



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Por: *Pedro Raul Neves Mota da Silva*

Porto, Março de 2012



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Por: *Pedro Raul Neves Mota da Silva*

Sob orientação de: *Professora Emília Carvalho*

Porto, Março de 2012

*“Os nossos actos só aparentemente são efêmeros.
Por vezes, as suas repercussões perduram por séculos.
A vida do presente tece a do futuro”*

Bona, G

AGRADECIMENTOS

A todos os colegas,

por todo o apoio

Aos Senhores Enfermeiros Orientadores,

por toda a disponibilidade demonstrada e empenho em colaborar nesta minha
caminhada

À Professora Regina e Professora Emília

pela ajuda e disponibilidade

A todos os utentes, familiares e cuidadores

só por eles este percurso faz sentido.

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
AIDV – Actividades Instrumentais de Vida Diária
AVD – Actividades de Vida Diária
CDR – Avaliação Clínica de Demência
CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DSM IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
EARS – Escala de Avaliação de Risco de Suicídio
ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
INE – Instituto Nacional de Estatística
MMSE – Mini Mental State Examination
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
SACU – Serviço de Atendimento a Consultas Urgentes
SIDA – Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida
SNC – Sistema Nervoso Central
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UCP – Universidade Católica Portuguesa
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ABREVIATURAS

Sr.^a – Senhora
Sr. – Senhor
Enf.^a – Enfermeira
Enf. – Enfermeiro
Prof.^a – Professora
Prof. – Professor

RESUMO

O presente relatório descreve o processo de aprendizagem desenvolvido ao longo do estágio, reflectindo através dos objectivos delineados e respectivas intervenções que os concretizam, o conjunto de competências adquiridas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O estágio desenvolveu-se em três diferentes módulos: Centro de Saúde de Delães – Vila Nova de Famalicão, no âmbito da Promoção da Saúde Mental, promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção da doença mental na comunidade e Centros de Saúde, onde pude desenvolver competências na área da Saúde Mental e Psiquiátrica de entre outros projectos destaco a criação de uma Consulta de Enfermagem ao Idoso; na *Unidade S. João de Deus* na Casa de Saúde do Bom Jesus – Internamento de Agudos, onde pude também desenvolver competências em Saúde Mental e Psiquiátrica em unidades de intervenção na crise de adultos onde destaco a criação de uma Consulta de Enfermagem de avaliação de Risco de Suicídio e a identificação de problemas dos doentes; o terceiro módulo foi creditado pela experiencia profissional já adquirida ao longo do percurso profissional.

Este Relatório pretende traduzir de forma reflexiva o percurso efectuado ao longo de todo o estágio.

ABSTRACT

This report describes the process of learning developed over the stage, reflecting the objectives set through their interventions and their achievement, the set of skills acquired in Nursing Mental Health and Psychiatry.

The stage was developed in three different modules: Centro de Saúde de Delães - Vila Nova de Famalicão, under the Mental Health Promotion, promotion of healthy lifestyles, diagnosis and prevention of mental illness in the community and health centers, where I was able to develop skills in the field of Mental Health and Psychiatry among other projects emphasize the creation of a Nursing Consultation for the Elderly; Unidade S. João de Deus, Casa de Saúde do Bom Jesus - Internment Treble, where you could also develop skills in Mental Health and Psychiatry in units of crisis intervention for adults which highlight the creation of a Nursing Consultation for Suicide Risk Assessment and identification problems of patients, the third module was credited with the professional experience gained throughout the career.

This Report aims to translate reflectively the journey made throughout the stage.

Índice Gráfico

Índice de Figuras

Figura I – Área de Intervenção dos Enfermeiros	30
--	----

Índice de Gráficos

Gráfico I – Valores de Utilização da Escala EARS	52
Gráfico II – Valores Iniciais - Relação de Ajuda	56
Gráfico III – Valores Finais – Relação de Ajuda	56
Gráfico IV – Valores Iniciais – Relaxamento	60
Gráfico V – Valores Finais – Relaxamento	61

Índice de Tabelas

Tabela I – Variáveis de Risco de Suicídio	50
Tabela II – Diagnósticos / Intervenções	55

Índice

0. Introdução	19
1. Da Concepção à Prática	23
1.1. Delimitação do Campo de Acção	23
2. Operacionalização do Projecto de Estágio	29
2.1. Concepção e Gestão de Cuidados, Planeamento e Assessoria	31
2.2. Formação	32
2.3. Supervisão e Prestação de Cuidados	33
2.4. Investigação	37
3. Destaque de Actividades Efectuadas	39
3.1. Consulta de Enfermagem na Comunidade	39
3.2. Consulta de Enfermagem em Contexto Hospitalar	47
3.3. Relação de Ajuda	53
3.4. Técnica de Relaxamento	57
4. Competências Adquiridas	63
5. Conclusão	65
Bibliografia.....	67
Anexos	73
Anexo I – Projecto de Estágio	
Anexo II – Caracterização da Casa de Saúde do Bom Jesus	
Anexo III – Relatório de Creditação ao Módulo III	
Anexo IV – Contrato Terapêutico	
Anexo V – Projecto “AAA”	
Anexo VI – Poster “ConSentido”	
Anexo VII – Sessão de Educação para a Saúde de Saúde Oral	
Anexo VIII – Projecto PRESSE;	

Anexo IX – Estudo de Caso

Anexo X – Avaliação Inicial – Unidade S. João de Deus – CSBJ

Anexo XI – Brochura - Idosos

Anexo XII – Escalas

Anexo XIII – Guiões de Relaxamento

Anexo XIV – Consulta de Avaliação Geriátrica

Anexo XV – Consulta de Enfermagem em Contexto Hospitalar

Anexo XVI – Guia de Intervenção em Utentes com Risco de Suicídio

0. Introdução

O presente relatório enquadra-se no plano de estudos do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde de Mental e Psiquiátrica (ESMP), da Universidade Católica, pretendendo espelhar o processo de concretização de um projecto de estágio.

A enfermagem como profissão baseia a sua actividade em valores, conhecimento e competências que visam a satisfação das necessidades da população em matéria de saúde. Segundo o REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros) (Conselho de Enfermagem, 1996), *“Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”*.

Os cursos de especialização em Enfermagem visam assegurar a aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais numa área específica de enfermagem. O enfermeiro especialista, de acordo com o estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Conselho de Enfermagem, 1996), é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e aos problemas de saúde. Assume também uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do utente. Objectiva a aquisição e/ou desenvolvimento de competências profissionais na área da especialização através de uma intervenção concertada na área da enfermagem.

Ao exercer a sua especialização o enfermeiro deve proporcionar benefícios efectivos na saúde da população, nomeadamente no acesso aos cuidados de saúde que se pretendem eficazes, integrados e coordenados.

Sendo que o estágio é um período crucial na formação de enfermeiros, a competência só existe quando é aplicada, ou seja, a produção de competências cabe à escola e ao local da sua aplicação, tendo este último uma intervenção crucial na produção de competências.

O período de estágio, a que se reporta este relatório, está compreendido entre o período de 19 de Abril de 2010 ao dia 27 de Novembro de 2010, estando dividido em três módulos:

Módulo I – no período compreendido de 19/04/2010 a 18/06/2010 no ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) – Vila Nova de Famalicão, Extensão Urbana, onde foi proposto a promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção da doença mental na comunidade e Centros de Saúde.

Módulo II – no período compreendido de 06/10/2010 a 28/11/2010 na Casa de Saúde do Bom Jesus na Unidade de São João de Deus, onde foi proposto um desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos.

Módulo III – foi acreditado pela experiência profissional adquirida.

Os objectivos para a realização deste documento são: caracterizar o estágio; analisar os objectivos e actividades desenvolvidas; reflectir acerca dos objectivos e actividades desenvolvidas, reflectindo também nas competências adquiridas; desenvolver a capacidade de análise e auto-crítica. Todo o processo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional que este trabalho pretende traduzir, foi desenvolvido de forma a dar resposta quer às exigências curriculares, ao interesse, motivação e dedicação pessoal e principalmente às demandas de organismos nacionais e internacionais que estudam e identificam as principais necessidades no âmbito de intervenção em Saúde Mental e Psiquiátrica. Estamos certos de que algumas dificuldades podem surgir no decurso da elaboração do presente relatório, mas certos também de que todos os esforços serão efectuados para que estas dificuldades sejam minimizadas.

Na elaboração deste relatório, foi utilizada uma metodologia descritiva e reflexiva, baseada no desenvolvimento das actividades, fundamentadas pelos objectivos e competências preconizados, nos conhecimentos teóricos adquiridos e também experiência pessoal e profissional, e divide-se em quatro capítulos:

1. Da concepção à prática, onde se pretende explicitar a construção de um projecto de intervenção e seus diferentes componentes e a caracterização dos diferentes locais de intervenção;

2. Operacionalização do projecto de estágio, com a exposição das actividades desenvolvidas, reflexão sobre a prática e respectiva avaliação, estruturadas de acordo com os diferentes módulos;
3. Exposição de destaque de algumas actividades efectuadas;
4. Competências adquiridas quer pessoais quer profissionais ao longo de todo este percurso.

Pode-se ler no artigo sobre Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual da Ordem dos Enfermeiros (Conselho de Enfermagem, 2001) – que *“os cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital (...) promover os processos de readaptação à doença. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente/família.”*

O papel da Enfermagem nesta problemática e, mais precisamente, do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica assume, a cada dia, um papel mais relevante e vincado de forma a dar resposta a um vasto leque de necessidades existentes nesta área.

1. Da Concepção à Prática

Tudo começa por algum lado, e, nesta base todo este percurso foi pautado por um delineamento de objectivos detalhadamente definidos no projecto de estágio, anexo I, estando adaptados a cada contexto de actividade. Segundo Barbier (2004), o projecto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma “ideia”, é o futuro a “fazer”, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em acto.

Sendo que o projecto se define pelo que foi exposto, o mesmo serviu como um fio condutor ao longo do estágio, traduzindo a aplicação e interligação entre o corpo de conhecimentos teóricos ministrados e o desenvolvimento de competências específicas de ESMP. Concretiza ainda os objectivos gerais e os estabelecidos pelo curso e respectiva disciplina, e os objectivos específicos que proporcionaram o desenvolvimento de intervenções técnicas, humanas e científicas de Enfermagem e, mais especificamente, de ESMP. Assim, traduz-se num guia orientador para o desenvolvimento da prática e do processo formativo desenvolvido ao longo de todo o estágio.

As vivências e integração nas diferentes unidades de estágio permitiu um maior conhecimento das necessidades reais dos utentes/família e comunidade, tendo conduzido a abordagens diferentes.

1.1. Delimitação do Campo de Acção

O estágio funciona como uma forma de gestão do conhecimento através de processos de análise, disseminação, experimentação e gestão da informação e da comunicação entre todos os elementos envolvidos nesta construção profissional.

O Estágio de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria foi distribuído por um total de 750h de trabalho, das quais 540h eram de contacto com os utentes em diferentes contextos e as restantes 210h para trabalho individual.

O horário de cada módulo de estágio foi elaborado de acordo com cada Enfermeiro Orientador entre os turnos da Manhã, Tarde e Noite, com preferência pelos turnos diurnos pela maior probabilidade de experiências mais enriquecedoras.

A caracterização dos Módulos de Estágio é a seguinte:

Módulo I – Promoção de Estilos de Vida Saudável, Diagnóstico e Prevenção da Doença Mental

O ACES – Vila Nova de Famalicão está inserido na Administração Regional de Saúde - Norte, num universo de 49 freguesias, onde fazem parte deste ACES o conjunto de 14 extensões e 5 Unidades de Saúde Familiar, um Centro de Diagnóstico Pulmonar e 1 Unidade de Saúde Pública, sendo que abrange uma população de 136594 inscritos e 11674 sem médico de família o que corresponde a 8,5%.

A missão dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de modo a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar.

Os ACES desenvolvem actividades para promover a saúde e prevenir a doença da população, estruturam as diferentes unidades funcionais para satisfazer as necessidades dessa mesma população, gerem as competências dos prestadores de cuidados de saúde e garantem que os recursos humanos e financeiros, os equipamentos e os sistemas de informação sejam utilizados de forma rigorosa, racional e eficiente. As suas actividades são ainda desenvolvidas para garantir a satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde primários e a motivação e empenho dos profissionais.

Os centros de saúde reorganizados no novo modelo de ACES caracterizam-se por:

- ✚ Estrutura organizacional assente em cinco tipos de unidades funcionais com trabalho em equipa multiprofissional, com missões específicas, inter-cooperantes e complementares, organizadas em rede;
- ✚ Autonomia administrativa para decidir e implementar soluções adaptadas aos recursos e às condições de cada local e comunidade;
- ✚ Órgãos e instrumentos próprios de gestão organizacional;
- ✚ Sistemas de liderança e de governação clínica e técnica bem definidos;
- ✚ Mecanismos de representação e de participação da comunidade e dos cidadãos.

A Sede deste ACES está localizada na Extensão de Saúde de Delães, onde se encontra todo o corpo directivo, estando também nas instalações da Sede do ACES – Famalicão a Saúde Comunitária – com a permanência da Autoridade Local de Saúde. É um edifício novo que data de 2007 como ano de construção e é constituído por dois andares, o rés-do-chão e o primeiro andar: no rés-do-chão funcionam os gabinetes de Saúde Escolar, Saúde Pública e a Extensão de Saúde de Delães propriamente dita; no primeiro andar funciona a Administração com vários gabinetes (Unidade de apoio à gestão, gabinete do Director executivo, Dr. Paulo Oliveira e gabinete da Enfermeira Fátima Moreira (Vogal executiva) e Enfermeira Fátima Sendim, (responsável pela formação) e a Unidade de Saúde Familiar Terras do Ave.

No que respeita a recursos humanos o ACES Famalicão conta com o apoio de 98 Enfermeiros, 2 com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria; 80 Médicos; 1 Psicóloga; 2 Assistentes Sociais; 1 Nutricionista.

Na Extensão de Delães, designada de UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados existe uma equipa médica fixa constituída por 6 elementos que realizam consultas de saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar, consulta de diabetes, consulta de hipertensão e saúde do adulto. Colaboram com esta equipa mais 3 médicos que fazem consulta de geriatria e consulta aberta.

A equipa administrativa é constituída por 6 Secretários Clínicos e trabalham 3 elementos em cada turno. Existe apenas uma Assistente Operacional que trabalha de manhã (das 8 às 14h).

A equipa de Enfermagem é constituída por:

- ✚ 1 Enfermeira-Chefe, Especialista em Saúde Comunitária;
- ✚ 1 Enfermeira Especializada em Saúde Mental e Psiquiatria;
- ✚ 1 Enfermeira Especializada em Saúde Infantil;
- ✚ 1 Enfermeira Especializada em Saúde Comunitária;
- ✚ 3 Enfermeiros graduados;
- ✚ 3 Enfermeiros contratados.

Os turnos funcionam de manhã das 8 às 14h e à tarde das 14 às 20h. O horário é realizado pela Enf.^a Chefe e a distribuição dos elementos pela Enf.^a Responsável. Normalmente são distribuídos 3 ou 4 enfermeiros no turno da manhã e 3 ou 4 enfermeiros no turno da tarde. Há sempre um elemento destacado para realizar visita domiciliária à tarde.

Para além das actividades inerentes aos Cuidados de Saúde Primários, no ACES - Famalicão são desenvolvidas outras actividades contando com toda a equipa multidisciplinar, destacamos as seguintes:

- ✚ Consulta de Psicologia;
- ✚ Consulta Espaço Jovem;
- ✚ Consulta “Entrada Livre”;
- ✚ Consulta de Cessação Tabágica;
- ✚ Saúde Escolar;
- ✚ Programa Nacional de Saúde Oral;
- ✚ Serviço de Enfermagem na Comunidade;
- ✚ Unidade de Saúde Pública.

Módulo II - Desenvolvimento de Competências em Unidades de Intervenção na Crise de Adultos

O Instituto das Irmãs Hospitaleiras é um marco na história da psiquiatria em Portugal e no mundo. A prestação de cuidados rege-se por uma excelência no cuidar traduzindo a missão e valores hospitalares. A partilha da história, a reflexão sobre a missão e os seus valores, são muitos fomentados entre os diferentes colaboradores e alunos integrados na Instituição.

Fundada em 1960, a Unidade S. João de Deus, está inserida na Casa de Saúde do Bom Jesus – Braga, anexo II, e destina-se ao internamento de utentes do sexo feminino, do foro psiquiátrico, em fase aguda (curta duração). Situa-se num edifício de 3 andares e tem capacidade para 70 utentes.

No sentido de proporcionar à utente uma assistência global de qualidade, personalizada e humanizada, a equipa da Unidade conta com pessoas de formação diversa, nomeadamente:

- ✚ Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Psicólogas, Assistentes Sociais, Professor de ginástica, Técnica de Psicomotricidade, Terapeuta Ocupacional, Ajudante de ocupação, Nutricionista Irmãs Religiosas e Noviças.

A unidade conta também com a presença de voluntários, importantes para a humanização das relações, o desenvolvimento de aptidões e a valorização do utente.

A admissão dos utentes, pertencente ao SNS, é normalmente efectuada através da consulta externa/serviço de urgência do Departamento de Psiquiatria do Hospital de S. Marcos (dias úteis, das 8h às 20h) e pelo Serviço de Urgência do mesmo hospital (fim de semana e feriados) – distrito de Braga. Pode também ocorrer admissão de utentes pertencentes a subsistemas de saúde (todo o país), orientados por médicos psiquiatras, após contacto prévio com a instituição.

Os utentes são admitidos na unidade da Casa de Saúde do Bom Jesus, entre as 9h e as 22h, diariamente, incluindo sábados, domingos e feriados. São encaminhados à unidade acompanhados por um enfermeiro do serviço de admissões da Casa de Saúde, que transmite informações relevantes ao enfermeiro de serviço, num primeiro contacto.

O internamento pode ser voluntário ou compulsivo. Este último, por ordem judicial, ao abrigo da Lei de Saúde Mental 36/98 de 24 de Julho, (Diário da Republica, 1998).

Módulo III – Módulo Opcional

Sendo um módulo opcional foi creditado após apresentação de um relatório, anexo III onde explanamos a actividade profissional que conferiu competências, conhecimento e habilidades adquiridas na prestação de cuidados a utentes da área de saúde mental no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Médio Ave – Unidade de Famalicão.

Temos contacto com uma grande percentagem de utentes que recorrem ao serviço de urgência, mais evidentemente com toxicodependentes, alcoólicos, demências senis, estados de alterações do comportamento e intoxicações. Sendo estes casos agudos ou crónicos, a sua prevalência e incidência tem vindo a aumentar e inerentemente o nosso contacto, assistência e encaminhamentos dos mesmos. Perante estes utentes com este tipo de patologias é feito sempre que possível uma avaliação e implementação de intervenções de enfermagem supervisionando os cuidados integrando sempre a família nos cuidados e na promoção de boas práticas.

Nas diversas situações de crise e sempre integrado numa equipe multidisciplinar é dado uso à tomada de decisão dentro do campo de enfermagem com vista à otimização dos cuidados em enfermagem, fazendo uma reflexão crítica e de gestão de cuidados, tendo em atenção à relação de ajuda e comunicação com o utente.

Evidenciamos também a existência, recentemente, de uma consulta de psiquiatria no Centro Hospitalar Médio Ave o que otimiza e aumenta a qualidade de cuidados a estes utentes, e sempre que seja necessário a comparência, dentro de horários pré-estabelecidos, temos o apoio de psiquiatria no Serviço de Urgência.

Importa ressaltar o respeito do utente/família nas suas vertentes humana e cultural, procurando sempre promover os cuidados de uma forma que possamos respeitar as ideologias e crenças destes, desenvolvendo estratégias para que o seu encaminhamento seja feito de forma eficaz.

A valorização profissional da enfermagem tem que partir de todos nós, e muitas vezes da forma mais simples de todo. Por vezes, não é a liderança de grandes mudanças nem a tomada de grandes investigações e acções de promoção da profissão de enfermagem, o fundamental, é sim, o assumir a nossa profissão de uma forma séria, assumindo-a como ponto fulcral nos cuidados, procurando a excelência no cuidar, actuando de uma forma idónea e irrepreensível. O cuidar na sua essência, com assertividade e olhando o outro como um ser único, que em alguma fase da sua vida necessita de apoio, e lá estamos nós, para apoiar, cuidando...

Para Collière (2002), “os conhecimentos não podem ser utilizáveis e constituir fontes de desenvolvimento se não forem o ponto de encontro da experiência vivida (...).”, ora é nesta premissa que os estágios se encontram, a experiência prática numa relação com todo o conhecimento teórico apreendido.

2. Operacionalização do Projecto de Estágio

No seguimento dos estágios referidos no capítulo anterior cabe agora expôr as actividades desenvolvidas de acordo com os objectivos, quer gerais quer específicos, delineados pela Coordenação do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Inserido no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a Universidade Católica Portuguesa propõem os seguintes objectivos gerais:

Objectivos Gerais:

- ✓ Aplicar conhecimentos, capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP);
- ✓ Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- ✓ Ser capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Enfermeiro Especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, artigo 4 (Diário da Republica, 1996).

Assentando neste pressuposto o enfermeiro especialista deve, então, ser reconhecido como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular e detentor de outras competências diferenciadas ao nível da concepção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação.

O delineamento das intervenções, para atingir os objectivos específicos, serão detalhadamente separadas tendo em conta as áreas de intervenção e competências do enfermeiro.

Segundo documento da Ordem dos Enfermeiros (Conselho de Enfermagem, 2001) o Enfermeiro Especialista deve, então, ser reconhecido como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular e detentor de outras competências diferenciadas ao nível da concepção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação.



Figura I – Áreas de Intervenção dos Enfermeiros

2.1. *Concepção e Gestão de Cuidados, Planeamento e Assessoria*

Em enfermagem, a prestação de cuidados não é a única área de domínio dos Enfermeiros. Segundo o REPE (Conselho de Enfermagem, 1996), “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem”.

- ✓ Colaborar na gestão dos cuidados na área da ESMP;
- ✓ Identificar as necessidades formativas na área da ESMP;
- ✓ Exercer supervisão do exercício profissional na área de ESMP.

Objectivos específicos:

- ✚ Conhecer os procedimentos inerentes à gestão de um serviço;
- ✚ Reflectir a intervenção do Enfermeiro Especialista, em cada contexto, face a situações de liderança, gestão e organização;
- ✚ Reconhecer necessidades formativas em cada contexto;
- ✚ Reflectir acerca da supervisão em Enfermagem na área de ESMP.

Actividades Efectuadas:

- ✚ Identificação de procedimentos associados à gestão do serviço;
- ✚ Participação na gestão de informação;
- ✚ Gestão dos cuidados prestados através da implementação do processo de enfermagem;
- ✚ Conversas informais com o Enfermeiro chefe ou Enfermeiro responsável pela formação em serviço com a finalidade de conhecer as necessidades de formação já identificadas;
- ✚ Observação dos processos de gestão corrente do serviço relativamente à gestão de stocks, materiais, e medicação;
- ✚ Elaboração de um contrato terapêutico, entre a equipa e o utente a fim de responsabilizar/informar as partes sobre regras, deveres e direitos, anexo IV.

