b>Cidades</b>	<b>Países</b>

#### Exercício 3

<b>Flores</b>	<b>Cores</b>	<b>Desportos</b>

**Atividade 6:** Coordenação

Apresentar exercício para ser feito individualmente.

A \_\_\_\_\_

e \_\_\_\_\_

i \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

u \_\_\_\_\_

**Atividade 7:** Orientação

Utilizar os pontos cardeais para localizar:



- 1) O aeroporto localiza-se a \_\_\_\_\_ da escola.
- 2) O estádio de futebol localiza-se a \_\_\_\_\_ da rodoviária.
- 3) O parque localiza-se a \_\_\_\_\_ do museu.
- 4) A escola localiza-se a \_\_\_\_\_ dos lanches.
- 5) O teatro localiza-se a \_\_\_\_\_ do parque.

### **Atividade 8: Cálculo**

Resolver os seguintes problemas aritméticos:

1. Se uma dúzia de ovos custa €1,5, quanto custa cinco dúzias?
2. Se comprar o jornal no valor de €2, mas pagou com €5, com que troco ficou?
3. Temos 182 chocolates que temos de dividir por 26 pessoas. Quantos chocolates podemos dar a cada uma?
4. Pilar é de 1953 e João é de 1965. Qual é a diferença de idades?
5. Se comprar 25 galinhas e me derem mais 15, com quantas fico?
6. Na horta do Tio Manuel havia 48 tomates, a D. Maria colheu uma dezena, o tio Manuel uma dúzia e o sr. Joaquim 2 tomates. Quantos foram colhidos e quantos tomates ficaram na horta?

**Atividade 9:** Linguagem e Memória

Estas palavras que conjunto formam?

Amarelo Azul Vermelho	Botas Chinelos Sapatos	Maça Cereja Banana	Martelo Chave- Fendas Parafusos
Vaca Camelo Burro	Rosa Malmequer Margaridas	Camisol a Camisa Casaco	Castanheir o Pinheiro Sobreiro
Prato Colher Copo	Leite Ovos Carne		

**Atividade 10:** Atenção

O que vêem nas imagens?





## **ANEXO 7**

### **TÉCNICA DE RELAXAMENTO**





**CATÓLICA PORTO**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**  
**E PSIQUIÁTRICA**

**TÉCNICA DE**  
**RELAXAMENTO**

Serviço C4 – Internamento Matosinhos  
Hospital Magalhães Lemos, EPE.

Joana Filipa Lopes Coelho

*Orientadora Enf<sup>a</sup> Especialista Aida Fernandes*

*Tutor: Enf<sup>a</sup> Especialista Paulo Coelho*

Porto, Maio de 2014



## Introdução

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade Católica Portuguesa, 2013/2015; mais propriamente, na disciplina “Estágio Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria”, foi elaborado o presente trabalho, cujo objetivo é operacionalizar algumas técnicas de relaxamento a serem aplicadas a um grupo de doentes.

A escolha desta atividade vem de encontro a uma necessidade expressa pela equipa de enfermagem do Serviço C4 do Hospital de Magalhães Lemos, EPE, onde decorre o Módulo II - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise em adultos.

O trabalho inicia com uma abordagem sobre o relaxamento e seus benefícios no doente psiquiátrico, seguida pela apresentação da técnica a ser utilizada; tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão de participação, o número de sessões previstas e a sua duração, o número de participantes, o turno em que a atividade irá ser implementada, os recursos necessários e principalmente os objetivos principais desta atividade.



# 1. Relaxamento

“O relaxamento é uma técnica acessível a todos e auxilia a curar a mente e o corpo. Para cada tipo de problema ou necessidade que a pessoa tenha, ela deve usar um tipo diferente de relaxamento. Nenhum único procedimento é o ideal para todos e nenhum é o ideal para a mesma pessoa em todas as situações.” (Lipp, 2008)

As técnicas de relaxamento são utilizadas para processos físicos e exercícios psicológicos com o intuito de aliviar sintomas de ansiedade, depressão, insónia, traumas, fobias, entre outros e induzir um estado de paz e bem estar. Entre os exercícios utilizados, contam-se respiratórios, musculares, técnicas de visualização, meditação e autoconsciencialização, podendo cada técnica utilizar vários destes exercícios combinados.

Espera-se que estas técnicas sejam de fácil aprendizagem e aplicação, que não necessitem de equipamento especializado e que sejam passíveis de aplicar em pequenos grupos e de diferentes faixas etárias. São frequentemente utilizadas pela psiquiatria e pela psicologia.

O seu desenvolvimento histórico é relativamente recente, uma vez que as principais técnicas de relaxamento têm a sua origem nos primeiros anos do nosso século e as primeiras publicações mais específicas sobre o relaxamento progressivo de Jacobson e o relaxamento autógeno de Schultz só aparecem em 1929 e 1932, respectivamente. Segundo Sequeira (2002) o *“relaxamento pode ser usado numa variedade de problemas, principalmente para gerir a ansiedade”* e diz ainda que *“é uma perícia que se adquire gradualmente, que pode ser ensinada individualmente ou em grupo ou com ajuda de meios audiovisuais”*.

Estas técnicas podem ser utilizadas no *“controlo do stress, controlo de processos dolorosos, controlo do ritmo respiratório e cardíaco, preparação para o parto, crises de asma, úlceras gástricas e outros problemas psicossomáticos... e outras situações da área da saúde mental como a gaguez, insónia, neuroses fóbicas, neuroses ansiosas e obsessivo-compulsivas”*. (Sequeira, 2002)

No entanto, não devem ser aplicadas em *“situações agudas de ansiedade, depressão e surtos psicóticos”*. (Sequeira, 2002) Deve-se excluir igualmente pessoas que não estejam motivadas para tal, sob risco de compromisso de um ambiente propício ao relaxamento dos restantes participantes.

Os seus principais objectivos do relaxamento são: a diminuição da ansiedade e tensão muscular, a promoção do bem-estar físico e mental, abstraindo de pensamentos negativos e a contribuição para uma melhor concentração nas sensações de relaxamento.

Para uma boa implementação da técnica é importante escolher um local calmo, sem ruído e livre de interrupções, acompanhar com música ambiente e em sincronia com o guião escolhido que deverá ser lido pausadamente com voz calma e suave

## 1.1. Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

O relaxamento muscular progressivo é uma técnica criada pelo médico e fisiólogo americano Edmund Jacobson, em 1920, que procura proporcionar ao indivíduo um estado de bem estar físico e consequentemente, mental. Pode ser praticado por homens/mulheres a partir dos 5 anos.

Este bem estar é alcançado através da contração e descontração de determinados grupos musculares. Diminui a frequência cardíaca e a pressão sanguínea, bem como o ritmo respiratório e a transpiração. A pessoa é induzida a contrair os músculos por algum tempo e em seguida relaxa-los, conseguindo sensações contrárias de peso e leveza dos músculos. Relaxando progressivamente os músculos o praticante consegue atingir consequentemente um relaxamento mental. *“O relaxamento muscular profundo reduz a tensão fisiológica e é incompatível com a ansiedade: o hábito de reagir com uma delas bloqueia o hábito de reagir com a outra.”* (Davis, 1982) Com a prática do método num ambiente tranquilo, na posição deitado ou sentado com a cabeça apoiada, o indivíduo é capaz de relaxar em diferentes situações de stress, cansaço, ansiedade, insónias, entre outros. Segundo alguns estudos, tem-se conseguido, igualmente bons resultados no tratamento da tensão muscular, dores no pescoço e nas costas, hipertensão, pequenas fobias e gagueira, uma vez que se atinge um estado de maior calma.

No entanto, é desaconselhado em estados agudos de algumas patologias, como psicoses.

Através do relaxamento progressivo de Jacobson, o indivíduo consegue identificar os músculos/grupos musculares, que geralmente se encontram mais tensos. Existem várias adaptações desta técnica, englobando mais ou menos grupos musculares, consoante o tempo de duração da sessão.

## 2. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram utilizados critérios, cuja nomenclatura se baseia na linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Critérios de inclusão	Definição do foco	Avaliação
Humor alterado	“Humor é um tipo de emoção com as características específicas: níveis de sentimentos e tonalidade emocionais”	Aplicação do indicador NOC – Equilíbrio do Humor
Insónia inicial presente	“Insónia é um tipo de sono com as características específicas: incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar do posicionamento confortável num ambiente agradável...”	Aplicação do indicador NOC – Sono
Autocontrolo ansiedade ineficaz	“Auto controlo: ansiedade é um tipo de autocontrolo com as características específicas: disposições tomadas para dominar em si próprio os sentimentos de ansiedade pela eliminação e redução da tensão resultante de fontes não identificadas.”	Aplicação do indicador NOC – Autocontrolo: Ansiedade
Critérios de exclusão		
Utentes com risco de hipotensão		
Presença de sintomas psicóticos em fase aguda		
Debilidade intelectual		
Não adesão à técnica de relaxamento		
Confusão presente		