Indicadores de avaliação:

- ✚ Realização de actividades directamente relacionadas com a gestão dos cuidados;
- ✚ Número de necessidades formativas e problemas identificados;
 - Criação da Consulta de enfermagem ao utente geriátrico;
 - Criação da Consulta de enfermagem em Contexto Hospitalar;
 - Sessão de Relaxamento / Relação de Ajuda;
 - Consultas de Enfermagem e Visitas Escolares.

2.2. Formação

“Os Enfermeiros contribuem no exercício da sua actividade (...), participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem e propondo a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem.” (Conselho de Enfermagem, 1996).

- ✓ Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- ✓ Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- ✓ Promover a formação em serviço na área de ESMP;
- ✓ Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Objectivos Específicos

- ✚ Participar na elaboração de estratégias para melhoria do funcionamento do serviço;
- ✚ Reflectir na formação pessoal e profissional dos enfermeiros em cada contexto;
- ✚ Aprofundar competências de comunicação e relações interpessoais com a equipa de saúde em cada contexto;
- ✚ Aprofundar competências de comunicação para enfermeiros na área de ESMP.

Actividades Efectuadas:

- ✚ Consulta de normas, protocolos e projectos do serviço;
- ✚ Conhecimento das necessidades de Formação, através de conversas informais com o Enf. Chefe, sentidas pela equipa de enfermagem do serviço;

- ✚ Participação activa no “Projecto Homem”;
- ✚ Participação activa na consulta “Cessação Tabágica”;
- ✚ Participação activa na consulta “Entrada Livre”;
- ✚ Participação activa no projecto “AAA”, anexo V;
- ✚ Participação Activa no Projecto “ConSentido” com a elaboração de um poster para apresentação no Congresso Nacional de Saúde Mental, anexo VI;
- ✚ Participação activa em consultas de saúde oral e visitas escolares, anexo VII;
- ✚ Consulta dos procedimentos sobre o programa “PRESSE”, anexo VIII;
- ✚ Consulta dos Procedimentos sobre o programa “PELT”;
- ✚ Observação crítica da prática dos cuidados prestados.

Indicadores de avaliação:

- ✚ Índices de participação em acções de formação;
- ✚ Índices de participação nas consultas de enfermagem;
- ✚ Identificação de necessidades de formação do serviço.

2.3. Supervisão e Prestação de Cuidados

Enquanto prestadores de cuidados de saúde em quem as pessoas confiam no contínuo de cuidados, os enfermeiros encontram-se numa posição única e privilegiada para identificar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados, de forma a influenciar e promover a construção do projecto de saúde de cada um, apoiando nos processos de transição, ajudar na vivência de situações de doença através da recuperação e reabilitação, bem como na promoção da saúde.

- ✓ Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao utente;
- ✓ Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que nos deparamos;
- ✓ Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da ESMP;
- ✓ Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- ✓ Zelar pelos cuidados prestados na área de ESMP;
- ✓ Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da ESMP;
- ✓ Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;

- ✓ Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da ESMP;
- ✓ Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o utente e família, especialmente na área da ESMP;
- ✓ Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada;
- ✓ Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o utente e família, especialmente na área da ESMP;
- ✓ Reflectir na e sobre a prática, de forma crítica;
- ✓ Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas;
- ✓ Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- ✓ Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o utente e família e relacionarmo-nos de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Objectivos específicos:

- ✚ Desenvolver competências de comunicação e relações interpessoais com o utente e sua família em cada contexto de estágio;
- ✚ Integrar na dinâmica da equipa e dos cuidados e no funcionamento de cada serviço;
- ✚ Desenvolver competências técnico-científicas na assistência ao utente em cada contexto, particularmente com a elaboração de um estudo de caso de um utente internado na instituição hospitalar, anexo IX;
- ✚ Realizar cuidados de enfermagem de excelência na área de ESMP ao utente nos diferentes contextos;
- ✚ Participar no processo de admissão, anexo X;
- ✚ Participar na preparação do regresso a casa;
- ✚ Efectuar registos de enfermagem nos programas informáticos adaptados para cada serviço;
- ✚ Divulgar temas da área da Saúde Mental e Psiquiatria ao público em geral, anexo VI e anexo XI;

- ✚ Utilizar estratégias de abordagem ao utente, adequadas a cada situação.

Actividades Efectuadas:

- ✚ Pesquisa de bibliografia científica e adequada;
- ✚ Elaboração de um portefólio de actividades desenvolvidas durante a prática clínica;
- ✚ Articulação entre a Enfermagem e os demais profissionais da área da saúde;
- ✚ Actuação de acordo com a ética e deontologia profissional com envolvimento do utente;
- ✚ Utilização de linguagem técnica, científica, clara e rigorosa;
- ✚ Utilização da linguagem CIPE, para documentar a assistência de enfermagem realizada;
- ✚ Estabelecimento de uma comunicação eficaz com a Família e /ou pessoa significativa;
- ✚ Organização de toda a informação e registo por escrito de um modo preciso e claro de forma a garantir e orientar a continuidade dos cuidados sempre que se justifique;
- ✚ Utilização de comunicação adequada com a equipa multidisciplinar;
- ✚ Partilha de experiências profissionais;
- ✚ Elaboração de planos de cuidados de acordo com a CIPE para cada utente/família;
- ✚ Preenchimento da avaliação inicial adequada e completa aquando da admissão de um utente da área de saúde mental e psiquiátrica;
- ✚ Avaliação dos resultados dos cuidados prestados numa perspectiva da continuidade dos mesmos;
- ✚ Promoção da participação da família ou pessoas significativas e que possam funcionar como agentes participantes no processo de prevenção da doença e promoção da saúde sempre que não traga riscos para a estabilidade do utente;
- ✚ Observação dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde na área ESMP;
- ✚ Acompanhamento do circuito do utente psiquiátrico;
- ✚ Utilização de instrumentos de avaliação, anexo XII;
- ✚ Realização Acções de Educação para a Saúde formais e informais;
- ✚ Apoiar nos processos de transição da pessoa ao longo do ciclo vital;
- ✚ Estar atento às mudanças do estado e acção do utente de saúde mental;

- ✚ Perceber situações consideradas de risco e com necessidade de intervenção de enfermagem;
- ✚ Conhecimento dos recursos da comunidade para apoio a situações de risco e a utentes de risco;
- ✚ Colaboração com a equipa multidisciplinar em casos complexos durante o percurso dos estágios;
- ✚ Detecção precoce e encaminhamento de situações de risco e disfunção familiar;
- ✚ Acompanhamento do enfermeiro responsável na visita domiciliária a famílias e utentes considerados de risco;
- ✚ Respeito pelo sigilo de informação;
- ✚ Respeito pelos valores e a autonomia do utente ou pessoa significativa;
- ✚ Demonstrar conduta isenta de juízos de valor;
- ✚ Partilha de experiências na e da equipa multidisciplinar;
- ✚ Promoção da Relação de Ajuda como processo fundamental no cuidar;
- ✚ Planeamentos de sessões de Relaxamento, anexo XIII.

Indicadores de avaliação:

- ✚ Estabelecimento de comunicação eficaz com utente e família;
- ✚ Desenvolvimento de um trabalho eficaz em conjunto com a equipa multidisciplinar;
- ✚ Índice de admissões;
- ✚ Índice de altas;
- ✚ Índice de educações de saúde informais;
- ✚ Índices de aplicação na prestação de cuidados, de resultados de investigação efectuada;
- ✚ Realização do portefólio como reflexão das actividades desenvolvidas durante a prática clínica;
- ✚ Técnicas de escuta activa e relação de ajuda;
- ✚ Técnica de relaxamento, anexo XIII;
- ✚ Demonstrar capacidade de resolução de problemas, de forma criativa;
- ✚ Índices de situações de risco;
- ✚ Avaliação do estado percentual da população em risco com correlação com a população geral;

- ✚ Espírito crítico nos resultados obtidos;
- ✚ Número de situações de aplicação de escalas de avaliação.

2.4. Investigação

A investigação em enfermagem surgiu no decurso da segunda metade do século XIX, no seguimento das ideias e das práticas veiculadas por Florence Nightingale, durante a guerra da Crimeia. Actualmente, deve ser um processo sistemático, científico e rigoroso, procurando implementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades (Fortin, 2003).

A Ordem dos Enfermeiros (Conselho de Enfermagem, 2006), define “*quatro eixos prioritários de investigação: adequação dos cuidados de enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão; educação para a saúde na aprendizagem de capacidades; estratégias inovadoras de gestão/liderança e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências*”.

- ✓ Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao utente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- ✓ Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- ✓ Participar e promover a investigação em serviço na área da ESMP.

Objectivos específicos:

- ✚ Aprofundar conhecimentos em ESMP em contexto de estágio;
- ✚ Participar em projectos iniciados por enfermeiros do serviço;
- ✚ Desenvolver normas e procedimentos adequados às necessidades de cada contexto.

Actividades Efectuadas:

- ✚ Participação em projectos do serviço e colaborar no seu desenvolvimento;
- ✚ Participação em Visitas Domiciliárias a utentes do foro de saúde mental traduzindo resultados e actividades efectuadas;
- ✚ Identificação de utentes idosos pertencentes ao Agrupamento de Famalicão que tenham sinais de alerta relativamente a alterações na conduta comportamental\demência;
- ✚ Colaboração com todos os profissionais de enfermagem para o levantamento das situações de alerta de idosos;
- ✚ Criação de uma brochura de sinais de alerta e conselhos de actuação ao idoso\família;
- ✚ Implementação de um projecto de cuidados de enfermagem ao idoso\família em risco;
- ✚ Implementação de uma consulta de enfermagem hospitalar em utentes admitidos;
- ✚ Identificação de utentes com risco de suicídio.

Indicadores de avaliação:

- ✚ Índices de visitação domiciliária;
- ✚ Índices de utentes identificados;
- ✚ Pertinência de brochura/poster criados.

3. Destaque de Actividades Efectuadas

3.1. Consulta de Enfermagem na Comunidade

“Consulta de Avaliação Geriátrica”

O envelhecimento é um processo universal, pois insere-se no ciclo biológico natural de todo o ser humano: nascimento, crescimento e morte. Mas o envelhecimento é um processo complexo, pois para além de biológico é conceptualizado culturalmente e socialmente construído. É vinculado a um processo individual de vida, caracteriza-se por ser dinâmico, habitualmente lento e progressivo, mas individual e variável, Ermida (1999).

O fenómeno do envelhecimento em Portugal traduz-se por um decréscimo de 35,1% da população dos 0-14 anos e um acréscimo de 114% no grupo de indivíduos com 65 e mais anos. Na realidade, Portugal vivencia um contínuo aumento da população idosa (65 e mais anos), particularmente da mais idosa (80 e mais anos), que quase quadruplicou no período entre 1960-2004, retirado de INE (2005).

A capacidade funcional da população com mais de 65 anos, reporta-se à autonomia da pessoa para a realização de tarefas que fazem parte do quotidiano de vida e lhe asseguram a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliário, segundo Rebelatto e Morelli (2004).

A avaliação geriátrica deve ser multidisciplinar, multidimensional, interdisciplinar e global. A avaliação do indivíduo idoso, tem como principal objectivo estabelecer e coordenar planos de cuidados, serviços e intervenções, que vão de encontro aos seus problemas, necessidades e incapacidades. Pode ser aplicada de uma forma programada (inicial ou periódica) ou em situações ditas de risco, como alterações do modo de vida, doença grave, institucionalização, perda ou luto.

Deparamo-nos com a necessidade de delimitar estratégias de consecução de forma proveitosa e enriquecedora deste estágio e traçamos como plano de estágio uma abordagem observatória de todas as actividades e efectuar um levantamento de diagnóstico numa área que não esteja tão desenvolvida por parte deste ACES, nomeadamente por Saúde Mental e Psiquiatria. Posto isto, verifica-se que há um

direccionamento eficaz para a saúde escolar – jovens, e para o abuso de substâncias em idade adulta e nos jovens.

Após conversa com a Sr.^a Enfermeira Orientadora decidimos direccionar a actuação para os idosos, nomeadamente idosos com algum grau de demência, com limitações cognitivas que interferem no seu conteúdo funcional e consequentemente na articulação e ligações familiares. A estrutura e os componentes da avaliação geriátrica variam muito dependendo da equipe e do local em que é aplicada. No entanto, apesar da diversidade, ela tem características próprias e constantes, como o facto de ser multidimensional e utilizar instrumentos de avaliação (escalas e testes), para quantificar a capacidade funcional e avaliar parâmetros psicológicos e sociais.

Sendo um campo vasto com imensa informação mas igualmente difícil pela não adesão e pela pouca motivação para os cuidados de saúde, optamos por, antes de iniciar uma abordagem aos idosos e família nesta área de actuação do ACES, efectuar uma observação e entrevista informal ao Sr. Enfermeiro Chefe do Serviço de Psicogeriatría do Hospital Magalhães Lemos, a fim de termos uma imagem real do que se poderia fazer. Após conversa formal com o Sr. Enfermeiro Chefe e com a Responsável pela área domiciliar ao doente com demência e família, pudemos notar que realmente é uma área que necessita de uma abordagem estruturada e com ganhos em saúde visíveis.

A evolução médico-científica, a melhoria da higiene, da salubridade e das condições de vida globais, provocaram o aumento da esperança de vida. Como consequência, aumentou significativamente o número de pessoas idosas na sociedade actual. Trata-se de uma questão que, além do seu impacto óbvio nas estruturas sociais, laborais e económicas, tem também consequências sérias na comunidade familiar. Muitos idosos, por vontade própria ou por exigência das circunstâncias, vivem sozinhos, numa situação de especial vulnerabilidade. Por vezes, essa realidade significa pobreza, isolamento, solidão, esquecimento, tristeza e desamparo, apesar do apoio e do acompanhamento das instituições de solidariedade social públicas ou privadas. As suas carências económicas não lhes permitem, muitas vezes, o acesso a determinados bens de primeira necessidade — nomeadamente aos cuidados de saúde — nem o aproveitamento do tempo de lazer a que têm direito, pela Conferência Episcopal Portuguesa (2004).

Apesar de 37,6%, INE (2005), dos idosos portugueses viverem com a família, existe a convicção muito forte no público em geral de que existe um grande desinvestimento familiar relativamente aos ascendentes, o que não corresponde à realidade. Por todo a Europa, a família constitui ainda o grande pilar da responsabilidade pelos dependentes idosos, como refere Pimentel (2001), "Vários estudos que têm sido realizados em Portugal e em outros países permitem contrariar estas representações. A família continua a ser uma instituição significativa para o suporte e realização efectiva do indivíduo" ou "A instituição familiar é a garantia da solidariedade necessária aos ascendentes em situação de velhice" por Fernandes (1997).

Actualmente, as pesquisas voltadas ao envelhecimento, têm dado ênfase à necessidade da implementação de serviços de promoção à saúde, preservação da vida e recuperação de doenças, de modo que a capacitação das pessoas para cuidar de idosos se reflecta no desempenho do autocuidado, na manutenção da autonomia e independência dos idosos, por Veras (2004).

Num estudo recente, realizado pela Markest (2007), são questionados 814 portugueses sobre a situação em que vivem os mais idosos. Além disso, procurou também conhecer os principais problemas identificados pelos idosos e que medidas sugeriam para melhorar as condições de vida. A maioria dos inquiridos, 43.4% entende que ela é hoje pior do que há cinco anos atrás. Para 25.7%, a situação melhorou, enquanto 24.6% entende que se manteve e 6.3% não expressa opinião. Os problemas económicos e a solidão são identificados como os principais problemas que atingem actualmente os idosos portugueses. Para 35.8% dos inquiridos as questões económicas são as mais relevantes, enquanto 26.4% refere a solidão. Na sugestão de medidas a implementar para resolver os problemas dos idosos em Portugal, um quarto dos indivíduos (25.3%) indicou a necessidade de haver mais apoios às famílias para manterem idosos em suas casas, a criação de serviços de apoio domiciliário foram referidas por 19.4% e 17.4% dos inquiridos.

A população geriátrica, nomeadamente, o grupo dos mais idosos constitui um grupo mais vulnerável ao estabelecimento de quadros clínicos associados a algum grau de dependência, que por vezes antecipa a institucionalização do idoso. Foi neste pressuposto que elaboramos uma Consulta de Avaliação Geriátrica atendendo aos seguintes benefícios e utilidades:

1. Nível individual:

- a) Complementa o exame clínico tradicional e melhora a precisão diagnóstica;
- b) Determina o grau e a extensão da incapacidade (motora, mental, psíquica);
- c) Identifica risco de declínio funcional;
- d) Permite uma avaliação de riscos e possibilidades no estado nutricional;
- e) Serve de guia para a escolha de medidas que visam restaurar e preservar a saúde (farmacoterapia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia);
- f) Identifica factores que predisõem à iatrogenia e permite estabelecer medidas para sua prevenção;
- g) Estabelece parâmetros para o acompanhamento do utente;
- h) Serve de orientação para mudanças e adaptações no ambiente em que o utente vive, no sentido de reduzir as desvantagens e preservar sua independência;
- i) Estabelece critérios para a indicação de internamento hospitalar ou lares de terceira idade.

2. Nível populacional:

- a) Serve como uma medida precisa em estudos clínicos onde se avalia a capacidade funcional e a qualidade de vida;
- b) Identifica populações de risco;
- c) Permite um investimento na saúde, qualidade de vida e bem-estar;
- d) Serve para planeamento de acções e políticas de saúde.

A CID-10 (OMS, 1993) e DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996) indicam que o diagnóstico de demência baseia-se principalmente na presença de declínio da memória e de outras funções corticais superiores como a linguagem, praxia, capacidade de reconhecer e identificar objectos, abstracção, organização, capacidade de planeamento. Assim, a abordagem de indivíduos com maior risco de demência (como é o caso de idosos) deve incluir sempre a avaliação das funções cognitivas.

Seleccionamos, numa primeira fase de planeamento, algumas escalas para análise para posteriormente serem utilizadas num grupo piloto de 5 utentes e família a fim de saber quais se adaptavam melhor na verificação do estadiamento quer funcional quer cognitivo dos idosos, sendo elas:

- ✚ MMSE – Mini Mental State Examination;
- ✚ Escala de depressão geriátrica (abreviada de Yesavage);
- ✚ Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton (HDRS);
- ✚ Inventário de Depressão de Beck;
- ✚ Índice de Barthel – Avaliação Funcional;
- ✚ Índice de Lawton – Avaliação funcional.

No que se refere aos objectivos desta intervenção e implementação, são eles:

- ✚ Avaliação do estado físico e psíquico e grau de dependência – com a utilização de escalas;
- ✚ Identificação de situações de risco;
- ✚ Suporte ao cuidador e utente;
- ✚ Informação aos profissionais de saúde da problemática.

Após selecção dos instrumentos de avaliação e após conversa formal com as chefias do ACES, foi possível estruturar de forma definitiva esta nova Consulta. A receptividade foi muito boa por parte das chefias o que foi uma motivação extra para o desenrolar deste projecto, sendo de que o trabalho estaria a ser reconhecido e seria para implementar em todo o ACES por parte da equipa.

A Consulta de Avaliação Geriátrica está direccionada para o utente idoso e ao seu cuidador e assenta em algumas actividades sendo elas:

- ✚ Brochura Informativa onde é abordado:
 - Breve descrição Teórica da Demência e Doença de Alzheimer;
 - Sinais de Alerta;
 - Intervenções;
 - Potenciais Riscos;
 - Sentimentos do Cuidador.

Anexo XI

- ✚ Folha de Registo da Consulta de Avaliação Geriátrica com Plano de Intervenção Anexo XIV;

- ✚ Utilização de Instrumentos de avaliação funcionais e cognitivos, anexo XII, sendo eles:

- **Índice de Barthel e Lawton**

A capacidade funcional abrange dois grupos de actividades:

- a) Actividades de Vida Diária (AVD)
- b) Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

A divisão em Actividades de Vida Diária e Actividades Instrumentais de Vida Diária começou com os estudos de Mahoney e Barthel (1965) e Lawton e Brody (1969). Os autores apresentaram duas escalas de avaliação funcional que classificavam as actividades quotidianas de acordo com o seu nível de complexidade. A primeira escala mensura as AVD's, denominada Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965). Essa escala está representada pelas actividades básicas que são exigidas no quotidiano dos idosos. A segunda delas avalia as chamadas AIVD's, denominada Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969). A escala da AIVD é representada por tarefas mais complexas que necessitam de uma adaptação do indivíduo no meio ambiente.

O Índice de Lawton avalia as Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) – que indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive e inclui a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar os seus medicamentos.

O Índice de Barthel mede especificamente o grau de assistência exigido por um indivíduo em 10 itens de AVD, envolvendo mobilidade e cuidados pessoais. São eles: alimentação, banho, higiene pessoal, vestuário, controle de esfíncteres intestinal, controle vesical, transferências na cama e chuveiro, deambulação e subir escadas. A pontuação global varia de 0 a 100 (soma dos itens classificados em 5, 10 e 15 pontos, conforme independência ou necessidade de ajuda para executar a actividade). O utente com score <60 pontos é considerado dependente. De 60 a 80 pontos, é considerado parcialmente dependente, e se >80 pontos, é independente. Isto é, de modo que zero equivale à completa dependência em todas as 10 AVD's, e 100, equivale à completa independência em todas as actividades.

- **Índice de Katz**

O índice de Katz, foi criado por Sidney Katz (Katz, 1963), para avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso. Katz estabeleceu uma lista de seis itens que são hierarquicamente relacionados e reflectem os padrões de desenvolvimento, ou seja, que a perda da função no idoso começa pelas actividades mais complexas, como vestir-se, lavar-se, até chegar as de auto regulação como alimentar-se e as de eliminação.

O índice de Katz pode ser pontuado no formato Likert, onde cada tarefa recebe pontuação específica que varia de zero para a independência e três para dependência total. E no formato Guttman no score dependente ou independente.

- **Escala de Depressão Geriátrica Abreviada de Yesavage**

Barreto citado por Fernandes (2002) afirma que *“as condutas depressivas são um dos tipos de manifestações emocionais mais frequentes nos idosos, expressando-se, de um modo geral, sob a forma de auto-verbalizações negativas relativamente a si mesmo e à velhice, um baixo reconhecimento das suas capacidades, uma baixa auto-estima, e uma diminuta participação social”*. Por isso mesmo é importante a aplicação desta escala de avaliação geriátrica.

Esta escala, que foi traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988), na *“Avaliação Diagnostica dos Síndromes Demenciais”*. Foi construída por Brink, Jesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose, e é, segundo os mesmos, o único instrumento que se conhece que terá sido elaborado com o objectivo de ser usado, especificamente, para pessoas idosas. Elimina indicadores somáticos da depressão e manifestações físicas normais do envelhecimento, presentes em outras escalas, e que geralmente causa confusão. A escala pode ser aplicada por profissionais não médicos, pois não exige conhecimentos em psicopatologia. As escalas de versão reduzida (15 perguntas) deveriam ser as preferencialmente utilizadas, dado o pouco tempo gasto na sua aplicação. Os casos rastreados como provável depressão deveriam ser submetidos a uma avaliação mais detalhada, de preferência por médicos especialistas.