### 3. Plano Psicoterapêutico

Actividade: Técnica de Relaxamento Muscular de Jacobson (Adaptado)				
Introdução	Objectivos	Intervenção	Recursos materiais	Metodologia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do técnico;</li> <li>• Descrição da atividade;</li> <li>• Descrição dos objetivos da atividade;</li> <li>• Motivação para a participação.</li> </ul>	<p><b>Gerais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da ansiedade e tensão muscular</li> <li>• Promoção do bem-estar físico e mental.</li> </ul> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstração de pensamentos negativos;</li> <li>• Contribuição melhor concentração nas sensações de relaxamento;</li> <li>• Libertação de tensões e stress acumulado;</li> <li>• Diminuição da FC, FR e TA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolher um local calmo, sem ruído e livre de interrupções;</li> <li>• Reunir material necessário e organizar a sala;</li> <li>• Acompanhar com música ambiente e em sincronia com o guião escolhido;</li> <li>• Baixar a luminosidade;</li> <li>• Sentar os doentes em cadeiras confortáveis ou colchão;</li> <li>• Dar início à atividade através da leitura do guião falando com voz calma, suave e pausadamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadeiras confortáveis/ colchões</li> <li>• Computador/ cd com música</li> <li>• Guião.</li> </ul>	<p><b>Duração:</b> 30 a 45 min</p> <p><b>Método:</b> expositivo</p>
<p><b>Avaliação:</b> A avaliação irá decorrer ao longo da atividade com observação direta da participação e do empenho de cada doente. Será feita uma avaliação subjetiva da sensação de bem-estar após o relaxamento com expressão de emoções e sentimentos e uma avaliação objetiva através da monitorização da TA e FC.</p> <p>Dar por encerrado a atividade.</p>				



## 4. Avaliação

1ª Sessão - 24/05/2014 às 18h

Avaliação Objetiva				
Doente	Antes		Depois	
	TA (mmHg)	FC (bpm)	TA (mmHg)	FC (bpm)
1	113 / 71	79	123 / 80	82

Avaliação Objetiva
<p>A primeira sessão foi realizada apenas com um elemento, uma vez que as outras doentes seleccionadas se encontravam de fim-de-semana.</p> <p>Após instrução sobre técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, executou-se a atividade, tendo a doente apresentado-se ansiosa e com uma postura corporal rígida, mas cumpriu as instruções fornecidas pela Enfermeira.</p> <p>Conclui-se que apesar de os objetivos não terem sido alcançados na totalidade, permitiu à doente mostrar necessidade para expressar sentimentos e foi encorajada a fazê-lo através de escuta ativa: refere ataques de pânico "apenas na ponta arrábida" e ansiedade "um aperto no peito e dificuldade em respirar".</p> <p>Demonstra desesperança, pelo que foi estimulada a antecipar e valorizar as experiências agradáveis de cada dia.</p> <p>Mostra interesse em continuar com as sessões de relaxamento.</p>

Avaliação Objetiva				
Doente	Antes		Depois	
	TA (mmHg)	FC (bpm)	TA (mmHg)	FC (bpm)
1	122 / 95	80	120 / 88	81
2	125 / 80	79	122 / 79	82

Avaliação Objetiva
<p>Por a doente que participou na sessão anterior ter tido alta clínica, não esteve presente nesta sessão.</p> <p>Foram encontrados critérios de inclusão em mais dois doentes, que após instrução sobre técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, aderiram com agrado.</p> <p>No início da atividade, ambos apresentavam-se um pouco tensos, mas ao cumprir as instruções ao longo do relaxamento, foi nítida a descontração postural.</p> <p>No final, ambos verbalizaram estar mais calmos e relaxados e mostraram muito interesse em repetir a atividade. Foi explicado que também podem fazer em casa sempre que se sentirem mais ansiosos.</p> <p>Conclui-se que os objetivos foram alcançados na totalidade, permitindo ao doentes a diminuição da ansiedade, bem como da tensão muscular.</p> <p>Apesar de não ser muito notória a diferença, também os valores tensionais baixaram ligeiramente.</p>

## Conclusão

A realização da técnica de relaxamento que aqui se apresentou surgiu como resposta a um objetivo inicialmente traçado para este módulo de estágio e que permitiu igualmente um meio de desenvolvimento de competências na intervenção em crise de adultos.