- **Mini Mental State Examination**

O *Mini-Mental State Examination* (MMSE) foi desenvolvido por Folstein em 1975 e consiste num questionário de avaliação do funcionamento cognitivo, que cota a orientação no tempo e no espaço, a memória a curto prazo e as competências verbais e

de escrita (McDowell & Newell, 1996). Tal como nos indicam os autores supracitados, a principal vantagem deste questionário é a sua administração ser breve e simplificada.

O MMSE é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada com o objectivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registo de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto). O score do MMSE pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. A escala é simples de usar e pode ser facilmente utilizada em 5-10 minutos, inclusive por profissionais não médicos.

O MMSE foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas e Garcia (1994), sendo definidos pontos de corte diferenciados consoante o grau de escolarização dos sujeitos. Assim, os autores consideram existir défice cognitivo quando a pontuação é menor ou igual a 15 pontos para iletrados, 22 pontos para sujeitos com 11 anos ou menos de escolaridade e 27 pontos para pessoas com mais de 11 anos de escolaridade.

É com base nestes instrumentos de avaliação e com a observação e escuta activa dos idosos e cuidadores que foi desenvolvido uma abordagem de forma eficaz para que as intervenções sejam direccionadas para uma optimização de cuidados e bem-estar dos utentes / família. Durante a utilização destes instrumentos de avaliação também se começa todo um trabalho de alteração de comportamentos, ou pelo menos incentivar e alertar.

Em toda esta estruturação algumas dificuldades foram notadas, essencialmente dificuldades a nível organizacional visto que se trata de uma consulta que não está dentro do plano normal de actividades no ACES e teve que haver uma adequação e “trabalho” junto da Enf.^a Chefe e Responsável pela Formação de forma a que fosse possível a sua implementação.

Visto que o tempo de estágio foi curto, o planeamento teve que ser de forma a que, em tempo útil se conseguisse testar a consulta de avaliação geriátrica. Posto isto, foram testados em 3 utentes referenciados em processo de demência, os instrumentos de avaliação e a folha de registo, o que numa primeira avaliação se tornou útil. No entanto, carece ainda de mais aplicações por forma a apresentar dados reais e, após a recolha de

dados, implementar as intervenções necessárias. De referenciar que esta consulta é direccionada para utentes/família, no entanto, e face ao curto período de tempo foi direccionada apenas para o estudo do utente e posteriormente ficará programado a actuação perante o cuidador.

3.2. Consulta de Enfermagem em Contexto Hospitalar

Tornou-se imperativo efectuar uma estruturação de uma “Consulta de Enfermagem” a fim de se proporcionar aos utentes uma abordagem sistematizada e com uniformização de actividades. A pertinência das informações a colher é uma mais valia para todo o processo terapêutico, bem como desde o momento da admissão haver intervenções especializadas por pessoal especializado, além de que há imediatamente a identificação dos problemas do utente em questão. Desta forma foi apresentado à equipa uma estruturação da “Consulta de Enfermagem” que posteriormente foi aprovada a sua implementação.

Lembrando que a consulta de enfermagem se realiza, rotineiramente, entre o profissional e o utente, em interacção face a face, podemos considerar alguns aspectos da comunicação que ocorre entre ambos.

Entre outras definições sobre comunicação, encontramos em Littlejohn (1978) que comunicar significa partilhar; compartilhar com alguém um certo conteúdo. Pela comunicação, comungamos com outrem algo que temos em comum. A comunicação é mais do que simples emissão e recepção de mensagens; envolve a relação, o contexto e a percepção. Segundo Silva (1990) “ é a percepção que nos capacita a entender nosso próprio mundo e o mundo do paciente, sendo essencial para a Enfermagem compreender o que o paciente percebe como acontecendo...”, e para chegar a isso devemos ouvir o outro envolvido na relação, ou seja, o utente e encarar a consulta de enfermagem não como um simples procedimento técnico, mas como um rico contexto de relacionamento interpessoal.

A implementação da Consulta de Enfermagem requer mudanças na prática assistencial do enfermeiro, levando-o a compreender a sua complexidade enquanto actividade que necessita de metodologia própria e objectivos definidos.

Iniciamos a Consulta de Enfermagem a 32 utentes internados, num universo de 45, o que perfaz uma percentagem de 71,1% dos utentes internados, sendo que numa média de idades de 42 anos de idade com um máximo de 81 anos de idade e um mínimo de 21 anos de idade, o tempo de estágio não permitiu que pudessemos efectuar a consulta à totalidade dos utentes, no entanto, foi importante a identificação de comportamentos de risco, encaminhamento de utentes para apoio sempre que necessário, planear intervenções imediatas para determinadas situações previamente definidas.

Esta Consulta de Enfermagem tem os seguintes pontos:

- ✚ Efectuar consulta ao utente nas primeiras 48 horas desde o seu internamento;
- ✚ Entrevista à pessoa mais significativa do utente nas primeiras 72 horas desde o seu internamento;
- ✚ Esclarecimento da consulta – papel do enfermeiro e do utente;
- ✚ Informar sobre dinâmica do serviço e fases do tratamento;
- ✚ Identificação de comportamentos desajustados;
- ✚ Identificar Risco de Suicídio;
- ✚ Prevenção de problemas iminentes, dúvidas, falta de informação;
- ✚ Sentimentos presentes;
- ✚ Identificação de focos de atenção e diagnósticos de enfermagem;
- ✚ Início da delineação de um plano de cuidados;
- ✚ Encaminhamento – referência;
- ✚ Reacção do utente à consulta;
- ✚ Programação de nova consulta.

Utilização dos Registos:

- ✚ Escalas de Katz, Barthel, Lawton, anexo XII;
- ✚ Ansiedade de Hamilton, anexo XII;
- ✚ Depressão de Hamilton, anexo XII;
- ✚ Utilização do modelo de Consulta de Enfermagem, anexo XV;
- ✚ Registo nas Notas de Enfermagem;
- ✚ Escala de Avaliação de Risco de Suicídio, anexo XII.
- ✚ Utilização “Guia de Intervenção em Uteses com Risco de Suicídio”, anexo XVI.

No seio da equipa a opinião foi unânime de que esta “Consulta de Enfermagem” é uma ferramenta útil em todo o processo terapêutico do utente, desde a admissão até ao processo de preparação para a alta.

Problemática do Suicídio

O suicídio é indubitavelmente um fenómeno transversal a todas as épocas da história e a todas as classes sociais. Dados da OMS (World Health Organization, 2008) mostram-nos que “a cada 3 segundos uma pessoa atenta contra a própria vida” e a “cada 40 segundos uma comete suicídio no mundo”. É também esta organização que nos diz que o suicídio está entre as três maiores causas de morte, em pessoas com idades entre os 15 e os 35 anos. Por estas razões consideramos esta problemática uma iminente questão de saúde pública, a ser abordada não só por profissionais de saúde mas também por políticos e toda a sociedade em geral.

A problemática do suicídio é considerada como a primeira causa de morte prematura e evitável. Deste modo, pretendemos que seja alertada a sociedade para as questões relacionadas com os problemas ligados à saúde mental, dado que, o suicídio é muitas vezes consequência de falha de diagnóstico e tratamento de doenças mentais sérias. Kaplan, Sadock e Grebb (1997) referem que aproximadamente 95% das pessoas que cometem suicídio têm doença mental diagnosticada, como por exemplo, a Esquizofrenia, a Depressão a Demência e o *Delirium*.

Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997), o suicídio não é um acto aleatório ou sem finalidade. Pelo contrário, trata-se do escape de um problema ou crise que causa, invariavelmente, sofrimento intenso. Está associado a necessidades frustradas ou não satisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos ambivalentes entre a sobrevivência e um stress insuportável, um estreitamento das opções percebidas e uma necessidade de fuga. A pessoa suicida emite sinais de angústia.

Kapczinski, Quevedo, Schimitt e Chachamovich (2001), definem suicídio como sendo uma morte auto-infligida, provocada por um acto voluntário e intencional. Didacticamente, este pode ser definido como resultante da interacção de uma alteração no conteúdo do pensamento (ideação suicida), com alteração na conduta do utente (acto suicida) que tem como acto final a morte.

A tentativa de suicídio é definida por Saraiva (2006), como “um acto iniciado de livre vontade pelo próprio em que este se auto-mutila ou toma uma dosagem que excede a dose terapêutica ou o seu habitual padrão de consumo, e que o indivíduo acredita ser farmacologicamente activa”. É fundamental observarmos variáveis particulares em cada utente como as que estão presentes na tabela abaixo, segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997).

Variável	Alto Risco	Baixo Risco
DEMOGRÁFICA		
Idade	> 45 anos	< 45 anos
Sexo	Masculino	Feminino
Situação conjugal	divorciado/viúvo	Casado
Emprego	Desempregado	Empregado
Relações interpessoais	Conflituosas	Estáveis
Estrutura familiar	caótica/conflituosa	Estável
SAÚDE		
Física	doença crónica	Boa
	Hipocondria	sente-se bem
	excesso de medicamentos	pouco uso
Mental	depressão grave	depressão leve
	Psicose	Neurose
	transtorno personalidade	personalidade normal
	abuso de álcool/drogas	bebe socialmente
ATIVIDADE SUICIDA		
Ideação suicida	frequente/intensa	infrequente/leve
	Prolongada	Transitória
Tentativas de suicídio	Múltiplas	Primeira
	Planeada	Impulsiva
	salvamento improvável	salvamento provável
	desejo de morrer	desejo de mudar
	auto-acusação	Raiva
	método letal	método não-letal
RECURSOS		
	poucas aquisições	muitas aquisições
Pessoais	insight pobre	bom insight
	afecto pobre e descontrolado	afecto adequado
Sociais	Isolamento	bom envolvimento/integração
	família pouco envolvida	família envolvida

Tabela I – Variáveis de Risco de Suicídio

Além dos factores presentes na tabela é importante ressaltar outros que aumentam o risco de suicídio:

- ✚ Utentes com personalidade impulsiva;
- ✚ História de migração;
- ✚ Ausência de convicção religiosa (católicos suicidam-se menos pelo perfil punitivo da sua ideologia, bem como a crença num destino controlado por um Deus onipotente e responsável pelos sucessos e frustrações da sua vida);
- ✚ Sentimento persistente de desesperança e pessimismo;
- ✚ Perda de *status* sócio-económico: fracasso profissional ou falência financeira;
- ✚ Acidentes que causem incapacidade física (paraplegia) ou impotência sexual;
- ✚ Acidentes que causem desfigurações, principalmente em mulheres;
- ✚ Ambivalência;
- ✚ Factor desencadeante/stressante persistente;
- ✚ Transtornos de personalidade (histriónico, borderline etc.);
- ✚ Transtorno bipolar: pode-se pensar no risco aumentado apenas na fase depressiva, mas o perfil impulsivo da fase maníaca traz cuidados particulares;
- ✚ Doenças do SNC como epilepsia, demência, SIDA etc.

Com base no exposto e dentro dos utentes internados na unidade adequamos e direccionamos as actividades no seguinte:

- ✚ Levantamento de comportamentos de risco;
- ✚ Identificar utentes com risco utilizando para isso a “Escala de Avaliação de Risco de Suicídio” – EARS, anexo XII;
- ✚ Criar Folha de Registo “Guia de Intervenção em Utentes com Risco de Suicídio”, anexo XVI.

Foi com base nos resultados obtidos com a utilização do “Guia de Intervenção em Utentes com Risco de Suicídio”, que se verificou uma adequação abrangente das actuações com monitorização contínua das utentes com scores elevados de EARS.

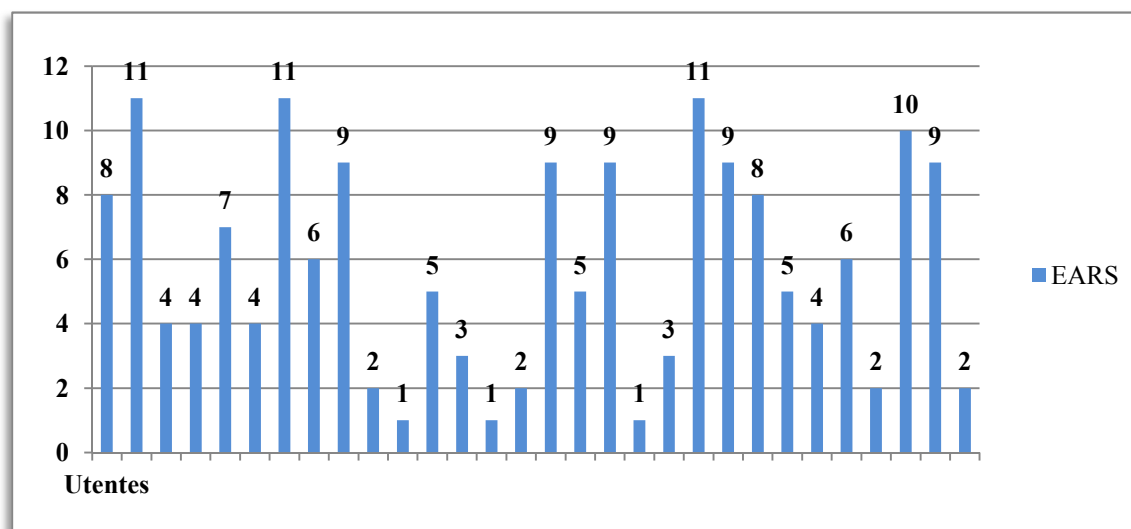


Gráfico I – Valores da Utilização da Escala EARS

Em apresentação gráfica fica patente os valores obtidos da Escala EARS. Ficou demonstrado que é um risco real, com necessidades de vigilância e adequação de actividades.

A disponibilidade e os factores culturais são agentes que influenciam a escolha do método para cometerem o suicídio. A escolha do método pode espelhar o grau de severidade da tentativa de suicídio. Nas tentativas de suicídio usa-se, geralmente, a sobredosagem farmacológica enquanto que nos suicídios fatais a arma de fogo é o método mais usual, especialmente se o domínio de armas for legal e é usualmente requerido por crianças e homens adultos. Por sua vez, as mulheres são mais favoráveis a não utilizar métodos tão tumultuosos, utilizando então o envenenamento e a imersão. Pela diminuição de prescrições médicas de barbitúricos, estes fármacos assim como a aspirina, têm sido cada vez menos usadas no envenenamento, por sua vez, aumentaram os suicídios por psicotrópicos como os antidepressivos. Quando a intenção do suicídio é o término da vida e não a chamada de atenção usam-se habitualmente meios mais violentos. Por vezes o suicídio abarca muitas evidências de agressões ao seu semelhante, como é o caso de assassínios seguidos de suicídios ou suicídios em reclusos que penitenciam por crimes violentos.

Para Saraiva (2006) os métodos mais utilizados podem-se agrupar em:

- ✚ Traumáticos – armas, precipitação, queimaduras e trucidação;
- ✚ Asfixiantes – enforcamento, afogamento, electrocussão, inalação de monóxido de carbono;
- ✚ Tóxicos – sais de arsénio, cianetos, estricnina, pesticidas, herbicidas, insecticidas e fármacos.

Evidenciamos um estudo de Freitas (1982) que indica que a taxa de suicídio durante o século XX apresenta uma curva irregular, na qual se verifica um aumento significativo nas primeiras três décadas do século, evidenciando, ainda, um surto suicida entre 1931 e 1941. Desta data até 1975 verificam-se oscilações. A partir de então há uma subida da taxa até ao ano de 1984, sendo que a partir daqui notam-se descidas discretas até ao ano 2000. O que vai de encontro a este pequeno estudo efectuado nesta unidade de internamento, valores demasiado altos de risco de suicídio o que denota e nos desperta enquanto enfermeiros para uma maior atenção perante estes utentes visto que é um problema real. Consideramos que com trabalho e alguma dedicação se consiga diminuir em grande escala as tentativas reais de suicídio.

3.3. *Relação de Ajuda*

A relação de ajuda é um dos elementos fundamentais da prática de enfermagem. Rogers (1984) define a relação de ajuda como “*uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo*”.

Ao enfermeiro pede-se o desenvolvimento das suas capacidades profissionais, interpessoais, afectivas, intelectuais, sociais e espirituais, para que possa efectivar a relação de ajuda. A capacidade de escuta, empatia, respeito, autenticidade, clarificação e aceitação incondicional são atitudes fundamentais na relação de ajuda.

Cabe, no entanto, ao enfermeiro desenvolver as competências relacionais, emocionais e éticas na interacção com o utente, pela interiorização de atitudes de relação de ajuda.

A relação de ajuda pode ser informal ou formal. A primeira consiste num tipo de relação de ajuda, estabelecida de forma espontânea e circunstancial, sem planeamento prévio e, que tem em conta as necessidades imediatas e a adaptação à situação presente. A relação de ajuda formal é uma intervenção psicoterapêutica, planeada com o utente e implementada através da realização de várias sessões, cujo número é variável, sendo o mínimo de três. Assim, difere da relação de ajuda informal, no sentido que possui uma estrutura e fases específicas, decorrentes ao longo de entrevistas estruturadas, em horário pré-estabelecido e com objectivos específicos.

Tendo em conta que a relação de ajuda é vocacionada para a resolução de problemas reais ou potenciais, numa perspectiva geral, esta tem como objectivos:

- ✚ Explicitar os problemas e dificuldades;
- ✚ Melhorar as capacidades de comunicação e interacção;
- ✚ Aumentar a auto-estima;
- ✚ Diminuir a ansiedade;
- ✚ Promover a aceitação do estado de saúde;
- ✚ Promover a expressão de sentimentos e emoções;
- ✚ Identificar potencialidades de enfrentamento da situação;
- ✚ Ultrapassar uma experiência/dificuldade/problema;
- ✚ Potenciar o enfrentar de problemas actuais;
- ✚ Orientar na busca de soluções;
- ✚ Avaliar as alternativas.

A Relação de Ajuda assenta em cinco fases, sendo elas:

- ✚ *Fase inicial*: Início da Relação
- ✚ *Fase intermédia*: Identificação e Transição;
- ✚ *Fase terapêutica*: Trabalho e Exploração;
- ✚ *Fase de manutenção*: Consolidação da Relação;
- ✚ *Fase final*: Termo da Relação.

No universo dos utentes internados na Unidade de S. João de Deus, foram seleccionados cinco utentes para uma relação de ajuda formal, com aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton e Escala de Depressão de Hamilton e Escala de Risco de Suicídio (EARS), já utilizada no Serviço, antes e após a Relação de Ajuda, anexo XII.

Na relação de ajuda o enfermeiro deve estabelecer um processo de relação interpessoal, num ambiente de confiança, oferecendo ao utente os meios para que este descubra ou reconheça em si as capacidades necessárias para a resolução do seu problema.

No decorrer do processo de Relação de Ajuda podem surgir barreiras, como o tempo, ansiedade, estilo de comunicação e preconceitos, sobre as quais o enfermeiro se deve debruçar, numa atitude reflexiva, de forma a ultrapassa-las da melhor forma.

Nesta actividade foram identificados os diagnósticos e intervenções de enfermagem que são expostos na tabela seguinte:

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Força de vontade diminuída	Planejar/executar relação de ajuda; Encorajar projecto de vida; Promover a adaptação a novos estilos de vida; Promover modificação de comportamento; Escuta activa; Apoiar a tomada de decisão; Identificar com o utente estratégias anteriores de adaptação eficaz; Analisar medos e sentimentos do doente.
Vontade de viver diminuída	
Auto-estima diminuída	
Ansiedade	
Solidão	
Recaída de alcoolismo	
Risco de Suicídio	
Coping ineficaz	
Não adesão ao regime terapêutico	
Processo familiar alterado	
Imagem corporal alterada	

Tabela II – Diagnósticos e Intervenções

Foram seleccionados cinco utentes com média de idades de 32,6 anos e na fase inicial foram aplicadas as Escalas referidas, após duas sessões de Relação de Ajuda com os mesmos utentes de forma personalizada foi aplicado novamente as mesmas escalas, com resultados positivos, sendo visível na representação gráfica a evolução nos três níveis.

Valores iniciais antes da intervenção “Relação de Ajuda”:

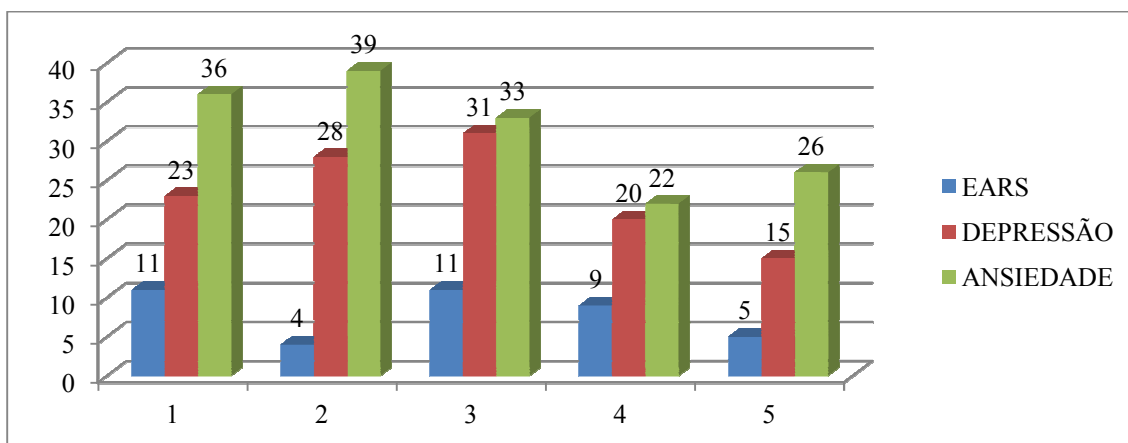


Gráfico II – Valores Iniciais – Relação de Ajuda

Valores finais após intervenção “Relação de Ajuda”:

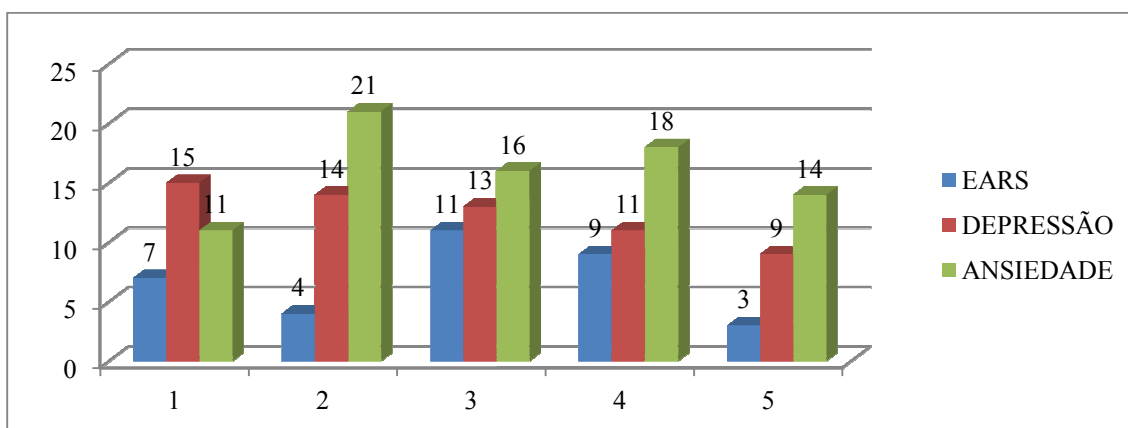


Gráfico III – Valores Finais – Relação de Ajuda

Analisando os gráficos nota-se um decréscimo no risco de suicídio, e de igual forma no nível de depressão e ansiedade, resultados positivos.

A Relação de Ajuda tem como significado essencial o “estar – com”. Implica a presença (de estar – por si), a reciprocidade (enquanto troca ou estar – para – o – outro), o cuidado (acolhendo o outro) e, ainda, o laço emocional entre um EU e um TU que criam um NÓS, numa reciprocidade activa para que o Outro se venha a iluminar e a descobrir. Como refere Not (s.d citado em Teixeira, 1994) “cada UM é um EU e o OUTRO um TU ao qual ele se dirige, o que faz de cada UM, ao mesmo tempo, um EU (que se dirige ao Outro) e um TU (ao qual o Outro se dirige)”. Emerge um NÓS que, não

representando qualquer ameaça à identidade e à autonomia de cada um, alcança precedência.

Segundo Nunes (1999), o papel do profissional de "Relação de Ajuda" 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. Assim, estabelecer uma "Relação de Ajuda", numa abordagem centrada na pessoa, significa que o profissional crie as condições relacionais que permitam aquele que pede ajuda, encontrar a melhor solução, o melhor caminho para si, no sentido de ultrapassar as suas dificuldades ou problemas. 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.

3.4. Técnica de Relaxamento

Segundo o Relatório Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde, 2001), uma em cada quatro pessoas será afectada por uma perturbação mental num determinado momento da sua vida. No Relatório sobre o estado da saúde mental em 27 países da Europa, publicado no final de 2005 e adoptado pela Comissão Europeia como documento oficial, “estima-se que mais de 27% dos europeus adultos (entre os 18 e os 65 anos) são afectados pelo menos por uma modalidade de doença mental no decurso de um dado ano”, sendo que, segundo o Plano Nacional de Saúde 2004/2010, a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30%.

De acordo com o estudo “A Carga Global da Doença” (*Global Burden of Disease*), conduzido pela Organização Mundial de Saúde, Banco Mundial e Universidade de Harvard, (World Health Organization, 2002), as doenças mentais, incluindo o suicídio, ocupam o segundo lugar no *ranking* das doenças que atingem países com economias estáveis, como os Estados Unidos. Nos países desenvolvidos, das dez doenças mais incapacitantes, quatro são psiquiátricas: depressão, esquizofrenia, distúrbios de ansiedade e alcoolismo.

Parece haver uma associação entre o Relaxamento e a devolução de bem-estar, dentro do Homem. Bem-estar esse, que se encontra comprometido no doente mental.

Por “Terapia Simples de Relaxamento”, a Classificação das Intervenções de Enfermagem, (Dockerman & Bulechek, 2008) define como o “uso de técnicas para encorajar e viabilizar o relaxamento, com o propósito de reduzir sinais e sintomas indesejáveis, como dor, tensão muscular ou ansiedade”.

O Relaxamento Muscular está incluído nas abordagens comportamentais. A teoria Comportamental desvaloriza o que se passa na mente e valoriza as ações observáveis, “vê o comportamento como estando condicionado pelos acontecimentos do meio. Tais eventos são vistos como induzindo o indivíduo a agir de forma previsível.”

O relaxamento é normalmente usado em referência aos músculos, significando alívio da tensão e alongamento das fibras musculares, em oposição à contracção que acompanha a tensão muscular, segundo Payne (2002).

No entanto, esta é uma visão diminuta do relaxamento, que numa perspectiva alargada, pretende apresentar uma dimensão mental e outra física. O relaxamento poderá ser um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio da tensão, ansiedade e medo. Isto inclui portanto, os aspectos psicológicos da experiência de relaxamento, como são as sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de stress.

Assim o termo “relaxado” é usado quer para referir o relaxamento muscular, quer para pensamentos de tranquilidade. Parte-se assim do princípio, que existe um laço entre ambos, uma vez que o estado geral aparente de relaxamento, pode ser induzido através da utilização de métodos físicos e psicológicos.

Torna-se assim premente, definir quais são os objectivos concretos do relaxamento. Segundo o autor Titlebaum (1998), o relaxamento apresenta três objectivos:

- ✚ Como medida preventiva - para proteger os órgãos do corpo de desgaste desnecessário e, em particular os órgãos envolvidos em doenças relacionados com o stress;
- ✚ Como tratamento - para ajudar a aliviar o stress em condições como a hipertensão arterial, cefaleia, insónia, asma, deficiência imunológica, pânico entre outras;

- ✚ Como competência - para lidar com o stress e permitir que o pensamento se torne mais claro e mais eficaz.

Descobriu-se inclusivamente que a informação positiva armazenada na memória se torna mais acessível quando uma pessoa se encontra relaxada.

Para Lichstein (1988), podem ainda ser definidos dois tipos de relaxamento: *o superficial e o profundo*.

O relaxamento superficial diz respeito a técnicas que produzem um efeito imediato e podem ser utilizadas quando o indivíduo se depara com situações stressantes. O objectivo é a libertação rápida do excesso de tensão, sendo que estas são versões encurtadas das técnicas de relaxamento profundo.

Por sua vez, o relaxamento profundo diz respeito a procedimentos que provocam um efeito de grande amplitude que são executadas num ambiente calmo, na posição horizontal. As técnicas que mais traduzem este tipo de técnicas de relaxamento são as técnicas de relaxamento progressivo, treino autogénico e meditação. Outra classificação possível das técnicas de relaxamento é a divisão em técnicas físicas, em que destaco o “Relaxamento progressivo de Jacobson (1938)” e psicológicas em que destaco a “Autoconsciencialização e a resposta de relaxamento de Benson (1976)”.

Alguns investigadores relatam um medo do relaxamento em determinados indivíduos (Lehrer, 1979) e outros revelam que o relaxamento pode ocasionalmente induzir ansiedade (BorKovec & Heide, 1980). Estas situações reconhecem-se pela excessiva transpiração, tremores, respiração rápida ou agitação generalizada. Sentimentos perturbadores podem revelar-se durante qualquer tipo de relaxamento: no processo de alívio da tensão, as defesas psicológicas podem ficar enfraquecidas (Hough, 1991 citado por Payne, 2002).

Abromowitz e Wieselberg (1978), citados por Payne (2002), revelaram que alguns indivíduos que se submeteram à prática do relaxamento ficaram zangados quando se lhes pede para relaxarem. Não é claro o que lhes causou a raiva, mas uma razão sugerida foi que os praticantes teriam encontrado dificuldade em dominar a técnica.

Perante todos estes pressupostos procedeu-se ao agendamento de sessões de Relaxamento aos utentes internados na instituição – Casa de Saúde do Bom Jesus na Unidade de S. João de Deus tendo os seguintes objectivos:

- ✚ Sensibilização para o Relaxamento;
- ✚ Contribuir para que os utentes se concentrem nas sensações de relaxamento;
- ✚ Promover a diminuição do fluxo de pensamento;
- ✚ Detectar possíveis situações de risco;
- ✚ Prevenir a acumulação de stress;
- ✚ Avaliar receptividade.

Para a consecução destes objectivos foram atendidas algumas recomendações como o uso de roupa confortável, questão inicial de presença de limitações físicas, questão sobre cenários que possam ser causadores de perturbação, temperatura amena, luminosidade suave, local calmo, sem ruído, som agradável, ou então optar pelo silêncio, posição agradável, aplicação da escala de ansiedade e depressão no início da sessão e posteriormente ao final de 6 sessões.

Como critérios de inclusão foram tidos em conta os valores das Escalas EARS, Ansiedade e Depressão de Hamilton e a média de idades da amostra de 10 utentes está nos 37,6 anos de idade com um máximo de 50 anos de idade e um mínimo de 21 anos de idade.

O gráfico seguinte mostra os resultados obtidos com a aplicação das escalas de EARS, Depressão e Ansiedade de Hamilton:

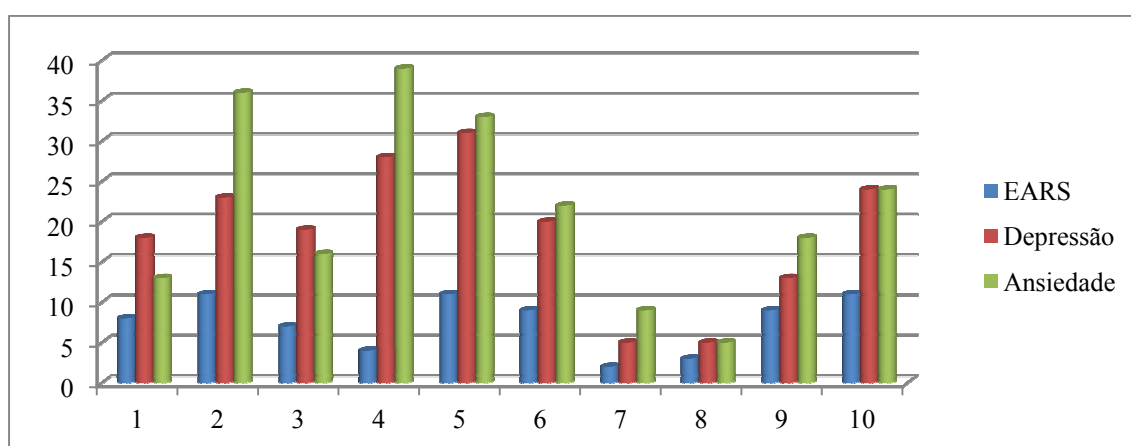


Gráfico IV – Valores Iniciais – Relaxamento

Apresentamos os resultados obtidos após as seis sessões de relaxamento efectuadas à amostra seleccionada:

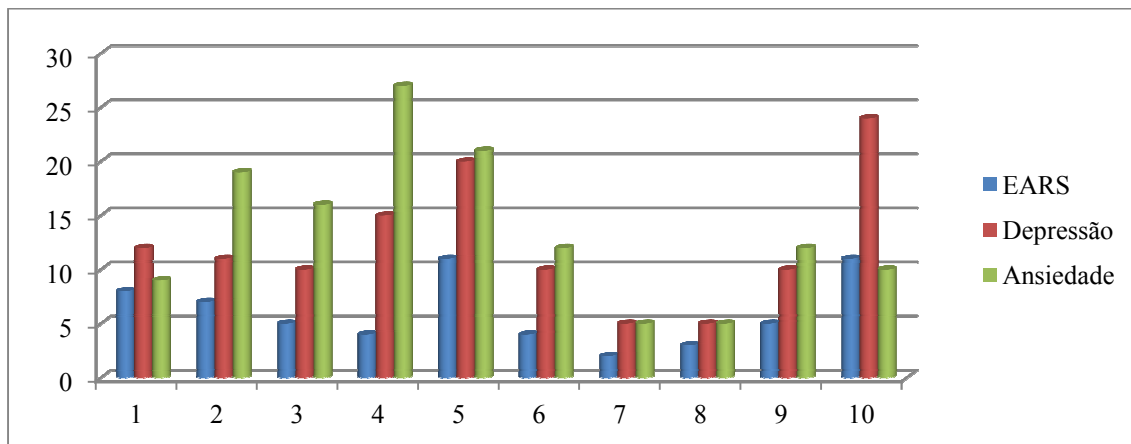


Gráfico V – Valores Finais - Relaxamento

A pesquisa concluiu que aquilo que os teóricos há décadas alertavam, ou seja, o relaxamento para a saúde dos indivíduos como tratamento, traz enormes e comprovados benefícios para a saúde.

Neste sentido, os profissionais de saúde desempenham um papel imprescindível na introdução destas técnicas junto dos utentes. Desta forma, as suas actuações passam por incentivar à prática de estilos de vida saudável, incluindo nos seus ensinosa necessidade da prática das técnicas de relaxamento, para atingir um bem-estar geral.

4. Competências Adquiridas

O termo competência pode ser definido como um conhecimento, skills, habilidade característica associada a uma performance no trabalho, demonstrada pela resolução de problemas, pensamento crítico e analítico, capacidade de liderança, podendo incluir, motivação, crenças e valores (Mirabile, 1997 citado por Fernandes, 2006).

Com os módulos de estágio e com toda a pesquisa efectuada de forma a que o enriquecimento a nível pessoal e profissional pudesse ser uma realidade, todo o conhecimento adquirido e habilidades adquiridas mostram-se de todo importantes para que a resposta a todas as dificuldades sentidas ao longo do percurso profissional sejam minimizadas, conseguindo para isso, uma resposta crítica de bom nível aumentando a autoconfiança e demonstrando um Saber-Fazer digno de um Enfermeiro Especialista.

De uma forma sucinta, apresentamos as competências adquiridas, muitas delas transversais a diferentes objectivos traçados, que atingimos ao longo deste processo de aprendizagem.

- ✚ Capacidades de intervenção na área específica da Psiquiatria Comunitária, no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, indo de encontro às novas directrizes governamentais com articulação dentro das diferentes instituições da Rede de Apoio Social;
- ✚ Capacidade de estabelecer relação terapêutica com utentes e famílias, nos diferentes contextos, utilizando-as no desenvolvimento construtivo do processo terapêutico;
- ✚ Autonomia no processo de desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, mobilizando e gerindo recursos humanos, técnicos e científicos disponíveis nesta área;
- ✚ Capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar, tomando decisões em grupo, utilizando conhecimentos de gestão de conflitos, liderança e factores motivacionais intervindo nas mais diversas necessidades do utente, mobilizando os recursos disponíveis e explorando novas formas de proporcionar capacidade ao utente para superar essas necessidades;
- ✚ Capacidade para avaliar, compreender e intervir em reais necessidades do utente, explorando factores precipitantes e promotores das mesmas, numa visão integral

- deste integrados numa comunidade com planeamentos de Programas Individuais de Reabilitação, promovendo a autonomia do utente e cuidadores;
- ✚ Competências para planear e efectuar psicoeducação adaptada às capacidades e necessidades dos utentes/cuidadores, em diversos contextos, promovendo a motivação e alteração de comportamentos;
 - ✚ Capacidades de prescrição de psicoterapias e técnicas de intervenção da área da Saúde Mental com objectivos terapêuticos, baseadas em diagnósticos de enfermagem detectados, promovendo o processo terapêutico e a estimulação de capacidades do utente;
 - ✚ Capacidades para fomentar a evolução de competências de outros profissionais e integrar organização de eventos e estudos científicos, mobilizando conhecimentos e recursos humanos/ físicos;
 - ✚ Competências para intervir na informação e promoção da Saúde Mental e diminuição do estigma, programando intervenções dirigidas e globais, adaptadas às necessidades de cada contexto (família, utente, comunidade);
 - ✚ Conhecimentos de comunicação terapêutica/ assertiva e habilidades para a sua aplicabilidade (avaliação, orientação, apoio, interpretação, exploração e compreensão) adaptada a diversas situações e contextos, com o utente, família e equipa terapêutica;
 - ✚ Capacidades de planear abordagens na área de saúde mental focalizadas na família, integrando os cuidadores como parceiros no planeamento e implementação dos planos de cuidados;
 - ✚ Capacidade de interligação de conhecimentos legais, científicos e éticos, mobilizando-os para a prática clínica em ESMP com capacidade de tomada de decisão em situações críticas, fundamentada pela mobilização de conhecimentos na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria;
 - ✚ Capacidade de aprendizagem, abertura à mudança, flexibilidade, sentido de qualidade/excelência, gestão de conhecimentos e de informação;
 - ✚ Domínio de classificações de informação de enfermagem (CIPE), intervenções de ESMP e avaliação de resultados, conhecendo os campos de acção do enfermeiro especialista na equipa de saúde.

5. Conclusão

Ao terminar esta reflexão e auto-avaliação sobre o percurso desenvolvido durante o Estágio de Especialização nos diferentes módulos, podemos dizer que contribuiu positivamente para a formação. Isto porque, decorrente da confiança que transmitimos e que nos foi confinada pelos vários elementos da equipe por onde passamos, adquirimos autonomia para desenvolver as competências diferenciadas, numa perspectiva de “auto-aprendizagem” centrada numa atitude reflexiva e crítica face aos obstáculos e dificuldades encontradas.

Após uma análise crítica do caminho percorrido, podemos concluir que os objectivos gerais propostos pelo grupo de docentes para este Estágio, bem como as experiências mínimas exigidas foram atingidos, tendo desenvolvido as competências necessárias para um bom desempenho enquanto futuros Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria. Para tal, contribuiu a integração na prática dos saberes científicos, técnicos e relacionais adquiridos, a troca de experiências, a reflexão sobre a acção, a actuação segundo um referencial metodológico como elemento integrante da equipa de Saúde e o facto de termos regido o nosso desempenho de acordo com os fundamentos da profissão de enfermagem, nomeadamente a competência, responsabilidade, assiduidade, pontualidade, qualidade, ética e deontologia, perspectivando uma maior satisfação dos utentes. Da mesma forma os objectivos traçados para este relatório foram totalmente atingidos tornando-se um documento que proporcionou um enriquecimento quer a nível pessoal quer a nível profissional.

Ao finalizar mais esta etapa da nossa formação não podemos deixar de relembrar a enriquecedora participação e contribuição de todos aqueles sem os quais este Estágio não teria sido superado com êxito, nomeadamente das Professoras, dos Enfermeiros orientadores, bem como de todos os restantes profissionais com que tivemos o privilégio de contactar, pela forma como nos souberam orientar e pelas oportunidades de aprendizagem que proporcionaram.

Foram algumas as dificuldades sentidas. Traduzir ao longo deste relatório todos os momentos de aprendizagem, reflexão e investimento que caracterizaram este período é tarefa árdua. Contudo, de uma forma sucinta e objectiva conseguimos traduzir amplamente o nosso percurso ao longo do estágio, dando resposta aos objectivos

preconizados por este trabalho, demonstrando as competências adquiridas que certamente vão muito além das que conseguimos descrever.

Acreditamos piamente que na enfermagem há muito mais a fazer do que todo o processo de preparação e administração de medicação, podemos e devemos olhar para a profissão de forma capaz e da mesma forma olhar para o utente que recorre, voluntariamente, ou involuntariamente, aos cuidados de enfermagem. Todos precisam de ajuda, sendo ela de forma formal ou não, mas estão lá sempre receptivos a uma palavra, a um gesto amável a uma atitude de empatia, de colaboração, é nisto que podemos marcar a diferença.

Esperamos continuar a poder contar com a disponibilidade, cooperação, apoio e dedicação de todos aqueles que cruzarem o nosso caminho para juntos promovermos a melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, contribuirmos para uma maior Satisfação dos nossos utentes e produzirmos Ganhos em Saúde sensíveis aos Cuidados de Enfermagem.

É com grande satisfação que se conclui este relatório, deixando totalmente transparente que com trabalho tudo se alcança, no entanto sem o apoio dos demais profissionais nada seria possível. Acreditamos que muito há a fazer, mas mais uma etapa está concluída, com o sentimento de realização profissional, de realização pessoal, de realização por proporcionar melhorias a curto, médio e longo prazo com todos aqueles com quem contactamos. Realçamos a imensa aprendizagem que adquirimos ao longo de todo esta etapa, mantemos total receptividade a outros mais desafios.

Contudo, pensamos que tudo isto é um início... A nossa caminhada na Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria deverá assentar definitivamente na aliança equilibrada entre o conhecimento e a prática científica e académica e a reflexão.