O principal objetivo desta atividade é que seja implementada sistematicamente pela equipa de enfermagem aos doentes internados no serviço. E apesar de a atividade não ter sido com os mesmos doentes e por isso não poder tirar conclusões terapêuticas em relação à eficácia do relaxamento, conclui-se que acaba por ser benéfico este tipo de técnica, mesmo sendo pontual. Os doentes verbalizaram sentimentos de “bem estar”, “leveza”, “relaxada” e “paz”. Manifestaram agrado não só pela sessão, mas por todo o *setting* previamente preparado.

Define-se como limitações à implementações da modalidade de intervenção terapêutica, os seguintes factores:

- Não ser possível isolar o som e barulho do exterior da sala;
- Não ser possível diminuir ainda mais a intensidade da luz através do estore;
- O facto de os doentes terem alta clínica.

Mesmo sem as condições ditas “ideais”, as sessões decorreram sem intercorrências e com a participação ativa dos elementos.



## Bibliografia

- Clemente, V. - Como tratar os doentes com insónia crónica? O contributo da Psicologia Clínica. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2006, 22, 635-644.
- Davis, M. et al. - Manual de relaxamento e redução do stress. 2ª Edição. São Paulo: Summus editorial, 1982.
- Lipp, M. e colaboradores - Relaxamento para Todos: Controle o seu Stress. 7ª edição. São Paulo: Papyrus, 2008. ISBN. 85-308-0485-6.
- Payne, R. et al. - Técnicas de Relaxamento: Um guia prático para Profissionais de Saúde. 2ª edição. Lusociência, 2002. ISBN. 978-972-8383-41-1
- Sequeira, C. - Manual: Saúde Mental e Psiquiatria. Porto: Escola Superior de Enfermagem de S. João. 2002.
- <http://www.psicologosp.com/2013/05/exercicios-de-relaxamento-e-distracao.html>



## **Anexo I**

### **Indicador NOC – Autocontrolo: Ansiedade**



<b>AUTO-CONTROLO: ANSIEDADE</b>	<b>Nunca Demonstra</b>	<b>Demonstra Raramente</b>	<b>Demonstra Algumas Vezes</b>	<b>Demonstra Frequente/</b>	<b>Demonstra Sempre</b>
Definição - Capacidade para eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão resultantes de fontes identificadas.					
INDICADORES:					
Monitoriza a intensidade da ansiedade	1	2	3	4	5
Diminui os estímulos do meio envolvente quando ansioso	1	2	3	4	5
Procura informação para redução da ansiedade	1	2	3	4	5
Planeia estratégias de coping para situações de stresse	1	2	3	4	5
Usa estratégias de coping efectivas	1	2	3	4	5
Usa técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade	1	2	3	4	5
Informa a diminuição da duração dos episódios	1	2	3	4	5
Informa o aumento do período de tempo entre os episódios	1	2	3	4	5
Mantém a representação de papéis	1	2	3	4	5
Mantém relações sociais	1	2	3	4	5
Mantém concentração	1	2	3	4	5
Informa a ausência de distorções de percepção sensoriais	1	2	3	4	5
Refere sono adequado	1	2	3	4	5
Informa a ausência de manifestações físicas da ansiedade	1	2	3	4	5
Manifestações comportamentais de ausência de ansiedade	1	2	3	4	5
Controla a resposta à ansiedade	1	2	3	4	5



## **Anexo II**

### **Indicador NOC – Autocontrol: Sono**



Autocontrolo : sono	Extrema/ comprometi da	Substancial/ comprometi da	Moderada/ comprometi da	Ligeira/ comprometi da	Não comprometi da
<b>Definição:</b> Dimensão e padrão de sono necessário para o rejuvenescimento mental e físico.					
<b>INDICADORES:</b>					
Horas de sono	1	2	3	4	5
Horas de sono observadas	1	2	3	4	5
Padrão de sono	1	2	3	4	5
Qualidade do sono	1	2	3	4	5
Eficiência do sono (razão entre o tempo de sono e o tempo de tentativa para adormecer)	1	2	3	4	5
Sono ininterrupto	1	2	3	4	5
Rotina de sono	1	2	3	4	5
Sentimentos de rejuvenescimento após o sono	1	2	3	4	5
Sesta adequada à idade	1	2	3	4	5
Capacidade de acordar a horas adequadas	1	2	3	4	5
Electroencefalograma dentro dos parâmetros normais	1	2	3	4	5
Electromiograma dentro dos padrões normais	1	2	3	4	5
Outra _____ (especificar)	1	2	3	4	5



**Anexo III**  
**Escala de Hamilton para a Depressão**



Para cada questão, assinalar a que melhor se aplica.

**1. Humor depressivo**

1. Inexistente
2. Apenas detectado quando inquirido
3. Referido por comunicação verbal espontânea
4. Detectado sem comunicação verbal (expressão facial, voz, choro fácil)
5. O doente relatou estes sintomas em comunicação espontânea verbal e não verbal

**2. Trabalho e actividades**

1. Sem dificuldades
2. Fadiga, fraqueza ou pensamentos/sentimentos de incapacidade (relacionada com o trabalho, actividades, hobbies)
3. Perda de interesse (directa ou indirectamente relatado através de falta de atenção, indecisão e vacilação)
4. Diminuição do tempo dispendido em actividades ou diminuição da produtividade
5. Parou de trabalhar devido à doença actual

**3. Sintomas somáticos, gastrointestinais**

1. Nenhum
2. Perda de apetite (mas come sem precisar de incentivo; sensação de abdómen pesado)
3. Dificuldade em comer sem incentivo (pede ou necessita de laxantes ou medicação para os intestinos ou sintomas gastrointestinais)

**4. Perda de peso**

1. Nenhuma perda de peso ou perda de peso não causada pela doença actual
2. Perda de peso provavelmente associada à doença
3. Perda de peso (segundo opinião do doente)

**5. Insónia, precoce**

1. Sem dificuldade em adormecer
2. Dificuldade ocasional em adormecer (mais de ½ hora)
3. Dificuldade em adormecer à noite

**6. Insónia, meio da noite**

1. Sem dificuldades
2. Queixas de sono agitado durante a noite
3. Acorda durante a noite (se sair da cama, excepto para urinar ou evacuar, equivale a 2 pontos)

**7. Insónia, tardia**

1. Sem dificuldades
2. Acorda de madrugada, mas volta a adormecer
3. Não consegue voltar a adormecer se sair da cama

## **8. Sintomas somáticos, Gerais**

1. Nenhum
2. Peso nos membros, costas ou cabeça (dores nas costas, dores de cabeça, dores musculares; perda de energia e fadiga)
3. Qualquer sintoma bem definido equivale a 2 pontos

## **9. Sintomas genitais**

1. Ausentes
2. Moderados
3. Graves

## **10. Sentimentos de culpa**

1. Ausentes
2. Auto-censura
3. Sentimentos de culpa ou remoer sobre erros ou pecados passados
4. A doença presente é um castigo. Ilusão de culpa.
5. Ouve vozes acusadoras os denunciadoras e ou tem alucinações visualmente ameaçadoras

## **11. Suicídio**

1. Ausente
2. Sente que a vida não vale a pena ser vivida
3. Deseja morrer (ou pensamentos sobre a própria morte)
4. Ideias ou gestos suicidas
5. Tentativas de suicídio
6. Tentativas de suicídio (qualquer tentativa séria equivale a 4 pontos)

## **12. Ansiedade, Psíquica**

1. Ausente
2. Tensão e irritabilidade subjetivas
3. Preocupa-se com assuntos menores
4. Atitude apreensiva detectada na face ou no discurso
5. Medo expresso sem ser questionado

## **13. Ansiedade, Somática**

1. Ausente
2. Leve
3. Moderada
4. Grave
5. Incapacitante

## **14. Hipocondria**

1. Ausente
2. Auto-absorvimento pelo corpo
3. Preocupação com a saúde
4. Queixas frequentes, pedidos de ajuda
5. Ilusões hipocondríacas

### **15. Retardamento**

1. Discurso e pensamentos normais
2. Ligeiro retardamento na entrevista
3. Retardamento óbvio na entrevista
4. Entrevista difícil
5. Letargia completa

### **16. Agitação**

1. Nenhuma
2. Inquietação
3. “Brincar com” as mãos, cabelo, etc.
4. Movimenta-se, não consegue estar sentado
5. Torcer as mãos, morder as unhas, puxar os cabelos, morder os lábios

### **17. Observação própria**

1. Reconhece estar deprimido e doente
2. Admite a doença mas atribui a causa à má comida, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descansar ou outra desculpa
3. Nega completamente estar doente