Bibliografia

- ✚ ABDELMALEK, A.; GÉRARD, J. L. – *Ciências humanas e cuidados de saúde*, Manual para profissionais de saúde. Lisboa: Instituto Piaget (1995);
- ✚ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – *DSM-IV Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.*, 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores (1996);
- ✚ BARBIER, René - *A Pesquisa-Ação*. v. 3, n.3. Brasília: Líber Livro (2004);
- ✚ BRENNAN, Richard – *Manual da Técnica de Alexander* - 1ª Edição, Lisboa, Editorial Estampa (1997);
- ✚ BULECHEK, Gloria M.; MACLOSKEY, Joanne C – *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora (2004);
- ✚ COLLIÈRE, Marie Françoise - *Promover a vida* - trad. Maria Leonor Braga Abecassis. 5a tir. Lisboa, Lidel (2002);
- ✚ COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS - *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas (2005);
- ✚ Conferência Episcopal Portuguesa - *Carta Pastoral A Família*, esperança da Igreja e do mundo, n° 24 (2004);
- ✚ DECRETO-LEI n.º 47/08. D.R. I Série. N° 47 (08-03-06), p. 1405;
- ✚ DECRETO-LEI n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, artigo 4;
- ✚ DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde (2004);
- ✚ DOCHTERMAN, J. M. & BULECHEK, G. M. - *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* - 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, Natalia Rodrigues Pontes Lemos - Aline da Costa Marins (2008);
- ✚ ERMIDA, J. G. — *O idoso: problemas e realidades* - Coimbra : Formasau, (Formação e Saúde), (1999);
- ✚ FERNANDES L. - *O Idoso e a Família*. 1º Encontro Luso-Francês de Psiquiatria; Porto, Portugal (1997);
- ✚ FERNANDES, O. - *Entre a teoria e a experiência: desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência (2006);

- ✚ FERNANDES, Purificação - *A depressão no Idoso*, 2.^a Edição, Coimbra, Quarteto Editora (2002);
- ✚ FONSECA, F – *Psiquiatria e psicopatologia Vol II* - Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian (1988);
- ✚ FORTIN, M. F. - *O processo de investigação – da concepção à realização*. Lusociência, Loures (2003);
- ✚ FREITAS E. - *O Suicídio em Portugal no Século XX: Elementos Empíricos para uma Pesquisa*, Finisterra XVII (1982);
- ✚ GILLIÉRON – *Manual de psicoterapias breves* - Climerpsi editores, Dunod Paris (1988);
- ✚ GUERREIRO M.; SILVA, A.P.; BOTELHO, M.A. et al. - *Adaptação à População Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE)*. Revista Portuguesa de Neurologia, 1, 9 (1994);
- ✚ HAYWARD, Sheila– *Técnicas de Relaxamento* - 1^a Edição, Lisboa, Editorial Estampa (2003);
- ✚ HIRSCHFELD R. & DAVISON, L. – *Risk factors for suicide*. - In A. J. Frances & R. Hales (eds), review of psychiatry (Vol. 7). Washington, D. C. American Psychiatric Press (1988);
- ✚ ICN – INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP), Versão Beta 2*. Geneva: IGIF/APE (2003);
- ✚ PORTUGAL. INE — *Dia Internacional do Idoso: Destaque*. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística (2005);
- ✚ KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João; SCHMITT, Ricardo; CHACHAMOVICH, Eduardo - *Emergências psiquiátricas*. Porto Alegre: Artes Médicas (2001);
- ✚ KAPLAN H, SADOCK BJ & GREBB J - *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry* - 7th Ed. Baltimore: Williams & Wilkins (1995);
- ✚ KAPLAN, H; Sadock e Grebb – *Compendio de Psiquiatria*, Artmed (1997);
- ✚ KUTCHER, Stan; CHEHIL, Sonia - *Gestão de risco de suicídio, um manual para profissionais de saúde* -p67, Lisboa (2005);
- ✚ LAWTON, M. P., BRODY, E — *Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *The Gerontologist*. 9 : 3 (1969);

- ✚ LEIBOLD, Gerhard – *O Livro da Medicina Natural* - Lisboa, Editorial Presença (1978);
- ✚ Lei de Saúde Mental 36/98 de 24 de Julho;
- ✚ Lei n.º 111/2009, «D.R. I Série». 180 (2009-09-16) 6528-6550;
- ✚ LICHSTEIN, K. L. – *Clinical Relaxation Strategies* – Nueva York, Willey (1988);
- ✚ LITTLEJOHN, S. W. - *Fundamentos teóricos da comunicação humana*. Trad. Álvaro Cabral. Riode Janeiro: Zahar (1978);
- ✚ MAHONEY, F. I., BARTHEL, D. W. — *Functional evaluation: the Barthel Index*. *Maryland State Medical Journal*. 14 (1965);
- ✚ MALKANI, Vikas – *Tudo o que sempre quis saber sobre Relaxamento* - 1ª Edição, S. Paulo, Editora Paulus (2004);
- ✚ MARIS, R. – *Overview of the Study of Suicide Assessment and Prediction*. In *Assessment and Prediction of Suicide*, Maris, Bergman, Maltzberger & Yufit (Eds.), The Guildford Press, New York, London, 3-22 (1992);
- ✚ MARKTEST, Grupo - *Os idosos em Portugal*, Fonebus (2007);
- ✚ Ministério da SAUDE, Portugal. Direcção-Geral da Saúde – *Plano Nacional de Saúde 2004/2010 volume II- Orientações Estratégicas*. Lisboa: DGS (2004);
- ✚ MCDOWELL, I., & NEWELL, C. - *Measuring Health: A guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press (1996);
- ✚ MURRAY, C.J.L and LOPEZ, A.D., World Health Organization - *The Global Burden Of Disease* - Table 5.4 (1996);
- ✚ NUNES, M. O. - *Uma Abordagem Sobre a Relação de Ajuda*. In *A Pessoa Como Centro – Revista de Estudos Rogerianos (Nº 3)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e Counselling (1999);
- ✚ NUNES P, BUENO JR e NARDI AE - *Psiquiatria e Saúde Mental*. São Paulo: Editora Atheneu (1996);
- ✚ ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* (1996);

- ✚ ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem*. Fundamentos e Proposta do Sistema (2001);
- ✚ ORDEM DOS ENFERMEIROS– *Padrões de Qualidade*, Revista da Ordem dos Enfermeiros, n.º2 (2001);

- # ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Investigação em enfermagem, tomada de posição* (2006);
- # ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Modelo Organizacional da Unidade de Cuidados na Comunidade* (2008);
- # ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Directrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed (1993);
- # ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - *Relatório Sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Genève: OMS (2001);
- # PATRÍCIO, Luís - *Os profissionais de Saúde e a Droga*. Lisboa: Coleção Projecto Vida nº 6 (1991);
- # PAYNE, Rosemary – *Técnicas de Relaxacion, Guia P´ratico* . 3ª edição, Editorial Paidotribo (2002);
- # PAYNE, R. A.; DONAGHY, M; BELLAMY, S. – *Técnicas de Relaxamento* - 2ª Edição, Loures, Lusociência (2000);
- # PHANEUF, M. – *Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira*. Coimbra: Cuidar (1995);
- # PIMENTEL, Luísa Maia Gaspar– *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto (2001);
- # REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. — *Fisioterapia geriátrica : a prática da assistência ao idoso*. Brasil: Manole (2004);
- # REPE, *Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem - Ordem dos Enfermeiros* (1999);
- # RIBEIRO, J. L. P. — *Introdução à psicologia da saúde* - Coimbra : Quarteto Editora (2005);
- # ROGERS, C. R. – *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores (1984);
- # Santos, J. C. – *Suicídio e Autópsia Psicológica – Estudo Compreensivo e Redefinição das Estratégias de Categorização das Mortes Auto-infligidas*. Dissertação de Doutoramento em Medicina Legal. Faculdade de Medicina de Lisboa (1998);
- # SARAIVA CB - *Estudos sobre o para-suicídio – o que leva os jovens a espreitar a morte* -Coimbra (2006);

- ✚ SEQUEIRA, Carlos - *Cuidar de Idosos Dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto Editora (2007);
- ✚ SEQUEIRA, Carlos - *Introdução à Prática Clínica: do diagnóstico à Intervenção em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora (2006);
- ✚ SILVA, M. J. P. - *A Enfermagem frente a necessidade de percepção do paciente*. Rev. Paul. Enfermagem, v.9, n. 3 (1990);
- ✚ STUART, G.W, LARAIA, M.T. – *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*, 6º Edição, Porto Alegre: Artmed (1998);
- ✚ TABORDA JGV, PRADO-LIMA P e BUSNELLO - *Rotinas em Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas (1995);
- ✚ TEIXEIRA, J. – *Reabilitação: um encontro cujo horizonte é a existência*. Integrar. Lisboa. N.º 5 (1994);
- ✚ TITLEBAUM HM. - *Relaxation. Holistic Nurs Pract* 2(3):17-25 (1998);
- ✚ VERAS, R A. – *A frugalidade necessária: modelos mais contemporâneos*. Cad. Saúde Pública (2004);
- ✚ VERISSIMO, M. T. - *Avaliação Diagnóstica dos Síndromes Demenciais – escala de depressão geriátrica*. Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto (1988);
- ✚ WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Relatório Mundial de Saúde* (2008);
- ✚ WHO — *Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion* , Department Ageing and Life Course — Active ageing : a policy framework. Geneva: World Health Organization (2002).

ANEXOS

ANEXO I

Projecto de Estágio



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

Projecto de Estágio

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Aluno: Pedro Raul Silva

Sob orientação da:

Prof. Emília Preciosa Carvalho

Porto, Maio de 2010

SIGLAS

CHMA – Centro Hospitalar Médio Ave

ESMP – Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

MESMP – Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ABREVIATURAS

Enf.^a - Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

Prof. - Professor

Sr.^a - Senhora

Sr. - Senhor

*“Planejar significa que você sabe onde vai...
e é necessário para determinar como lá chegar.”*

Kron

Índice

1. INTRODUÇÃO	5
2. CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO.....	7
3. FUNDAMENTAÇÃO DOS OBJECTIVOS E ACTIVIDADES A DESENVOLVER.....	8
3.1. Concepção e Gestão de Cuidados, Planeamento e Assessoria	9
3.2. Formação.....	10
3.3. Supervisão e Prestação de Cuidados.....	11
3.4. Investigação.....	14
4. CONCLUSÃO	16
BIBLIOGRAFIA.....	17
SITIOGRAFIA.....	17

I. Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio inserido no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no ano 2009-2010 foi elaborado o presente projecto de estágio.

Segundo Fernandes, citando Barbier, este encara o projecto não como uma “*simple representação do futuro, do amanhã, do possível, dum «ideia»; é o futuro a «fazer», um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em acto*” (1999, p.234), e é neste propósito que me debruço, numa ideia de seguir todos os passos a que um projecto está inerente, sendo elas a fase da concepção; a fase do planeamento; a fase da execução e por fim a fase da conclusão.

Sendo este Relatório inserido no âmbito de uma Especialização em Enfermagem parece-me pertinente referir a integração e a interacção do enfermeiro na prática, sendo esta prática no final desta especialização de maior valor, com maior adequação de cuidados e tendo por base um entendimento profundo sobre respostas humanas das pessoas aos processos de vida e aos problemas de saúde tendo uma visão abrangente das necessidades da pessoa, baseando para isso numa aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais na área da especialização, neste caso, na área de Saúde Mental e Psiquiátrica. Todas as definições encontram-se devidamente decretadas pelo Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, em que decreta o Conteúdo Funcional da Carreira do Enfermeiro Especialista.

De acordo com o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, foi proposto a realização de um projecto de estágio que decorrerá nos 2º e 3º semestres, no período compreendido de 19 de Abril de 2010 a 29 de Novembro de 2010, sob a orientação da Professora Emília Preciosa.

A realização deste projecto visa atingir os seguintes objectivos:

- Enumerar os objectivos a que me proponho atingir;
- Reflectir sobre a metodologia a adoptar para atingir os objectivos propostos;
- Planear actividades a desenvolver;
- Orientar as actividades planeadas;

Sendo que a aprendizagem é um processo contínuo, dentro de uma aquisição progressiva de competências no caminho para a obtenção do Saber-Saber, Saber-Fazer e Saber-Ser, este projecto de estágio orienta o processo de aprendizagem, mas será reformulado ao longo do estágio com objectivos mais específicos atendendo à realidade de cada contexto de estágio.

Fazem parte deste projecto de estágio: a presente introdução; uma breve caracterização dos estágios; os objectivos gerais seguindo-se os objectivos específicos; actividades a desenvolver para atingir os objectivos específicos e inerentemente os objectivos gerais; indicadores e, por fim, seguir-se-á uma conclusão.

2. Caracterização do Estágio

Atendendo ao cumprimento do plano de estudos do Curso Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP) os estágios pretendem ser um campo de experiências onde se vivem, simultaneamente, crenças e valores enraizados no essencial da disciplina, a aplicação de conhecimentos, assim como o exercício de um juízo crítico que conduzem a uma intervenção reflectida.

Foi definido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP) que os estágios seriam divididos em 3 módulos a que correspondem um total de 750 horas dos quais 540 horas são de contacto com a prática e 210 horas de trabalho individual.

Para a consecução dos estágios, estes serão efectuados em instituições que, após contacto pela UCP aceitaram os campos de estágio e são supervisionados pela Prof. Emília Preciosa com uma orientação na prática de Enfermeiros Especialistas com experiencia na área de ESMP.

Caracterizando cada módulo:

Módulo I será realizado no período compreendido de 06/10/2010 a 28/11/2010 na Casa de Saúde de Nogueiró no pólo São João de Deus – Braga sob a orientação do Sr. Enfermeiro Bruno Santos, onde é proposto um desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos.

Módulo II realizado no período compreendido de 19/04/2010 a 18/06/2010 no ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) – Vila Nova de Famalicão, Extensão Urbana sob a orientação da Sr.^a Enfermeira Maria Lurdes Silva, onde é proposto a promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção da doença mental na comunidade e Centros de Saúde.

Módulo III sendo um módulo opcional foi creditado após apresentação de um relatório (anexo II) onde explano a minha actividade profissional em que me conferiu competências, conhecimento e habilidades adquiridas na prestação de cuidados a doentes da área de saúde mental no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Médio Ave – Unidade de Famalicão.

Citando Marie-Françoise Collière “os conhecimentos não podem ser utilizáveis e constituir fontes de desenvolvimento se não forem o ponto de encontro da experiência vivida (...)”, ora é nesta premissa que os estágios se encontram, a experiencia prática numa relação com todo o conhecimento teórico apreendido.

3. Fundamentação dos Objectivos e Actividades a Desenvolver

No seguimento dos estágios referidos no capítulo anterior cabe-me agora definir actividades a desenvolver de acordo com os objectivos, quer gerais quer específicos, delineados pela coordenação do Curso MESMP.

Optei por apresentar actividades para o cumprimento dos objectivos sem fazer uma diferenciação e direcção para os módulos onde serão mais adequados o seu atingimento pelo facto de serem locais de estágios em que não conheço qual a prática que lá se efectua, guardarei essa distribuição para uma posterior reformulação e adequação das actividades pelos locais de estágio.

Objectivos Gerais:

- Aplicar conhecimentos, capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP);
- Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, artigo 4.

Assentando neste conceito o enfermeiro especialista deve, então, ser reconhecido como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular e detentor de outras competências diferenciadas ao nível da concepção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação.

O delineamento das intervenções, para atingir os objectivos específicos, serão detalhadamente separadas tendo em conta as áreas de intervenção e competências do enfermeiro.

3.1. Concepção e Gestão de Cuidados, Planeamento e Assessoria

- ✓ Colaborar na gestão dos cuidados na área da ESMP;
- ✓ Identificar as necessidades formativas na área da ESMP;

Actividades planeadas:

- ✓ Identificação de procedimentos associados à gestão do serviço;
- ✓ Participação na gestão de informação;
- ✓ Gerir os cuidados prestados através da implementação do processo de enfermagem;
- ✓ Conversas informais com o Enfermeiro chefe ou Enfermeiro responsável pela formação em serviço com a finalidade de conhecer necessidades de formação;
- ✓ Observação dos processos de gestão corrente do serviço relativamente à gestão de stocks, materiais, e medicação.

Indicadores de avaliação:

- Realização de actividades directamente relacionadas com a gestão dos cuidados;
- Número de necessidades formativas e problemas identificados.

3.2. Formação

- ✓ Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- ✓ Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- ✓ Exercer supervisão do exercício profissional na área de ESMP;
- ✓ Promover a formação em serviço na área de ESMP.

Actividades planeadas:

- ✓ Consulta de normas, protocolos e projectos do serviço;
- ✓ Conhecer as necessidades de Formação sentidas pela equipa de enfermagem do serviço;
- ✓ Participação activa no “Projecto Homem”;
- ✓ Participação activa na consulta “Cessação Tabágica”;
- ✓ Participação activa na consulta “Entrada Livre”;
- ✓ Participação activa no projecto “AAA”;
- ✓ Participação activa em consultas e visitas escolares;
- ✓ Consulta dos procedimentos sobre o programa “PRESSE” e “PELT”;
- ✓ Planeamento, de acordo com as necessidades do serviço, a apresentação de um tema de interesse relevante para a equipa de enfermagem, num contexto de formação em serviço;
- ✓ Reflectir sobre o estágio como sendo também um processo de integração e identificar dificuldades a colmatar no futuro;
- ✓ Observação crítica da prática dos cuidados prestados;

Indicadores de avaliação:

- Índices de participação em acções de formação;
- Índices de participação nas consultas de enfermagem;
- Identificação de necessidades de formação do serviço;
- Satisfação dos formandos utilizando grelhas de avaliação.

3.3. Supervisão e Prestação de Cuidados

- ✓ Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada;
- ✓ Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da ESMP;
- ✓ Reflectir na e sobre a prática, de forma crítica;
- ✓ Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas;
- ✓ Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Actividades planeadas:

- ✓ Pesquisa bibliografia científica e adequada;
- ✓ Elaboração de um portfolio de actividades desenvolvidas durante a prática clínica;
- ✓ Exercer uma prática de enfermagem baseada na evidência;
- ✓ Reconhecer os meus limites e os limites da minha área de actuação;
- ✓ Fazer a articulação entre a Enfermagem e o demais profissionais da área da saúde;
- ✓ Actuar de acordo com a ética e deontologia profissional com envolvimento da pessoa doente;
- ✓ Agir tendo em vista ganhos em saúde para a pessoa doente e família.

Indicadores de avaliação:

- Índices de aplicação na prestação de cuidados, de resultados de investigação efectuada;
- Realização do portfolio como reflexão das actividades desenvolvidas durante a prática clínica;
- Técnicas de escuta activa, relação de ajuda e entrevistas.

- ✓ Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- ✓ Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- ✓ Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparo;
- ✓ Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da ESMP;
- ✓ Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- ✓ Zelar pelos cuidados prestados na área de ESMP.

Actividades planeadas:

- ✓ Utilizar linguagem técnica, científica, clara e rigorosa;
- ✓ Promover a construção continua de um “eu” profissional cada vez mais digno e completo;
- ✓ Utilização da linguagem CIPE, para documentar a assistência de enfermagem realizada;
- ✓ Estabelecimento de uma comunicação eficaz com a Família e /ou pessoa significativa;
- ✓ Seleccionar e organizar a informação a registar por escrito de um modo preciso e claro de modo a garantir e orientar a continuidade dos cuidados sempre que se justifique;
- ✓ Utilização de comunicação adequada com a equipa multidisciplinar;
- ✓ Partilha de experiências profissionais;
- ✓ Realização de Acções de Educação para a Saúde informais;
- ✓ Elaboração de planos de cuidados de acordo com a CIPE para cada doente/família;
- ✓ Preenchimento da avaliação inicial adequada e completa aquando da admissão de um doente da área de saúde mental e psiquiátrica;
- ✓ Interagir contínua e sistematicamente com o Enfermeiro tutor, reflectindo a prática de cada dia de estágio;
- ✓ Avaliação dos resultados dos cuidados prestados numa perspectiva da continuidade dos mesmos;

- ✓ Promover a participação da família ou pessoas significativas e que possam funcionar como agentes participantes no processo de prevenção da doença e promoção da saúde sempre que não traga riscos para a estabilidade do doente;
- ✓ Observação dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde na área ESMP;
- ✓ Acompanhamento do circuito do doente psiquiátrico.

Indicadores de avaliação:

- Estabelecimento de comunicação eficaz com doente e família;
- Desenvolvimento de um trabalho eficaz em conjunto com a equipa multidisciplinar;
- Índice de admissões;
- Índice de altas;
- Índice de educações de saúde informais.

- ✓ Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da ESMP;
- ✓ Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
- ✓ Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da ESMP;
- ✓ Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da ESMP.

Actividades planeadas:

- ✓ Utilização de instrumentos de avaliação a definir no decorrer do estágio;
- ✓ Realização de Acções de Educação para a Saúde, em diferentes contextos, ao doente e sua família e de acordo com as suas necessidades;
- ✓ Realização Acções de Educação para a Saúde formais e informais;
- ✓ Apoiar nos processos de transição de pessoa ao longo do ciclo vital;
- ✓ Estar atento às mudanças do estado e acção do doente de saúde mental;
- ✓ Perceber situações consideradas de risco e com necessidade de intervenção de enfermagem;
- ✓ Conhecimento dos recursos da comunidade para apoio a situações de risco e a doentes de risco;
- ✓ Colaboração com a equipa multidisciplinar em casos complexos durante o percurso dos estágios;

- ✓ Detecção precoce e encaminhamento de situações de risco e disfunção familiar;
- ✓ Acompanhar o enfermeiro responsável na visita domiciliária a famílias e doentes considerados de risco;
- ✓ Respeito pelo sigilo de informação;
- ✓ Respeito pelos valores e a autonomia do doente ou pessoa significativa;
- ✓ Demonstrar conduta isenta de juízos de valor;
- ✓ Partilha de experiências na e da equipa multidisciplinar.

Indicadores de avaliação:

- Demonstrar capacidade de resolução de problemas, de forma criativa;
- Índices de situações de risco;
- Avaliação do estado percentual da população em risco com correlação com a população geral;
- Espírito crítico nos resultados obtidos
- Número de situações de aplicação de escalas de avaliação.

3.4. Investigação

- ✓ Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- ✓ Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- ✓ Participar e promover a investigação em serviço na área da ESMP.

Actividades planeadas:

- ✓ Participação em projectos do serviço e colaborar no seu desenvolvimento;
- ✓ Fazer pesquisa bibliográfica sempre que surjam dúvidas em determinados temas da prática clínica;
- ✓ Conhecer activamente o trabalho de um Enfermeiro Especialista em ESMP;
- ✓ Participação em Visitas Domiciliárias a doentes do foro de saúde mental;
- ✓ Identificação dos doentes em consulta de enfermagem nos cuidados primários e relacionar os mesmos com recorrências ao serviço de urgência;

- ✓ Identificação de doentes idosos pertencentes ao Agrupamento de Famalicão que tenham sinais de alerta relativamente a alterações na conduta comportamental\demência;
- ✓ Colaboração com todos os profissionais de enfermagem para o levantamento das situações de alerta de idosos;
- ✓ Criação de uma brochura de sinais de alerta e conselhos de actuação ao idoso\família;
- ✓ Implementação de um projecto de cuidados de enfermagem ao idoso\família em risco;
- ✓ Realização de estudo de riscos de suicídio no serviço de internamento;
- ✓ Identificação de casos susceptíveis de maior risco de suicídio.

Indicadores de avaliação:

- Índices de visitação domiciliária;
- Índices de idosos identificados;
- Pertinência de brochura criada;
- Índices de riscos de suicídio.

4. Conclusão

A elaboração deste projecto permitiu-me referir os objectivos gerais e específicos que pretendo atingir até ao final do estágio e definir as actividades que pretendo desenvolver.

Para a sua definição tive em conta não só as minhas expectativas para este estágio mas também as reais potencialidades dos locais de estágio. Esteve sempre presente a noção de que, no contacto futuro com a realidade dos locais de estágio, alguns dos seus conteúdos poderão sofrer algumas alterações, pois trata-se de um projecto dinâmico e possível de alteração, realçando que este planeamento é flexível, podendo por isso existir modificações que vão depender das oportunidades, constrangimentos e dificuldades que ao longo do tempo forem surgindo, de realçar que a reformulação das actividades e objectivos prendem-se no facto de desconhecer os locais de estágios, logo, poderá ocorrer alguma discrepância no que respeita ao atingir, ou não, os objectivos bem como as actividades planeadas.

No final de cada módulo de estágio proponho-me à realização de uma reflexão crítica das actividades desenvolvidas que servirá de referência para avaliação por parte da Sr.^a Enf. Orientadora e do respectivo Enf. Tutor. Para finalizar esta etapa de formação apresentarei no final do estágio um relatório sumário de actividades/portfólio que permitirá uma análise crítica das actuações.

Apesar de uma motivação elevada com os campos de estágios e todos as suas potencialidades estou algo apreensivo pois trata-se de uma realidade profissional nova, no entanto, irá constituir um desafio pessoal e profissional.

Estou motivado para a concretização deste projecto, esperando obter a maior satisfação possível destes estágios, levando a cabo, da melhor maneira, todas as actividades de forma a dar cumprimento aos objectivos.

Tendo em conta os locais de estágio, julgo estarem reunidas as condições para a criação de dois momentos de estágio repletos de oportunidade de aprendizagem e crescimento profissional.

Bibliografia

FERNANDES, M. T. - Metodologia do projecto. "Servir". Lisboa, vol. 47, n.º.5 (Set.-Out.), 1999, p.233-236.

FERNANDES, O. - *Entre a teoria e a experiência: desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência, 2006.

FERNANDES, M. T. - *Metodologia do projecto*. "Servir". Lisboa, vol. 47, n.º.5 (Set.-Out.), 1999, p.233-236.

COLLIÉRE, M. F. - *Promover a Vida. s.l.:* Lidel, 2000.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro

Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, artigo 4.

Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro

Sitiografia

<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=44&view=highlights:Print&id=56&print=1>

<http://www.knoow.net>

ANEXO II

Caracterização da Casa de Saúde do Bom Jesus

1. Caracterização do Local de Estágio	3
1.1. A Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus	3
1.1.1. A Congregação no Mundo.....	3
1.1.2. A Congregação em Portugal.....	4
1.1.3. Missão Hospitaleira	6
1.2. Casa de Saúde do Bom Jesus.....	7
1.2.1. Missão.....	7
1.3. Unidade S. João de Deus	9
1.3.1. Estrutura Física	9
1.3.2. Recursos humanos	10
1.3. Algumas Regras Existentes	11

1. Caracterização do Local de Estágio

1.1. A Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

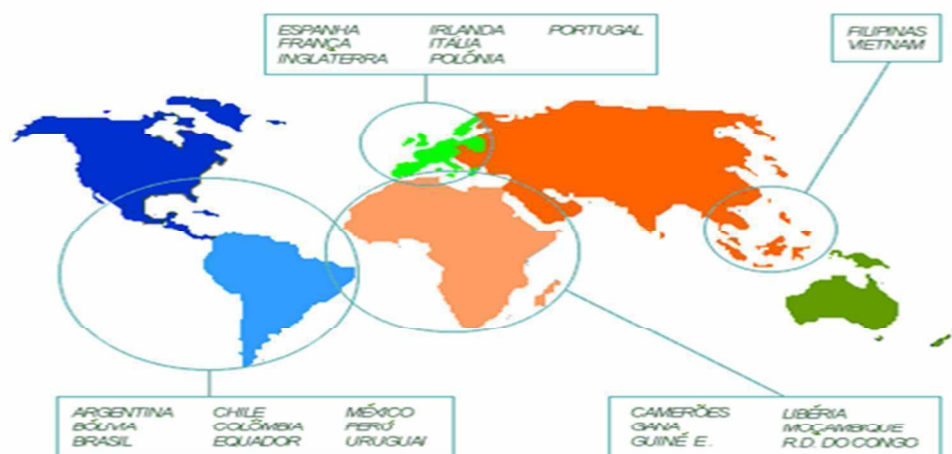
A Congregação de Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus foi fundada em 31 de Maio de 1881, em Ciempozuelos – Madrid (Espanha), sob o impulso de Bento Menni, Maria Josefa Récio e Maria Angústias Giménez.

A sua origem surgiu como resposta a uma situação de carência assistencial, abandono e exclusão social de pessoas com perturbações psíquicas, especialmente senhoras.

Os fundadores criaram uma instituição religiosa feminina vocacionada para uma assistência humana, técnica e espiritual. A amplitude do problema fez com que os primeiros tempos fossem particularmente difíceis. A falta de meios e de recursos económicos e assistenciais foi mitigada pela entrega gratuita das irmãs e numerosos colaboradores.

1.1.1. A Congregação no Mundo

Ao longo de mais de um século, a presença da Congregação no mundo tem vindo a expandir-se, encontrando-se hoje presente em 24 países de 4 continentes (Ásia, Europa, África e América)



A estrutura organizacional dos centros é a seguinte:

- Governo Geral (Roma)
- Províncias Canónicas em Espanha
 - Barcelona (Barcelona, Gerona e Saragoça)
 - Madrid (Ávila, Badajoz, Cáceres, Granada, Canárias, Madrid, Málaga, Tenerife, Valência e Guiné Equatorial)
 - Palencia (Corunha, Astúrias, Burgos, Cantábria, Leão, navarra, Palencia, Valladolid, Vizcaya e Polónia)
- Províncias Canónicas no resto da Europa
 - França (França, Camarões e República Democrática do Congo)
 - Inglaterra (Reino Unido, Gana e Libéria)
 - Itália (Itália e Filipinas)
 - Portugal (Portugal e Moçambique)
- Províncias e Vice-províncias na América Latina
 - Província da Colômbia (Colômbia, Equador, México e peru)
 - Vice-província da Argentina (Argentina, Bolívia, Chile e Uruguai)
 - Vice-província do Brasil
- Ásia (dependente do Governo Geral)
 - Índia
 - Vietname

1.1.2. A Congregação em Portugal

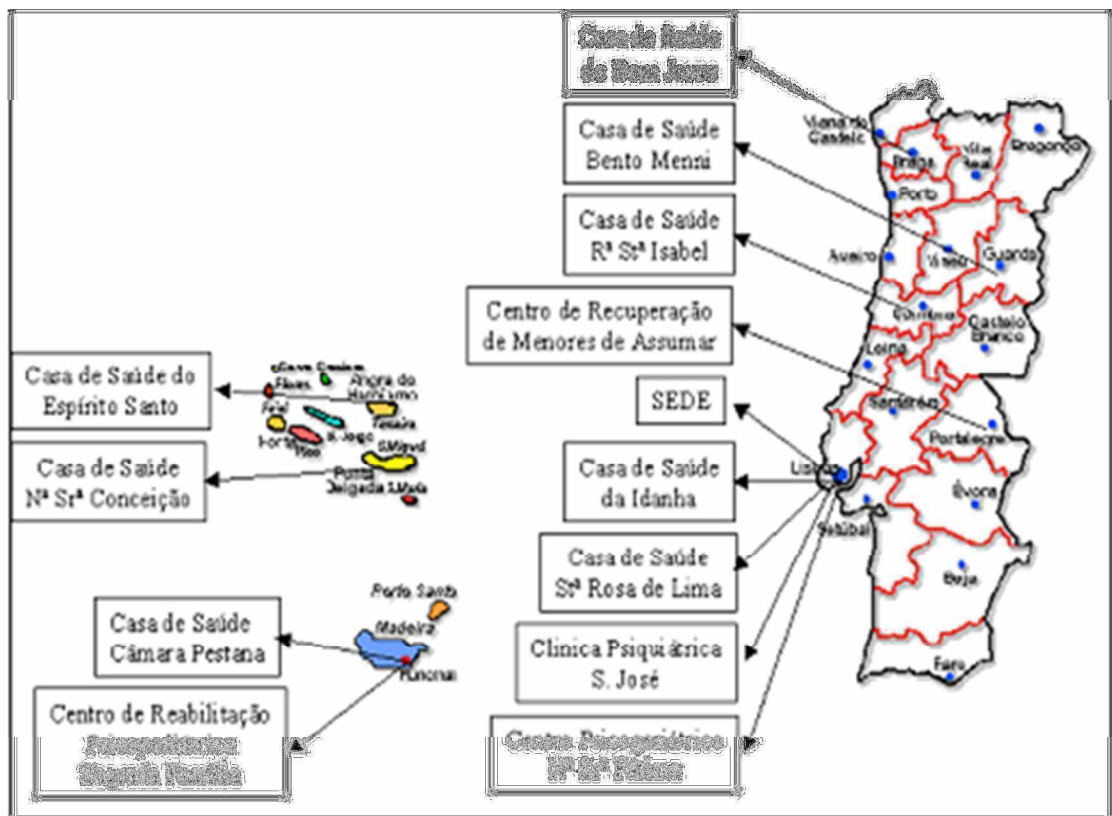
Em Portugal a Congregação está presente desde 1894, ano em que foi fundada a primeira Casa – Casa de Saúde da Idanha.

Realiza a sua missão em 12 estabelecimentos de saúde, dos quais 8 se situam no Continente e 4 nas Ilhas Autónomas, nomeadamente 2 na Madeira e 2 nos Açores, tendo um total de 2800 camas de internamento.

Os estabelecimentos de saúde da **Província de Portugal** são os seguintes:

- Portugal Continental
 - Casa de Saúde da Idanha (Belas)
 - Casa de Saúde Santa Rosa de Lima (Belas)

- Casa de Saúde do Bom Jesus (Braga)
- Clínica Psiquiátrica de S. José (Lisboa)
- Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima (Paredes)
- Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (Condeixa-a-Nova)
- Centro de Recuperação de Menores (Assumar)
- Casa de Saúde S. Bento Menni (Guarda)
- Região Autónoma da Madeira
 - Casa de Saúde Câmara Pestana (Funchal)
 - Centro de Reabilitação Psicopedagógica Sagrada Família (Funchal)
- Região Autónoma dos Açores
 - Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição (Ponta Delgada)
 - Casa de Saúde do Espírito Santo (Angra do Heroísmo)
- Centros em Moçambique
 - Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas (Maputo)
 - Infantário da Matola (Matola)



1.1.3. Missão Hospitaleira

Desde a sua fundação, a Congregação tem como um dos seus objectivos prioritários o de proporcionar às pessoas acolhidas nos seus estabelecimentos uma assistência e cuidados especializados de saúde integrais. A sua missão desenvolve-se através da oferta de serviços de saúde para pessoas com perturbações mentais, deficientes físicos e psíquicos e, ocasionalmente, pessoas com outras patologias.

O modelo assistencial preconizado pela instituição assenta numa concepção integral e dinâmica da pessoa, a qual é o centro da missão, e num conceito global de saúde que contempla e articula de forma adequada as dimensões bio-psico-sociais, espirituais, éticas e relacionais.

A promoção de projectos assistenciais integrais desde a prevenção à reabilitação e reinserção socioprofissional, o compromisso com a qualidade, a formação, a docência, a investigação são alguns aspectos fundamentais que suportam a cultura e o estilo hospitaleiro. A investigação e o progresso da ciência são assumidos como meios para garantir a qualidade dos serviços assistenciais.

A missão desenvolve-se através de uma adequada articulação entre a fidelidade ao objectivo fundacional da Instituição e os desafios que emergem na área da Saúde Mental e Psiquiatria, conciliando a aplicação dos avanços técnico-científicos com o critério da centralidade e dignidade incondicional da pessoa.

O Projecto Hospitaleiro concretiza-se num amplo conjunto de serviços que constituem a Obra Hospitaleira:

- Dispositivos de Assistência Psiquiátrica, adaptados às necessidades das pessoas e às novas técnicas da ciência médica psiquiátrica;
- Centros ou Serviços Psicopedagógicos, que utilizam meios e técnicas que possibilitam o máximo desenvolvimento das capacidades das pessoas deficientes;
- Centros ou Serviços Geriátricos e Psicogeriátricos, onde se oferece um acompanhamento e cuidado terapêuticos adequados à situação do idoso e às suas possibilidades de recuperação;
- Hospitais Gerais e estruturas extra-hospitales: ambulatórios, centros de saúde, entre outros, nos quais se atende todo o tipo de doenças;

- Resposta pontual a “situações de emergência” que se apresentam nos diferentes países onde está implantada a Obra Hospitaleira, especialmente no campo da Saúde Mental.

A Obra Hospitaleira distingue-se, não tanto pela quantidade de serviços que presta, particularmente em alguns países, mas pela qualidade dos mesmos, devido ao profundo sentido de solidariedade com a pessoa que sofre.

Constituem a Comunidade Hospitaleira:

- Os **Doentes**, como o centro e a razão de ser do Projecto e a sua “cura” o principal objectivo;
- Os **Familiares** que vivem com o doente a problemática da doença e fazem parte integrante do processo terapêutico;
- Os **Trabalhadores** dos centros, que contribuem com o seu saber e o seu trabalho para a recuperação dos doentes, partilhando a mesma cultura hospitaleira;
- Os **Voluntários**, os **Benfeitores** e **Amigos**, com o valor da gratuidade, do compromisso e da solidariedade para com os mais necessitados;
- As **Pessoas em formação** também dão o seu contributo ao Centro ao mesmo tempo que recebem dele, como lugar docente, conhecimentos teórico-práticos;
- As **Irmãs** que constituem o núcleo histórico carismático inspirador da Hospitalidade, sendo uma referência da Comunidade Hospitaleira.

1.2. Casa de Saúde do Bom Jesus

A Casa de Saúde do Bom Jesus foi fundada em 30 de Setembro de 1932, correspondendo à vinda do primeiro grupo de irmãs hospitaleiras.

O primeiro internamento ocorre em 6 de Dezembro de 1932. Desde aí foram construídas 6 unidades de internamento, equipando este hospital com um total de 385 camas (homens e mulheres).

1.2.1. Missão

A Casa de Saúde do Bom Jesus tem vindo a desenvolver a sua missão apostólica, em favor da pessoa com perturbação mental, em conformidade com o património espiritual e as próprias tradições da Congregação, na área da Psiquiatria e Saúde Mental, numa permanente abertura a outras necessidades humanas e sociais.

Este centro tem uma cobertura assistencial a doentes oriundos do Sistema Nacional de Saúde (SNS) do foro psiquiátrico do Distrito de Braga (enviados pelo Departamento de Psiquiatria do Hospital de S. Marcos), sendo alargada esta cobertura a todo o país, a doentes de outros subsistemas públicos, privados e utentes referenciados pelo Instituto da Droga e da Toxicoddependência (CAT).

Desenvolve a sua missão nas áreas:

- Psiquiatria
- Psicogeriatría
- Deficiência mental
- Toxicoddependência
- Alcoolismo
- Reabilitação/Integração Social

Possui dois tipos de **unidades assistenciais**, designadamente:

- Unidades de internamento
- Unidades de Reabilitação

Em sintonia com o carisma da Congregação, a **missão** deste centro Hospitaleiro é:

- Promover uma assistência integral – nas suas dimensões social, psicológica, cultural, ética, relacional e espiritual – a doentes psíquicos, idosos, deficientes, toxicoddependentes e outros, segundo as necessidades dos tempos e lugares, em especial os mais pobres.
- Defender a dignidade da pessoa assistida, respeitando e promovendo os seus direitos e deveres, articulando as várias fases – preventiva, curativa, reabilitadora e de reinserção social.

1.3. Unidade S. João de Deus

Fundada em 1960, a Unidade S. João de Deus, destina-se ao internamento de doentes do sexo feminino, do foro psiquiátrico, em fase aguda (curta duração). Sofreu obras de remodelação de espaços em 1998.

1.3.1. Estrutura Física

Rés-do-chão

- 2 Refeitórios
 - Um refeitório com capacidade para 50 doentes (10 mesas redondas, com 5 lugares cada)
 - Um refeitório com capacidade para 20 doentes (4 mesas redondas com 5 lugares cada), direccionada para as doentes mais idosas e doentes mais dependentes ou descompensadas
 - Nestes refeitórios são servidas as 3 principais refeições (pequeno-almoço, almoço e jantar)
- 3 Salas de estar
 - 1 Sala composta por 4 mesas redondas, equipada com TV e aparelhagem para DVD, destinada a actividades de ocupação
 - 1 Sala composta por sofás e equipada com aparelhagem áudio e TV, direccionada para o repouso
 - 1 Sala composta por sofás, 1 mesa redonda, equipada com aparelhagem áudio e TV, à qual se encontra anexada um WC, direccionada às doentes mais idosas e/ou mais dependentes, com acesso ao jardim interno da Unidade. Nesta sala também têm lugar actividades de ocupação
 - As duas primeiras salas também funcionam como sala para visitas de familiares e amigos
 - A última sala também funciona como local onde se serve o lanche
- 1 Gabinete que também funciona como sala de estar, quando necessário
- WC
- 1 Gabinete de enfermagem
- 1 Arrecadação
- 1 Copa e 1 Despensa anexada a esta
- Jardim anexo onde também existe um WC
- 1 Lavandaria

1º Andar

- 3 Gabinetes técnicos
- 1 Enfermaria para realização de ECT, com capacidade para 4 doentes
- 1 Arrecadação de apoio à enfermaria anterior
- 7 Quartos particulares (quartos n.ºs. 101, 102, 103, 104, 105, 108 e 109), com WC privativo (os quartos n.ºs. 105 e 109 possuem camas articuladas)
- 1 Quarto semi-privado (quarto n.º107), com capacidade para 2 doentes, equipado com WC privativo
- 1 Vestiário para pessoal de enfermagem, equipado com WC (quarto n.º106)
- 1 Enfermaria com capacidade para 3 doentes (quarto n.º110), com circuito de vigilância vídeo e camas articuladas
- 1 Enfermaria com 6 camas (quarto n.º112)
- 2 WC (1 duche e 1 Banheira)
- 1 Quarto de isolamento/observação (quarto n.º 111), com circuito de vigilância vídeo
- 1 Arrecadação
- 1 Sala de estar, equipada com TV (que também funciona como sala para visitas de familiares e amigos)

2º Andar

- 14 Quartos equipados com 3 ou 4 camas cada (quartos n.ºs. 201 a 214)
- 2 Quartos de isolamento (quartos n.ºs. 215 e 216), com circuito de vigilância vídeo
- 2 WC
- 1 Rouparia
- 1 Arrecadação, com acesso ao sótão

O acesso ao 1º e 2º andares pode ser efectuado através de escadas interiores ou de elevador.

1.3.2. Recursos humanos

No sentido de proporcionar ao doente uma assistência global de qualidade, personalizada e humanizada, a equipa da Unidade conta com pessoas de formação diversa, nomeadamente:

- Médicos
 - 6 Psiquiatras
 - 1 Neurologista
 - 1 Ginecologista
 - 1 Internista

- 1 Anestesista
- Enfermeiros
 - 1 Enfermeiro chefe
 - 10 Enfermeiros
- 8 Auxiliares de enfermagem diurnas
- 1 Auxiliar de enfermagem nocturna
- 3 Psicólogas
- 2 Assistentes sociais
- 1 Professor de ginástica
- 1 Técnica de Psicomotricidade
- 1 Terapeuta Ocupacional
- 1 Ocupadora
- 1 Nutricionista
- Irmãs religiosas (1 irmã com co-responsabilidade na gestão da Unidade)
- Noviças

1.3. Algumas Regras Existentes

Refeições

As refeições têm lugar no seguinte horário:

- Pequeno-almoço – 8.30h
- Almoço – 12.30h
- Jantar – 19h (as doentes mais dependentes/idosas jantam cerca das 18.15h)

Medicação

A medicação referente ao pequeno-almoço, almoço e jantar é administrada concomitantemente à refeição. A medicação referente ao deitar é administrada cerca das 21.30h na copa.

A medicação de clínica geral será economicamente suportada pela doente/família. Quando estiver em falta, é entregue receita à doente/familiar para que seja aviada e depois entregue ao enfermeiro de serviço.

Período de sono e repouso

Cerca das 7.30h as auxiliares de enfermagem responsabilizam-se pelo despertar das doentes. É permitido um período de descanso, após o almoço (das 13h às 15h). Após o jantar, as doentes têm acesso aos quartos, podendo proceder ao deitar. A hora limite para o deitar é às 23h. O acesso aos quartos pode ser permitido fora destes horários, devidamente autorizado pelo enfermeiro de serviço, quando a situação clínica da doente assim o justifique.

Visitas

Horário:

- Dias úteis excepto 2ª e 5ª: 15.30h - 16.30h
- Fim-de-semana e feriados: 11h – 12h e 15.30h– 16.30h

Telefonemas

As informações telefónicas a familiares, verificam-se das 11h-12h e 16.30h-17.30h, e são prestadas pelo enfermeiro de serviço.

São permitidas chamadas telefónicas, do exterior, para as doentes no seguinte horário: 11h-12h e 16.30h-17.30h, salvo indicação médica em contrário.

É permitido o uso da cabine telefónica das 9.30h até às 21h.

Encontra-se interdito o uso de telemóvel durante o internamento.

Tabaco

Apenas é permitido fumar em locais próprios (jardim, galerias e corredor à entrada da unidade, específico para o efeito.

Até à hora de deitar é efectuada, pelo enfermeiro de serviço, a recolha e registo da entrega do tabaco e isqueiro.

ANEXO III

Relatório de Creditação do Módulo III



PEDRO RAUL NEVES MOTA DA SILVA

Aluno n.º 361604028

ASSUNTO: RELATÓRIO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL PARA CREDITAÇÃO DO Estágio Módulo III – Opção

Serve o presente para solicitar acreditação do Estágio III, integrado no Mestrado de Enfermagem em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Desde 2004 até ao momento encontro-me a desempenhar funções, como Enfermeiro Graduado, no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Médio Ave, sendo este um Hospital Médico Cirúrgico. Perante este local de trabalho reporto-me ao tipo de doentes que diariamente, no decurso da minha actividade profissional, me deparo, abrangendo eles todo o tipo de patologias em todo o tipo de idades e classes sociais. No que respeita a este relatório reporto-me apenas a expor os doentes que assisto no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica.

Sabendo que a população está envelhecida e que os maus hábitos de vida são uma realidade, são estes os pontos onde me vou debruçar, pois são a grande parte dos doentes que recorrem ao serviço de urgência. Durante uma grande percentagem de doentes que recorrem ao serviço de urgência, tenho contacto, mais evidentemente com toxicodependentes, alcoólicos, demências senis, estados de alterações do comportamento, intoxicações. Sendo estes casos agudos ou crónicos, a sua prevalência e incidência tem vindo a aumentar e inerentemente o meu contacto, assistência e encaminhamentos dos mesmos, dentro destes doentes faço sempre que possível uma avaliação e implementação de intervenções de enfermagem supervisionando os cuidados integrando sempre a família nos cuidados na promoção de boas práticas.

Nas diversas situações de crise e sempre integrado numa equipe multidisciplinar dou uso à tomada de decisão dentro do campo de enfermagem com vista à optimização dos cuidados em enfermagem. Utilizando para isso os conhecimentos básicos adquiridos na

licenciatura em enfermagem fazendo uma reflexão crítica e de gestão de cuidados, tendo em atenção à relação de ajuda e comunicação com o doente.

Evidencio também a existência, recentemente, de uma consulta de psiquiatria do hospital a que estou afecto o que traz uma optimização e qualidade de cuidados a estes doentes, e sempre que seja necessário a comparência, dentro de horários pré-estabelecidos, temos o apoio de psiquiatria no Serviço de Urgência onde à integração da equipa multidisciplinar.

Gostaria, e é meu objectivo primordial no final deste Mestrado e Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica estar mais desperto, mais apto, mais seguro do tratamento e apoio a estes doente específicos, já que o meu contacto com estes doentes é elevado e nem sempre a minha actuação e atitude são as melhores, claro está que denoto falta de formação, mas é para isso que aqui estou, para aprender, para conhecer esta realidade que me desperta curiosidade, mas que necessita de formação e trabalho dentro destes doentes e família.

Como terminus, importa ressaltar o respeito do utente/família nas suas vertentes humana e cultural, procurando sempre promover os cuidados de uma forma que possa respeitar as ideologias e crenças destes, desenvolvendo estratégias de encaminhamento destes doentes e família.

A valorização profissional da enfermagem tem que partir de todos nós, e muitas vezes da forma mais simples de toda. Por vezes, não é a liderança de grandes mudanças nem a tomada de grandes investigações e acções de promoção da profissão de enfermagem, o fundamental, é sim, o assumir a nossa profissão de uma forma séria, assumindo-a como ponto fulcral nos cuidados, procurando a excelência no cuidar, actuando de uma forma idónea e irrepreensível. O cuidar na sua essência, com assertividade e olhando o outro como um ser único, que nalguma fase da sua vida necessita de apoio, e lá estamos nós, para apoiar, cuidando...

Porto, Setembro de 2009

ANEXO IV

Contrato Terapêutico

	CONTRATO TERAPÊUTICO	SJD.000.Doc
--	-----------------------------	-------------

	VINHETA
--	---------

Declaro que fui informada e me foi explicado de forma adequada e inteligível sempre que cometa um acto que prejudique o tratamento ou sempre que ponha em causa a minha integridade ou a daquelas que me rodeiam a equipa clínica poderá ter de recorrer a medidas como a contenção física dos movimentos, limitação da saída da Unidade e/ou (eventualmente) deslocação para o quarto de isolamento com vigilância contínua.