### **18. Variação diurna**

1. Ausente
2. Moderada
3. Grave

### **19. Despersonalização e Desrealização**

1. Ausente
2. Ligeira
3. Moderada
4. Grave
5. Incapacitante

### **20. Sintomas paranóides**

1. Nenhum
2. Suspeita
3. Ideias de referência
4. Ilusões de referência e perseguição

### **21. Sintomas Obsessivos e compulsivos**

1. Ausentes
2. Moderados
3. Graves



**Anexo IV**  
**Guião: Relaxamento Muscular**  
**Progressivo de Jacobson (adaptado)**



*Técnico: “O método que vão aprender consiste em breves frases que descrevem sensações. Eu leio essas frases em voz alta e enquanto o faço, gostaria que se concentrassem numa frase de cada vez ao mesmo tempo que inspiram e expiram.*

*Procurem uma posição confortável, numa cadeira ou deitado com almofada a*

*apoiar o pescoço, tirem os óculos/lentes de contacto se considerarem conveniente....*

*Tente não se mover durante o exercício e mantenha os olhos fechados durante o treino...  
Tente respirar na barriga e não no peito.*

**Mão e antebraço:** Imagine que tem um limão inteiro na sua mão. Agora esprema-o com força... tenta espremer o sumo todo (10 seg)... Sinta a tensão na sua mão e no seu braço enquanto espreme. Agora deixe cair o limão e relaxe... Sinta o contraste entre a tensão e o relaxamento... (20 seg)

**Braços e ombros:** Vamos agora... vamos concentrar nos nossos braços e ombros... Imagine-se que está a espreguiçar... Estique os braços para a frente, levante-os para cima e espreguiça e estiva o mais possível... Sinta a tensão e contracção dos seus braços e ombros... (10 seg) Agora deixe cair suavemente os braços... Muito bem... Vá espreguiçar-se outra vez o mais que conseguir... Repare na tensão e na força que está presente nos seus braços... (10 seg) E deixe cair novamente os braços ... Agora relaxe... sinto como é bom estar relaxado... repare como é agradável, quente e confortável.... (20 seg)

**Ombros e pescoço:** Vamos agora prestar atenção aos nossos ombros e pescoço. Tente puxar os ombros até às orelhas e puxar a cabeça para dentro dos ombros, como se fossemos uma tartaruga a esconder a cabeça para dentro da casa... sinta a tensão no ombro e pescoço...(10 seg) e agora relaxe... contraia novamente puxando os ombros até às orelhas e a cabeça para dentro dos ombros (10 seg) Ok, pode relaxar agora... Repare como é melhor estar relaxado do que tenso... sinta como é bom... Sente-se bem...

**Maxilar:** Agora vamos imaginar que estamos a tricar uma maçã muito rija. Que custa muito a mastiga-la... Trinque-a com toda a sua força. Deixe os músculos do pescoço ajudarem-lhe. (10 seg) Agora relaxe.... Deixe o seu maxilar cair e descontraí... Repare como é agradável deixar o maxilar solto... (20 seg). Ok, vamos agora mais uma vez. Agora vai trincar a maçã toda. Trinque-a com toda a sua força (10 seg) Agora deixe-se relaxar o mais possível ... Sente-se bem... (20 seg).

**Cara e nariz:** Estamos relaxados e em paz... Agora vamo-nos concentrar os músculos da cara. Imagine que está a fazer uma careta a alguém e contrai os músculos da cara, nariz, bochechas, olhos e sobrancelhas. Faça uma careta com muita força...Sinta a contracção dos músculos da cara (10 seg) e relaxe... sinta a sensação agradável de descontração...(20 seg)Faça mais uma vez uma careta, com Força! Sinta as rugas... toda a tensão da cara (10 seg) e volte a relaxar... Sinta a sua cara lisa, macia, agradável e relaxada... Sente-se bem... Está em paz e relaxado....



## **ANEXO 8**

### **MUSICOTERAPIA**





**CATÓLICA PORTO**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL  
E PSIQUIÁTRICA**

# MUSICOTERAPIA

Serviço C4 – Internamento Matosinhos  
Hospital Magalhães Lemos, EPE.

Joana Filipa Lopes Coelho

*Orientadora Enf<sup>a</sup> Especialista Aida Fernandes*

*Tutor: Enf<sup>a</sup> Especialista Paulo Coelho*

Porto, Maio de 2014



## Introdução

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica Portuguesa, 2013/2015; mais propriamente, na disciplina “Estágio Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”, foi elaborado o presente trabalho, cujo objectivo é operacionalizar alguma técnicas de terapia através da música a ser aplicada a uma doente.

Integra-se no Módulo II - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise em adultos, que decorre no Serviço C4 do Hospital de Magalhães Lemos, EPE.

O trabalho inicia com uma abordagem sobre o musicoterapia, seguida pelos efeitos da musica nos idosos. No capitulo três é apresentado o plano psicoterapêutico e termina com a avaliação do mesmo.



## Musicoterapia

A musicoterapia é uma forma de tratamento que utiliza a música para ajudar no tratamento de problemas, tanto de ordem física quanto de ordem emocional ou mental. É a utilização do som (podendo ser acompanhado por movimento) no desenvolvimento de potenciais e/ou restauração de funções do indivíduo para que este alcance uma melhor qualidade de vida através da prevenção, reabilitação ou tratamento.

O musicoterapeuta avalia o estado emocional, físico, comportamental, comunicativo e habilidade cognitiva através de respostas dadas pela música. As sessões, que podem ser individuais, ou em grupo, dependendo das necessidades da pessoa, abrangem improvisação musical, audição, composição de músicas, discussão, imaginação, performance e aprendizado através da música.

Num contexto específico de enfermagem, a musicoterapia consiste no uso da música para ajudar a alcançar uma mudança específica de comportamento, sentimento ou fisiologia. As atividades a desenvolver segundo a NANDA, são: *“ter em conta o interesse da pessoa pela música, bem como as suas preferências musicais, aquando da selecção das músicas a utilizar em cada uma das sessões; preparar o respectivo equipamento verificando o seu funcionamento. Sempre que indicado fornecer fones dos ouvidos, assegurando que o volume da música esteja adequado; evitar ligar a música por longos períodos, eventualmente se a pessoa tocar um instrumento motivá-la dentro das suas actividades a ser ele mesmo a tocá-lo. Tudo isto definindo a mudança específica do comportamento e/ou fisiológico desejada (relaxamento, estimulação, concentração e reduzir da dor)”*.

Na opinião de Ruud (1990) a música possui quatro funções principais: ela actua no sentido de melhorar a atenção, vinculada ao treino do desenvolvimento motor e/ou cognitivo; estimular habilidades sócio-comunicativas; favorecer a expressão emocional e esclarecimento e estimular o pensamento e reflexão sobre a situação da vida da pessoa.

A musicoterapia é uma das terapias mais usadas em Saúde Mental, deve feita pelo EESM após uma avaliação prévia do indivíduo/grupo a que se destina, visando sempre o objetivo terapêutico.

O terapeuta pode utilizar apenas um som, recorrer a apenas a um ritmo, escolher uma música conhecida e até mesmo fazer com que a pessoa crie a sua própria música. Tudo depende da disponibilidade e da vontade da pessoa e dos objetivos da sessão.

Santos (2003) afirma que alguns tipos de música podem servir de guia para as necessidades de cada pessoa. Bach, por exemplo, pode ajudar muito no aprendizado e na memória, Rossini, com Guilherme Tell e Wagner, com as Walkirias, ajudam especialmente no tratamento de pessoas com depressão. As valsas de Strauss podem contribuir e muito, para os momentos em que se necessita um maior relaxamento,

estando bem indicadas para salas de parto. As marchas são um tipo de música que transmite energia, tão importante e escassa em áreas hospitalares de pessoas em convalescença.

O mesmo autor menciona ainda que sendo inerente ao ser humano, a linguagem rítmico-sonoro-musical é capaz de estimular reacções diversas, além de despertar emoções, sensações e sentimento. Além disso, possibilita o despertar e a liberação do potencial criativo e transformador facilitando a imersão dos conteúdos próprios daquele indivíduo e o conseqüente contacto e actuação do “eu”.

## Efeitos da Musicoterapia nos idosos

### **Efeitos Físicos**

- ✓ Reequilíbrio dos níveis fisiológicos (cardíacos, arteriais, respiratórios, tensão muscular, etc);
- ✓ Manutenção, activação e coordenação motora e sensório-motor;

### **Efeitos Psicológicos**

- ✓ Conservação e aumento da auto-estima;
- ✓ Sentimento de auto-realização;
- ✓ Expressão e elaboração de sentimentos e conflitos, ligados ao processo de reestruturação da identidade no envelhecimento;
- ✓ Elaboração das perdas e lutos inerentes ao processo de envelhecimento;
- ✓ Diminuição de estados confusionais;
- ✓ Aumento da atenção e da memória;
- ✓ Evocação de memórias afectivas e recordações do passado (revisão da história de vida do idoso);