Declaro que aceito as seguintes regras:

- Não participar em qualquer jogo a dinheiro;
- Não dar, trocar e/ou vender qualquer objecto;
- Não ter na posse drogas ou qualquer outro medicamento não prescrito pelo médico da unidade;
- Não ter comportamentos agressivos, verbais e/ou físicos, nem de índole sexual para com os doentes e/ou funcionários;
- Não cometer furtos ou estragos nas instalações;
- Aceitar ser revistado assim como a minha bagagem sempre que for considerado necessário;
- Colaborar nas actividades de vida diária;
- Cumprimento de todos os horários praticados na unidade;
- Fumar apenas nos locais assinalados e dentro do horário permitido;
- Tomar a medicação prescrita na presença do enfermeiro e no momento em que esta for entregue;
- Não ter dispositivos de comunicação com o exterior.
- Entregar tabaco e isqueiro ao Enfermeiro de serviço diariamente até às 22h.

Declaro que sempre que ocorra alguma dúvida ou preocupação decorrente do internamento tentarei solucionar da melhor forma junto da equipa clínica (Médico/Enfermeiro).

Li e compreendi todo o conteúdo deste documento e tive oportunidade de esclarecer qualquer dúvida presente.

Braga, _____ de _____ de 20__

Enfermeiro:

(assinatura)

ANEXO V

Projecto “AAA”

NOME DO PROJECTO – 3 A's

ÁREA DO PROJECTO – Promoção da Saúde Mental

PERÍODO TEMPORAL – Início em Março de 2008 e ainda em execução

FINALIDADE:

- Contribuir para uma vivência, mais gratificante e mais autónoma, da criança e do jovem.
- Contribuir para o equilíbrio da auto-estima.
- Contribuir para que 20% das instituições (Agrupamentos de Escolas; Secundárias; IPSS e Escolas particulares), do Concelho de V. N. Famalicão se transformem em Escolas Promotoras da Saúde Mental (Escolas “gestoras” de ansiedade e stress).

OBJECTIVOS GERAIS:

- Promover o relaxamento mental e físico.
- Promover sentimentos e atitudes positivas no domínio da saúde mental.
- Contribuir para o desenvolvimento de capacidades individuais (assertividade e identificar estados de ansiedade e stress).
- Criar um clima de escola mais positiva, onde as relações interpessoais sejam saudáveis.
- Controlar o *consciente*: pensamento, palavras, actos, emoções e imaginações, assumindo o controle do próprio corpo e da mente.
- Programar o *subconsciente*: de forma positiva, lucrativa, sensata e correta.
- Contactar e usufruir dos conhecimentos do *supersubconsciente*: abrindo uma espécie de canal para a sintonia com a energia positiva.

POPULAÇÃO-ALVO – Alunos, docentes e não docentes das Escolas do Concelho de V.N.Famalicão que aderirem ao projecto.

ACTIVIDADES:

1. Reunião com o coordenador da Educação para a Saúde das escolas aderentes ao projecto;
2. Formação aos professores aderentes ao projecto;
3. Realização das sessões demonstrativas aos alunos e ou grupos referenciados por cada instituição que aderiu ao projecto;
4. Solicitação de frases, desenhos, e outros que descrevam sentimentos no momento da realização das sessões para avaliação da actividade;
5. Avaliação do Projecto.

Metodologia

Efectuar sessões de aproximadamente uma hora, em sala de aula com os alunos, professores e outros em contexto escolar, ao som de música calma e suave.

O projecto dos 3 A's (**Ar**, **Água** e **Amor**) é desenvolvido através de momentos de auto-reflexão com demonstração e execução das práticas na área da respiração abdominal (**Ar**), da atitude de “apreciar”, “saborear” e beber lentamente (**Água**) e posteriormente exercitar a comunicação dos sentimentos (**Amor**) através do abraço pleno ao dinamizador e aos colegas.

O campo das atenções – **Respirar (Ar)**, **Beber (Água)** e o **Abraçar (Amor)**, [Os Três **A' (s)**], são o nosso ponto de partida. São técnicas inócuas e podem ser executadas pelos próprios alunos, professores, pais e outros.

Servem como recursos a utilizar no controlo da ansiedade, em contextos específicos nomeadamente no início das aulas, antes dos testes, situações de conflito interpessoal, etc.

Disponibilizar uma caixa modelo, rotulada de “3 As Mágicos” ^(a) para que esta permaneça durante todo o ano na sala de aula para que os alunos a visualizem e assim acedam a registos de memória nos momentos de gestão de stress, podendo introduzir na caixa de forma livre e espontânea, (um desenho, uma palavra, que expressem sentimentos).

^(a) expressão verbalizada pelas crianças, durante as secções.

RESULTADOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A avaliação dos trabalhos dos alunos, dos questionários dos professores e das conversas tidas com estes referem;

- Melhoria de comportamento dos alunos em sala de aula expresso em:
 - (“mais calmos”, “falam mais baixo”, “apelam aos sentimentos positivos através dos abraços”, “ os meus alunos ainda hoje me chamam a atenção para respirar correctamente, etc.)
- Diminuição do stress após a utilização das dinâmicas.
- Os alunos nos desenhos e trabalhos manifestam interesse nas dinâmicas apresentadas.
- Apelo à comunicação expressiva de emoções manifesto
 - “Eu acho que esses 3 A’s são muito importantes para a nossa vida”,
 - “a magia do amor onde nós demos abraços e eu dei abraços ao director de turma”
 - o primeiro A mágico é o ar onde nós expiramos e respiramos para nos ajudar a relaxar”
 - “gostei dos abraços que dei aos meus colegas”
 - “quando damos um abraço a alguém respiramos com delicadeza. Assim sentimos a forte amizade que tem por nós”
 - “se soubermos beber água sentimos esta doçura a descer por nós abaixo”
- Promover a comunicação, a esperança, o auto-controlo: ansiedade, estratégias de coping, técnicas de relaxamento.

RECURSOS NECESSÁRIOS:

- ✚ Enfermeira de Saúde Escolar;
- ✚ Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica;
- ✚ Material informático e de escritório;
- ✚ Água (Garrafas);
- ✚ Copos de plástico;
- ✚ CD (música);
- ✚ Leitor de CD.

CRONOGRAMA COM INDICADORES DE EXECUÇÃO

Actividade s	M Ê S												Indicadores	Metas	
	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A			
1	*													Reunião com o Coordenador da Educação para a Saúde das escolas aderentes ao projecto, realizada.	Realizada
														Nº de escolas com o projecto “Três As” /nº total de escolas x 100	10%
2	*	*	*			*	*	*		*				Nº de docentes que aderiram ao projecto/nº total de docentes de cada escola aderente ao Project. x 100	10%
4	*	*												Nº de formações realizadas aos docentes aderentes ao projecto/ Nº total de formações planeadas, aos docentes aderentes ao projecto	100%
4	*	*												<u>População de estudantes que aderiram ao projecto</u> X 100 = População total (de alunos da escolas Aderentes ao projecto)	10%
3		*			*	*	*	*	*	*	*	*	*	<u>Nº de sessões realizadas aos alunos</u> x 100 = Nº de sessões programadas para os alunos Nº de	100%
														Recolha de desenhos e/ou trabalhos aos alunos de avaliação das sessões	Realizada

ENQUADRAMENTO LEGAL

Circular normativa nº7/DSE de 29/06/2006

FUNDAMENTAÇÃO

A promoção da educação para a saúde em meio escolar é um processo em permanente desenvolvimento para o qual concorrem os sectores da Educação e da Saúde. Este processo contribui para a aquisição de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construir um projecto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. A promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania activa.

Já é sabido que a orientação do professor em sala de aula é fundamental em todo o processo de aprendizagem, e que um aluno despreparado, normalmente perde grande parte de informações,

talvez por falta de recursos técnicos que lhe garanta um aproveitamento integral daquilo que escuta. Uma aula exige esforço de concentrações e de compreensão, e é por isso mesmo que, um bom aproveitamento de uma aula poderá reduzir consideravelmente o tempo de estudo em casa.

Em função disto, antes de assistir a uma exposição oral (aula), a primeira atitude positiva a ser tomada, consiste numa preparação psicológica (1ª ÀS), que nos leve à consciencialização da importância da mesma gerando maior concentração e compreensão em sala de aula.

E foi pensando nisso que resolvemos desenvolver este projecto que visa o relaxamento da criança em estádio de formação e como tal uma diminuição dos processos de ansiedade e um equilíbrio na auto-estima.

Muitas crianças acreditam que podem relaxar a ver Televisão sentadas ou deitadas em posições totalmente desconfortáveis ou caminhando, conversando ou jogando com os amigos. Mas na verdade, essas crianças estão apenas a deixar de pensar momentaneamente nos seus problemas, adiando soluções ou fazendo tudo isso, ainda preocupadas (tensas) e distraem-se enquanto a mente e o corpo continuam trabalhando. *Isso não é relaxar.*

Mas o que é relaxar?

Relaxar consiste basicamente em repousar, descansar totalmente, harmonizar o corpo e a mente, tudo progressivamente. Abolindo qualquer esforço físico e mental. Basta aprender a deixar o corpo em repouso, os olhos fechados e ficar numa posição bem confortável. O importante é sentir-se bem e relaxado totalmente... esquecer-se dos problemas que possa deixá-lo tenso, e saber que nesse momento, tudo que importa é a sua paz e que “ela a criança” é a pessoa mais importante do Universo.

Uma mente e um corpo relaxado são indispensáveis também para uma saúde perfeita, facilitando muito a concentração. Um corpo que passou alguns segundos nesse estado, proporciona uma sensação física indescritível para quem jamais o experimentou. O sangue recebe mais oxigénio, o relaxamento dos músculos facilita a descontracção e a dilatação dos vasos sanguíneos melhorando a circulação. Os batimentos cardíacos entram num compasso ritmado. Todos os órgãos do corpo funcionam muito melhor.

A mente humana é ainda um ponto de caminhos abstractos que fogem às exigências existentes. Mas é exactamente nesse ponto que a escola deveria dar importância.

O campo das atenções – **Respirar**, **Beber água** e o **Abraço [OS Três A (s)]**, são o nosso ponto de partida. São técnicas inoculas quando não executadas na sua plenitude como tal, estas podem ser executadas pelos próprios alunos, professores e pais.

Devemos conceder um espaço maior a esse campo seguindo uma mesma linha de pensamento e focando sempre o melhor aproveitamento de alunos e professores nas suas disciplinas.

Ao tomarem conhecimento destes exercícios de relaxamento e os colocarem em prática, estarão a integrar o nosso projecto, dedicado ao progresso mental da criança e jovem estudante.

Este projecto está particularmente indicado para favorecer alguns processos de saúde mental, como a auto-estima e a diminuição da ansiedade negativa.

Data: _____

Local: ___ Escola Básica EB 2/3 DIDAXIS
___ Escola Camilo Castelo Branco
___ Escola D. Sancho

Contexto: Projecto 3AAA

Interlocutores: Enf.^a Lurdes Silva, Enf.^a Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria e Enf. Pedro Raul Silva, Mestrando em Enfermagem com Especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria na Universidade Católica Portuguesa do Porto

População-alvo: Alunos

Objectivos gerais da sessão:

- ✓ Sensibilização dos alunos para a importância do ar, da água e do abraço/amor;
- ✓ Sensibilização dos alunos para a importância de Saber escutar;
- ✓ Detectar possíveis situações de risco.

Planeamento de Sessão

Actividade	Duração	Objectivos	Recursos	Método
Apresentação	5 min.	✓ Apresentação dos interlocutores.	Cadeiras, secretária, uma por aluno	✓ Expositivo-oral
Validação de pré-requisitos	5 min.	✓ Validação da linguagem e importância observada. ✓ Introdução ao projecto 3AAA.	Cadeiras, secretária, uma por aluno	✓ Expositivo-oral ✓ Participativo
Abordagem do primeiro "A" ar	10 min.	✓ Sensibilizar da importância de saber respirar ✓ Treino de inspirações e expirações	Cadeiras, secretária, uma por aluno	✓ Expositivo-oral ✓ Participativo
Abordagem do segundo "A" água	10 min.	✓ Sensibilizar da importância de saber beber água ✓ Treino de beber água pausadamente	Cadeiras, secretária, uma por aluno, água, copos	✓ Expositivo-oral ✓ Participativo
Abordagem do terceiro "A" abraço/amor	10 min.	✓ Sensibilizar da importância do abraço ✓ Facilitar o abraço entre os pares	Cadeiras, secretária, uma por aluno	✓ Expositivo-oral ✓ Participativo
Colocação de questões / dúvidas	10 min.	✓ Clarificação de dúvidas		✓ Participativo

Duração total da Sessão 50 minutos

ANEXO VI

Poster “ConSentido”

Consentido

Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Integrado

AUTORES:
ALVES, C; BARBOSA, S; CARVALHOSA, O; IGLESIAS, C; PALMEIRA, P; PEIXOTO, S; SALGUEIRO, M; SILVA, P

O "CONSENTIDO" É UM PROJECTO ORIENTADO PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NO DOMICÍLIO, PROMOVEDO A INTEGRAÇÃO DO UTENTE NA COMUNIDADE FAMILIAR E ALARGADA. ESTE SERVIÇO É COMPLEMENTADO POR UMA LINHA TELEFÓNICA DE ACONSELHAMENTO E ENCAMINHAMENTO.

OBJECTIVOS

- PROMOÇÃO DA SAÚDE
- PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DOENÇA
- REDUÇÃO DE DANOS E REINserÇÃO

ABRIL 2009 A SETEMBRO DE 2010
96 UTENTES
1564 VISITAS
203 ACONSELHAMENTOS TELEFÓNICOS

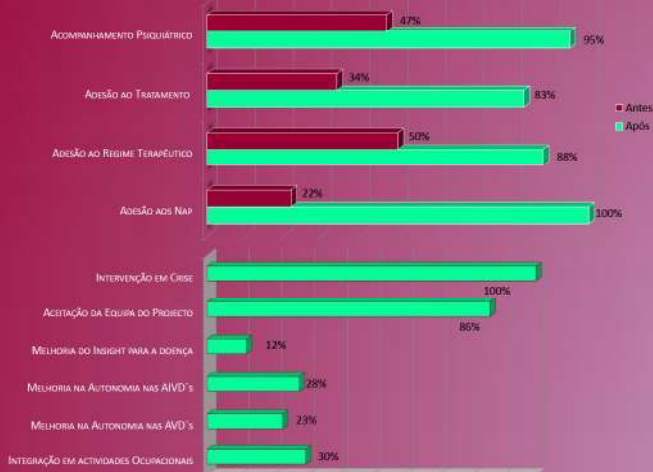


CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO

96 UTENTES DA REGIÃO DE BRAGA
62% DO SEXO FEMININO E 38% DO SEXO MASCULINO



RESULTADOS



CONCLUSÃO

PODEMOS APONTAR RESULTADOS A DOIS NÍVEIS: TRATAMENTO DA DOENÇA E REDUÇÃO DE DANOS E REINserÇÃO. NO QUE RESPEITA AO TRATAMENTO DA DOENÇA PODEMOS CONSIDERAR QUE A ACTUAÇÃO DESTA PROJECTO INFLUI NA DIMINUIÇÃO DO Nº DE RECAÍDAS E NO Nº DE REINTERNAMENTOS. DE DESTACAR O NÚMERO DE REFERENCIAÇÕES PARA INTERVENÇÃO EM CRISE COM MÁXIMA EXECUÇÃO QUE CONTRIBUI FORTEMENTE PARA A REDUÇÃO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO. NO QUE TOCA À REDUÇÃO DE DANOS E REINserÇÃO, O TRABALHO DESENVOLVIDO AO NÍVEL DE TREINO DE AVD'S E AIVD'S, DINÂMICAS PSICOTERAPÉUTICAS E PSICO-EDUCAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA PROJECTAM-SE NO AUMENTO DA AUTONOMIA E, CONSEQUENTEMENTE NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR DAS PESSOAS.

ANEXO VII

Sessão de Educação para a Saúde de Saúde Oral

Data: _____

Local: ___ Escola Padre Benjamim Salgado

Contexto: Projecto Saúde Oral

Interlocutores: Enf.^a Lurdes Silva, Enf.^a Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Enf.^a Arminda, Enf.^a Especialista em Saúde Comunitária e Enf. Pedro Raul Silva, Mestrando em Enfermagem com Especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria na Universidade Católica Portuguesa do Porto

População-alvo: Alunos

Objectivos gerais da sessão:

- ✓ Sensibilização dos alunos para a importância da escovagem dos dentes;
- ✓ Sensibilização dos alunos para a importância de uma correcta alimentação;
- ✓ Detectar possíveis situações de risco.

Planeamento de Sessão

Actividade	Duração	Objectivos	Recursos	Método
Apresentação	5 min.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação dos interlocutores. 	Cadeiras, secretária, uma por aluno	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expositivo-oral
Validação de pré-requisitos	5 min.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Validação da linguagem e importância observada. ✓ Introdução ao projecto 3AAA. 	Cadeiras, secretária, uma por aluno	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expositivo-oral ✓ Participativo
Abordagem da importância da escovagem dos dentes	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilizar da importância de uma escovagem correcta ✓ Treino de escovagem 	Cadeiras, secretária, uma por aluno Banca de lavagem de dentes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expositivo-oral ✓ Participativo
Abordagem da importância de uma alimentação saudável	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilizar da importância da alimentação ✓ Demonstrar plano alimentar ideal 	Cadeiras, secretária, uma por aluno	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expositivo-oral ✓ Participativo
Colocação de questões / dúvidas	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Clarificação de dúvidas 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participativo
Duração total da Sessão		50 minutos		

ANEXO VIII

Projecto “PRESSE”

PROGRAMA REGIONAL DE EDUCAÇÃO SEXUAL EM SAÚDE ESCOLAR (PRESSE)



O Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P., constituiu um grupo de trabalho multidisciplinar para elaborar e implementar um Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE). Este grupo é constituído pela coordenadora da área de Promoção e Protecção da Saúde do DSP da ARSN, I.P., por dois Médicos de Saúde Pública, uma Licenciada em Ciências da Educação, uma Psicóloga e pela coordenadora da Educação e Promoção da Saúde da DREN. O Prof. Doutor Júlio Machado Vaz, psiquiatra, integrou o grupo como consultor.

A multidisciplinaridade de formações académicas e profissionais constituíram-se como uma mais-valia para a elaboração do programa, pela riqueza e diversidade de contributos que possibilitou.

ENTIDADE PROMOTORA

Departamento de Saúde Pública da ARSN, I.P. em parceria com a Direcção Regional de Educação do Norte-DREN.

FINALIDADE

Contribuir para a diminuição dos comportamentos de risco e para o aumento dos factores de protecção em relação à sexualidade, dos alunos do 2º ciclo da região norte.

Contribuir para a inclusão nos projectos educativos e nos currículos das escolas com 2º ciclo, da região norte, de um programa de educação sexual estruturado e sustentado.

OBJECTIVO GERAL

Conseguir que os alunos do 2º ciclo da região norte recebam Educação Sexual, de uma forma estruturada e sustentada, para que aumentem conhecimentos e adquiram competências, atitudes e comportamentos adequados face à sexualidade.

NB: este programa será implementado como projecto-piloto, no ano lectivo de 2008/2009, em 23 escolas com 2º ciclo da região norte. Por conseguinte, os objectivos específicos dizem respeito ao projecto-piloto.

PÚBLICO-ALVO

- Alunos do 5º ano de 23 escolas com 2º ciclo da região norte, seleccionadas de acordo com os seguintes critérios:
 - Uma escola por agrupamento de centros de saúde, excepto nos agrupamentos de centros de saúde que integram exclusivamente concelhos que transitam da ARS Centro para a ARS Norte.
 - Escolas que pelas suas características reúnem as melhores condições para a implementação do projecto-piloto

PÚBLICO INTERVENCIÓNADO

- Coordenadores de Educação para a Saúde das escolas-piloto;
- Professores das áreas curriculares não disciplinares do 5º ano das escolas piloto;
- Profissionais de saúde das Equipas de Saúde Escolar dos 23 Agrupamentos de Centros Saúde da região;
- Pais dos alunos do 5º ano das escolas-piloto;
- Funcionários das escolas-piloto.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

1. Conseguir que 100% dos profissionais de saúde e educação envolvidos no projecto aumentem para 75%, os conhecimentos sobre Educação Sexual;

2. Conseguir que 100% dos profissionais de saúde e educação envolvidos no projecto adquiram conhecimentos para a implementação do PRESSE;

3. Dotar 50% dos professores das áreas curriculares não disciplinares envolvidos no projecto, de conhecimentos e competências para ensinar educação sexual aos alunos;

4. Conseguir que 75 % dos alunos envolvidos no projecto apresentem 75 % de respostas correctas no questionário de avaliação de conhecimentos e crenças sobre os conteúdos de Educação Sexual definidos;

5. Conseguir que 50% dos alunos envolvidos no projecto não apresentem crenças erradas e apresentem atitudes adequadas tendo em conta a finalidade do programa;

6. Conseguir que 95% dos alunos envolvidos no projecto sejam submetidos a treinos de assertividade e resolução de problemas;

7. Conseguir que 95% dos alunos envolvidos no projecto aumentem a sua auto-estima e o auto-conceito;

ACTIVIDADES

Objectivo 1

a) Delinear conteúdos em Educação Sexual para a formação de profissionais de saúde;

Indicador: executado/não executado

b) Delinear conteúdos em Educação Sexual para a formação dos Coordenadores de Educação para a Saúde;

Indicador: executado/não executado

c) Elaborar e aplicar um questionário de avaliação de conhecimentos em educação sexual;

Indicador: executado/não executado

Indicador: Nº de questionários respondidos/nº de questionários aplicados

d) Formar em Educação Sexual os profissionais de saúde;

Indicador: N° de profissionais presentes na formação / N° de profissionais seleccionados para a formação x 100

e) Formar em Educação Sexual os Coordenadores de Educação para a Saúde;

Indicador: N° de profissionais presentes na formação / N° de profissionais seleccionados para a formação x 100

f) Analisar os dados resultantes da aplicação do questionário de avaliação.

Indicador: N° de profissionais que respondem correctamente a 75% do questionário / N° de profissionais que respondem ao questionário x 100

Objectivo 2

a) Delinear conteúdos sobre intervenção-acção em Educação Sexual para a formação de profissionais de saúde;

Indicador: executado/não executado

b) Delinear conteúdos sobre intervenção-acção em Educação Sexual para a formação dos Coordenadores de Educação para a Saúde;

Indicador: executado/não executado

c) Seleccionar os materiais pedagógicos mais adequados para a implementação do PRESSE;

Indicador: executado/não executado

d) Formar em metodologias de intervenção-acção os profissionais de saúde;

Indicador: N° de profissionais presentes na formação / N° de profissionais seleccionados para a formação x 100

e) Formar em metodologias de intervenção-acção os Coordenadores de Educação para a Saúde;

Indicador: N° de profissionais presentes na formação / N° de profissionais seleccionados para a formação x 100

f) Elaborar e apresentar um guião para a implementação do PRESSE para os diferentes grupos de profissionais;

Indicador: executado/não executado

- g) Elaborar e aplicar um questionário de avaliação de conhecimentos sobre intervenção-acção no âmbito do PRESSE;

Indicador: executado/não executado

Indicador: N° de questionários respondidos/n° de questionários aplicados

- h) Analisar os dados resultantes da aplicação do questionário de avaliação.