### **Efeitos Sociais**

- ✓ Prevenção do isolamento social e solidão;
- ✓ Reestruturação dos vínculos familiares;
- ✓ Desenvolvimento de competências sociais e de relacionamento interpessoal;
- ✓ Contacto com a realidade;



## Plano Psicoterapêutico

Actividade: Viagem através da Musica				
Introdução	Objectivos	Intervenção	Recursos materiais	Metodologia
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apresentação do técnico;</li> <li>➤ Descrição da atividade;</li> <li>➤ Descrição dos objetivos da atividade;</li> <li>➤ Motivação para a participação.</li> </ul>	<p><b>Gerais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promoção do relacionamento inter-pessoal;</li> <li>➤ Promoção de diferentes formas de expressão de sentimentos e emoções;</li> <li>➤ Diminuição da ansiedade</li> <li>➤ Promoção do bem-estar físico e mental.</li> </ul> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estabelecer uma interacção terapêutica</li> <li>➤ Estimular o doente a ouvir</li> <li>➤ Participação ativa do doente</li> <li>➤ Efetuar terapia de reminiscência</li> </ul>	<p><b>Metodologia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Optimizar o ambiente físico;</li> <li>➤ Explicar os objetivos da sessão;</li> <li>➤ Audição de musicas angolanas;</li> <li>➤ Ao ouvir a música irá ser solicitado à doente, recorde momentos do seu passado e que expresse os sentimentos que estes lhe transmitem;</li> </ul>	<p><b>Local:</b> gabinete</p> <p><b>Material:</b> computador</p>	<p><b>Duração:</b> 45 a 50 min</p> <p><b>Método:</b> expositivo</p>



# Avaliação

1ª Sessão - 11/06/2014 às 11h

## Avaliação Objetiva

A sessão foi realizada apenas com um elemento.

Após consulta do seu processo clínico e conversas informais com a senhora, fiz uma selecção de alguns temas musicais angolanos.

No dia combinado, fiz uma descrição da actividade à doente, que ao ouvir o primeiro tema escolhido, rapidamente recordou o seu passado e com facilidade me contou o seu início de vida, "...foram tempo difíceis, mas tenho muitas saudades daquele tempo..."

Foi capaz de falar da sua infância e da relação com o pai "...ele levava-me sempre com ele e ensinava-me muitas coisas..."

Relembrou a vida com o marido e referiu várias vezes as saudades que sente daquele altura.

Mantive contacto ocular constante, respeitando o seu ritmo e volume de voz.

Estabeleci uma relação empática para que a doente verbalizasse os seus sentimentos, percepções e medos e ajudei-a a identificar situações geradoras de ansiedade.



## Conclusão

A musicoterapia é uma terapia não verbal que consiste na utilização da música e seus elementos para intervir na saúde, apesar de ser uma área ainda carente de pesquisas, é já comprovadamente eficaz.

“Em vista dos benefícios que a música pode proporcionar, é possível afirmar que a contribuição da musicoterapia na saúde do idoso é muito relevante, pois é capaz de possibilitar uma melhora clínica dos distúrbios que acometem essa faixa etária, o que permite a participação mais ativa e influente destes na sociedade, além de possibilitar melhor qualidade de vida.” (Oliveira, 2012) Através do ouvir e fazer música, durante as sessões podem-se trabalhar aspectos emocionais e psicológicos, estimular as emoções, facilitando a expressão emocional; estimula a criatividade, o raciocínio, facilita a aprendizagem, melhora o desenvolvimento motor e cognitivo e facilita a expressão e comunicação.

A actividade de terapia através da música teve como objectivo a diminuição da ansiedade e a promoção do relacionamento inter-pessoal;

- Promoção de diferentes formas de expressão de sentimentos e emoções;
  
- Diminuição da ansiedade
  
- Promoção do bem-estar físico e mental



## Bibliografia

- Oliveira, G. – A Contribuição da musicoterapia na saúde do idoso. Cadernos UniFOA. ISSN 20ª edição (2012), 85-94.
- SANTOS, P. - Musicoterapia ou Terapia pela Música - educação diferente.htm. Associação Portuguesa de Investigação Educacional. [edif@sapo.pt](mailto:edif@sapo.pt) (2003).
- Ruud, E. – Caminhos da Musicoterapia. **São Paulo, Summus, 1990.** ISBN. 978-85-323-0054-6