Indicador: N° de profissionais que respondem correctamente a 75% do questionário / N° de profissionais que respondem ao questionário x 100

Objectivo 3

- a) Replicar a formação em Educação Sexual e intervenção-acção no âmbito do PRESSE aos professores das áreas curriculares não disciplinares do 5º ano

Indicador: N° de professores das áreas curriculares não disciplinares do 5º ano que implementam o PRESSE / N° de professores das áreas curriculares não disciplinares do 5º ano x 100

Objectivo 4

- a) Definir os conteúdos mínimos de formação em Educação Sexual, para alunos do 5º ano

Indicador: executado/não executado

- b) Sugerir a inclusão do PRESSE nos projectos educativos das escolas-piloto;

Indicador: executado/não executado

- c) Formar em saúde sexual e reprodutiva os alunos do 5º ano;

Indicador: N° de alunos presentes na formação / N° de alunos do 5º ano envolvidos no projecto x 100

- d) Elaborar e aplicar um questionário de avaliação de conhecimentos e crenças sobre Educação Sexual;

Indicador: executado/não executado

Indicador: N° de questionários respondidos/n° de questionários aplicados

- e) Analisar os dados resultantes da aplicação do questionário de avaliação.

Indicador: N° de alunos com 75% de respostas correctas / N° total de alunos envolvidos no projecto x 100

Objectivo 5

a) Elaborar e aplicar um questionário de crenças sobre Educação Sexual;

Indicador: executado/não executado

Indicador: N° de questionários respondidos/n° de questionários aplicados

b) Elaborar e aplicar instrumentos de avaliação de atitudes adequadas tendo em conta a finalidade do programa;

Indicador: executado/não executado

Indicador: N° de instrumentos preenchidos /n° de instrumentos aplicados

c) Analisar os dados resultantes da aplicação dos instrumentos.

Indicador: N° de alunos que não apresentam crenças erradas e que apresentam atitudes adequadas / N° total de alunos envolvidos no projecto x 100

Objectivo 6

a) Elaborar e aplicar instrumentos de treino de assertividade e estratégias de resolução de problemas

Indicador: executado/não executado

Indicador: N° de instrumentos preenchidos /n° de instrumentos aplicados

b) Analisar os dados resultantes da aplicação dos instrumentos de avaliação

Indicador: N° de alunos submetidos a treino de assertividade e de estratégias de resolução de problemas / N° total de alunos envolvidos no projecto x 100

Objectivo 7

a) Frequentar, no mínimo, 8 sessões de Educação Sexual no âmbito do PRESSE

Indicador: N° de alunos que frequentam pelo menos 8 sessões do PRESSE / N° total de alunos envolvidos no projecto x 100

ANEXO IX

Estudo de Caso



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Estágio – Módulo II

Desenvolvimento de Competências em Unidade de Intervenção na Crise de Adultos

ESTUDO DE CASO

Supervisor: Enfermeiro Bruno Santos
Enfermeiras Tutoras: Ana e Sara Barbosa
Discente: Pedro Raul Silva

Novembro de 2010

Avaliação Psiquiátrica de Enfermagem
e
Plano de Cuidados

Supervisor: Enfermeiro Bruno Santos

Enfermeiras Tutoras: Ana e Sara Barbosa

Discente: Pedro Raul Silva

Novembro de 2010

“Que eu tenha a capacidade de aceitar as coisas que não posso mudar, a força para mudar as coisas que posso mudar e a sabedoria para perceber a diferença.”

Guizot

Abreviaturas:

CID-10: Classificação Estatística Internacional de doenças e Problemas Relacionados com a saúde

CIPE: Classificação Internacional Para Enfermeiros

CSBJ: Casa de Saúde do Bom Jesus

D.: Dona

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECT - Electroconvulsoterapia

mg: miligrama

SIC: segundo informação do cliente

SNC: sistema nervoso central

Sumário:

1. Introdução.....	6
2. Caracterização	8
3. Plano de Cuidados.....	20
4. Conclusão	26

Índice de tabelas

Tabela 1: Diagnóstico de Enfermagem: ansiedade em grau moderado.....	22
Tabela 2: Diagnóstico de Enfermagem: interacção social deficiente.....	23
Tabela 3: Diagnóstico de Enfermagem: processo do pensamento alterado	24
Tabela 4: Diagnóstico de Enfermagem: humor depressivo presente.....	25
Tabela 5: Diagnóstico de Enfermagem: mobilidade alterada:.....	26

1. Introdução

No âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, fazendo parte do módulo de estágio – *Desenvolvimento de Competências em Unidades de Intervenção na Crise em Adultos* compreendido no período de dia 06 de Outubro a 27 de Novembro de 2010, realizado na Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ) – Unidade de São João de Deus, foi-me proposto a elaboração de um estudo de uma utente sugerida pelo supervisor.

Além da Avaliação Psiquiátrica, apresento também um plano de cuidados de Enfermagem individualizado para a utente em questão, terminando este trabalho com uma breve conclusão em forma de reflexão final.

Segundo PONTE (2006) Estudo de Caso “É uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.” (Ponte, 2006:2)

Com a elaboração deste trabalho pretendo objectivamente obter um maior conhecimento acerca da avaliação psiquiátrica, a sua estrutura, finalidade e exigências; pretendo ainda desenvolver um plano de cuidados, adequado à utente que escolhida.

A metodologia utilizada será a descritiva, e a estruturação deste trabalho terá por base a norma American Psychological Association (APA).

O processo de enfermagem é um instrumento utilizado em todas as áreas e níveis de desempenho de enfermagem. É uma forma dos enfermeiros aprenderem a pensar sobre os doentes e sobre como organizar e executar os cuidados de modo sistemático e universal. Faz parte da cultura dos enfermeiros e é constituído por cinco fases distintas. (Sadock,2008)

A avaliação inicial é o primeiro passo deste processo. Segundo Neeb 2000, a colheita de dados processa-se durante todos os contactos que o enfermeiro tem com o doente, sendo essencial para o bem-estar deste, e para colaborar com a equipa médica no que diz respeito à escolha das melhores soluções para os indivíduos. São utilizadas também competências na área da

comunicação não verbal para avaliar a atitude do doente, como o tom de voz e a expressão facial, entre outros dados.

Ainda de acordo com Neeb 2000, é durante a etapa de colheita de dados/avaliação inicial do processo de enfermagem, que se realiza a avaliação do estado de saúde mental. Esta avaliação consiste numa série de perguntas e actividades dirigidas a oito áreas: o nível de consciência e orientação do indivíduo para a realidade, aparência e comportamento, discurso e comunicação, humor e afecto, memória, pensamento/cognição, percepção e decisão. Estas avaliações podem ter extensão e formatos variáveis mas dirigem-se à avaliação inicial das capacidades do utente.

Os enfermeiros colhem então dados relativos à pessoa e à sua condição de saúde. Na maior parte dos casos, a colheita de dados faz-se através de um impresso fornecido pela instituição. O principal problema destes impressos genéricos é o facto de incluírem, sobretudo, perguntas de resposta fechada.

2. Caracterização Psiquiátrica de Enfermagem

A presente avaliação psiquiátrica é sobre uma utente da Unidade de São João de Deus, a quem atribuo neste trabalho o nome fictício “D. Ana” de modo a assegurar o sigilo profissional. Trata-se da sua 7ª admissão, em Março do presente ano, com o diagnóstico de psicose esquizofrenica.

A utente tem múltiplos internamentos psiquiátricos, sendo que o primeiro foi em 1974 por quadro de mania, e seguindo-se sete internamentos até ao actual, os diagnósticos de internamento seriam de mania, depressão, psicose esquizofrenica.

A presente tabela reflecte o momento da entrevista com a utente onde os dados possíveis de serem retirados estão agrupados. De acordo com Sadock 2008, a avaliação inicial psiquiátrica compreende duas componentes principais: uma onde se aborda a história da utente com informação dada pela mesma ou pelos familiares ou profissionais de várias áreas, e uma segunda componente onde se faz uma avaliação do estado mental, revisa-se o funcionamento emocional e cognitivo da utente.

AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA			
Nome do Aluno	Pedro Raul Neves Mota da Silva		
Unidade	São João de Deus		
Fontes de Informação	Entrevista informal à utente, consulta do processo clínico da mesma e diálogo com Enfermeiras Tutoras.		
I. CARACTERIZAÇÃO DA UTENTE			
I.1 Data de Nascimento	18/05/1957	I.2 Sexo	Feminino
I.3 Estado Civil	Solteira	I.4 Ex-Ocupação	Doméstica
I.5 Nacionalidade	Portuguesa	I.6 Religião	Católica
I.7 Núcleo Familiar	Vive com irmão, cunhada e dois sobrinhos		

2. AVALIAÇÃO	
2.1 Queixa principal	Agudização do estado geral da utente – psicose esquizofrénica
2.2 Patologia Actual	A patologia da utente é uma Psicose Esquizofrénica, uma vez que apresenta alguns sinais e sintomas em comum com as psicoses existentes.
2.3 Motivo do Internamento	A utente deu entrada em Março de 2010
2.4 Presença de Perturbações da Personalidade ou Deficiência Mental	
Não revela perturbações da personalidade.	
2.5 Antecedentes Pessoais (outras doenças, consumo de álcool, tabaco, drogas...)	
Diagnosticado esquizofrenia aos 28 anos	
2.6 Antecedentes Familiares	
Antecedentes familiares desconhecidos	
2.7 Padrão de Sono	
Apresenta dificuldades do sono, com agitação nocturna sendo necessário a contenção de movimentos para a sua segurança.	
2.8 Problemas Psicossociais e Ambientais (grupo de apoio primário; ambiente social; educacionais; ocupacionais; alojamento; económicos; acesso a cuidados de saúde; criminais / legais; outros...)	
A utente apresenta necessidades continua de vigilância e de estimulação cognitiva. Receptiva, mas com discurso escasso com respostas curtas e repetitivas. A utente não apresenta registo criminal/legal. Durante o internamento (no tempo em que esteve presente a estagiar) a utente apresentou-se sempre pouco comunicativa e reservada quer para com as doentes quer para com a equipa multidisciplinar.	

3. ANAMNESE

3.1 História Pré-natal; História da Infância; Meninice; Final da Infância e Adolescência

Foi um pouco complicado ceder à anamnese da utente uma vez que esta realmente não fala muito, não desenvolve as respostas e tende a repetir o que dizemos pelo que revela um pensamento empobrecido.

Desconhece-se informação sobre infância e adolescência.

4. EXAME DO ESTADO MENTAL

4.1 Aplicação de Mini – Mental State – Score e Conclusões

Foi aplicado o Mini-Mental State à utente no qual esta obteve um score de 7. Considera-se, segundo a escala, défice cognitivo se apresentar score inferior ou igual a 15; 22; e 27 para analfabetos, I a II anos de escolaridade e com escolaridade superior a II anos, respectivamente.

Sendo assim, posso concluir que a utente apresenta défice cognitivo. Não sendo capaz de ler, escrever e com capacidades de repetição muito diminuídas, pela score e fazendo correspondência com os resultados da escala resulta um grau de analfabetismo acentuado com défice cognitivo.

4.2 Aspecto, atitude, comportamento e contacto

A utente apresenta um aspecto cuidado e limpo, garantindo que toma banho geral diário, com ajuda.

A utente durante as varias tentativas de entrevista mostrou-se muito apática, não colaborante, com um grau de debilidade acentuado dificultando assim a comunicação. Apresenta uma postura apática, com direccionamento do olhar quando estimulada apesar de cumprir ordens simples.

4.3 Humor e Afecto

Ao longo da entrevista a utente apresentou-se com humor alterado e segundo a CIPE (2003) “humor é um tipo de emoção com características específicas: a nível de sentimentos e tonalidades emocionais”. A utente ao longo da entrevista e de acordo com os registos do seu processo mantém sempre uma postura reservada e apática.

4.4 Discurso

A utente apresentou-se ao longo da entrevista sempre pouco comunicativa. Sempre que era incitada a responder dava respostas muito curtas e objectivas sem nenhuma intenção de as

desenvolver.

Quando interrogada o seu discurso era monocórdico, apresentando ausência na modulação do tom de voz. Por vezes o seu discurso revelava-se confuso no raciocínio. Apresentava uma velocidade de produção de linguagem por vezes lentificada, no entanto tal não advém de défices nas suas capacidades auditivas ou visuais, mas antes no processamento da informação.

De acordo com Neeb 2000, a velocidade do discurso reflecte a actividade psicomotora, assim os movimentos não muito rápidos coincidem com a velocidade do discurso que também não é muito rápida. Encontra-se desorientada no tempo e no espaço consegue dizer que está no hospital.

4.5 Pensamento e conteúdo do pensamento

Curso do Pensamento:

A utente apresenta um pensamento incoerente, e lentificado.

Conteúdo do Pensamento:

Responde a perguntas simples com monossílabos mas quase sempre desajustada.

Não sendo capaz de construir de forma lógica uma expressão.

4.6 Percepção

Sem percepção da realidade.

4.7 Memória (imediata, recente e passada)

A utente apresenta alteração da memória imediata, recente e passada, bem como, não existe qualquer registo ou dado do seu processo clínico que demonstre o contrário.

4.8 Cognição

De acordo com o resultado do Mini-Mental-State a utente apresenta défice cognitivo.

4.9 Insight

A utente parece não ter qualquer insight sobre si e sobre a sua patologia, aparentando não apresentar capacidade para compreender a verdadeira causa e significado da sua situação.

5. Avaliação dos Sistemas (respiratório; gastrointestinal, cardiovascular; sensório-motor; genito-urinário; uso de próteses; alergias)

- ✓ Sistema respiratório: sem alterações;
- ✓ Sistema gastrointestinal: Apresenta padrão de eliminação intestinal normal; e efectua

cinco refeições diárias, variadas e equilibradas. Sem alterações fisiológicas;

- ✓ Sistema Cardiovascular: Sem alterações.
- ✓ Sistema Endócrino: Sem Alterações.
- ✓ Sistema Tegumentar: Apresenta pele íntegra, hidratada e mucosas coradas.
- ✓ Sistema Genito-Urinário: Apresenta padrão de eliminação vesical normal. Sistema sem alterações fisiológicas.
- ✓ Sistema Sensório-Motor: Deambula sem dificuldade, mas com algum desequilíbrio.
- ✓ Uso de próteses: Falta de alguns dentes
- ✓ Alergias: Desconhecem-se quaisquer alergias.
- ✓ Outros: A nível de acuidade visual e auditiva não apresenta alterações.
- ✓ Sinais Vitais: Tensão arterial: 114/56 mmHg; Pulso: 76 batimentos/minuto; Temperatura: 36°C; Dor: 0; Respiração: 16 ciclos/minuto

6. Medicação Actual

Bromocriptina 5mg (Parlodel)

Levodopa 25/100 (Sinemet)

Quetiapina 50mg

Oxazepan 15mg (Serenal)

Ciamemazina (Tercian)

Dicloridrato de flurazepam (Morfex)

Aripiprazol (Abilify) 10 mg

Cloropromazina (Largatil) 100mg

Lorazepam (Lorsedal) 2.5mg

Clozapina 25mg

6.1 Motivo da toma de cada medicação actual

- ✓ **Bromocriptina (Parlodel)**: É um antiparkinsoníco indicado para todos os graus de doença de Parkinson idiopática e pós-encefalítica em monoterapia ou em associação com outro fármaco antiparkinsoníco.
- ✓ **Levodopa (Sinemet)**: Arvid Carlsson mostrou na década de 1950 que a Levodopa é eficaz no alívio da síndrome parkinsoniana sendo o tratamento de escolha da Doença de Parkinson, particularmente nos seus estágios intermediários, e droga de escolha em

- pacientes parkinsonianos acima de 65 anos de idade, devendo ser relegado a último plano, ao menos que seja a vontade do paciente em pessoas abaixo dos 65 anos de idade, pelo risco de desenvolvimento de discinesias graves e incapacitantes.
- ✓ **Quetiapina:** A Quetiapina pertence a um grupo de medicamentos designados por antipsicóticos os quais ajudam a controlar uma doença mental chamada esquizofrenia. Os sintomas incluem pensamentos delirantes (pensamentos estranhos ou assustadores), alucinações (ver ou ouvir coisas que não existem), alterações do comportamento o qual pode ser agressivo e tornar-se ausente ou dominador. A Quetiapina também pode ser utilizada para o tratamento de episódios de mania moderados a graves. Estes episódios causam períodos de excessiva euforia e aumento da actividade. As pessoas com este problema podem sentir uma irritabilidade fora do habitual, podem ter necessidade de dormir menos do que o habitual e podem mudar rapidamente de pensamentos.
 - ✓ **Oxazepan (Serenal)** – É um medicamento do grupo Sistema nervoso central, psicofármacos, ansiolíticos, sedativos e hipnóticos pertencente às benzodiazepinas e está indicado para as perturbações da ansiedade e sintomas ansiosos
 - ✓ **Ciamemazina (Tercian)** - O Tercian é um antipsicótico utilizado em estados ansiosos das evoluções psicóticas no adulto e na criança. O Tercian é frequentemente associado a um neuroléptico antipsicótico ou desinibidor. Estados neuróticos de evolução grave, como as neuroses de angústia, as neuroses obsessivas, estados de agressividade no adulto e na criança, nomeadamente nos psicóticos, nos epiléticos.
 - ✓ **Dicloridrato de flurazepam (Morfex)** - O Morfex está indicado em todos os tipos de insónia caracterizada por dificuldade em adormecer, despertar muito frequente durante a noite ou muito cedo pela manhã, insónia recorrente e em situações clínicas, agudas ou crónicas, que requerem um sono repousado.
 - ✓ **Aripiprazol (Abilify):** É um antipsicótico que, segundo Deglin 2009, é indicado especialmente para a esquizofrenia. O facto de ser um bloqueador adrenérgico alfa ajuda no controlo dos sintomas psicóticos. Embora a D. Ana não sofra de uma esquizofrenia em concreto, encontra-se de igual forma com uma psicose e como tal sofre de sintomas comuns às psicoses em geral.
 - ✓ **Clorpromazina (Largatil):** É um antiemético e antipsicótico típicos e segundo Deglin 2009, está indicado para psicoses agudas e crónicas. São antipsicóticos de 1ª geração e a sua acção é alterar os efeitos da dopamina no SNC, tendo uma significativa actividade bloqueadora adrenérgica alfa e anticolinérgica. Nesta doente a clorpromazina funciona para estabilizar as alterações do comportamento, sobretudo estados de agitação e agressividade. Visto que a primeira admissão da utente já foi à três anos, o seu caso é

crónico exigindo medicação antipsicótica permanente.

- ✓ **Lorazepam (Loserdal):** É uma benzodiazepina de actuação curta, caracterizado como um ansiolítico, sedativo, e hipnótico que, segundo Caramona 2003, está indicado como adjuvante no tratamento de perturbações da ansiedade e sintomas ansiosos, bem como insónias (tratamento a curto prazo). Através do ácido gama-aminobutírico (neurotransmissor inibitório – GABA) deprime o sistema nervoso.
- ✓ **Clozapina:** é um antipsicótico que tem demonstrado ser diferente dos neurolépticos clássicos. Em estudos farmacológicos experimentais Clozapina não induz catalepsia nem inibe o comportamento estereotipado induzido por apomorfina ou anfetamina. Apresenta apenas fraca atividade bloqueadora de dopamina em receptores D1, D2, D3 e D5, mas demonstra elevada potência em receptores D4, além de potente efeito antiadrenérgico, anticolinérgico, anti-histamínico e inibidor da reação de alerta. Apresenta também propriedades anti-serotonérgicas.

6.2 Avaliação de efeito de cada medicação actual

Relativamente à terapêutica prescrita, através da observação da utente, constata-se que tem surtido efeito, uma vez que esta apresenta, de momento, estabilização psicopatológica, apesar do seu estado geral. Em relação ao padrão sono, como aludido anteriormente, a utente não tem apresentado insónias, apesar de haver a necessidade de contenção de movimentos para sua segurança, concluindo-se que a benzodiazepina prescrita tem-se mostrado eficaz. O seu comportamento, através dos antipsicóticos também se tem revelado adequado, embora a utente mantenha o seu comportamento sempre mais inclinado para o isolamento e expressão fechada e depressiva. Quando um doente sofre de depressão e lhe é administrado um antidepressivo, este vai fazer com que a pessoa sai do seu estado depressivo, ou seja, vai tentar contrariar estados de tristeza, humor depressivo, falta de energia e vontade para actividades. Portanto é muito provável que por estes efeitos e intenção da medicação, surjam estados de agitação e ansiedade por parte do doente. Assim, normalmente, associado a um antidepressivo também se administra um ansiolítico para equilibrar melhor o estado e controlo dos sintomas psicóticos do doente.

6.3 Principais efeitos secundários dos fármacos prescritos

- ✓ **Bromocriptina (Parlodel):** A bromocriptina tem sido associada a sonolência e episódios de adormecimento súbito, particularmente em doentes com doença de Parkinson. Têm sido notificados casos de jogo patológico, aumento da libido e hipersexualidade, hipotensão ortostática, obstipação, astenia, confusão, excitação

psicomotora, alucinações, disquinésia, secura da boca e câimbras.

- ✓ **Levodopa (Sinemet):** Cerca de 95% da levodopa é transformada em dopamina por enzimas presentes noutros órgãos. Como a dopamina tem efeitos periféricos há efeitos adversos: hipotensão postural: efeito de vasodilatação nos vasos, taquicardia reactiva à hipotensão, náuseas e vômitos: resultado da activação dos quimiorreceptores cerebrais (zona postrema de controlo emético), aumenta a liberação da hormôna de crescimento, midríase, arritmias cardíacas. No SNC: causa reacção on-off, em que os movimentos com tremores são seguidos por movimentos demasiado bruscos (discinesias): devido à estimulação pulsátil de receptores existentes em vias extra nigro-estriatais, como receptores no globo pálido interno, depressão, ansiedade, agitação, insónia, confusão, alucinações e euforia.
- ✓ **Quetiapina:** Pode causar hipotensão ortostática associada a tonturas, taquicardia e raramente síncope. A hipotensão ortostática é uma ocorrência frequente. Outros efeitos relativamente frequentes são: aumento de peso, tonturas, obstipação, xerostomia e dispepsia. A quetiapina pode determinar aumento das transaminases. Efeitos raros: síndrome maligno dos neurolépticos, discinésia tardia.
- ✓ **Oxazepan (Serenal) –** Pode causar Sonolência, descoordenação motora, alterações gastro-intestinais, diarreia, vômitos, alterações do apetite, alterações visuais, irregularidades cardiovasculares, alteração da memória, confusão, depressão, vertigem, o seu uso prolongado pode causar dependência e síndrome de abstinência quando a medicação é interrompida.
- ✓ **Ciamemazina (Tercian)-** Risco de discinesia tardia, Síndrome maligno: este risco impõe a precaução de suspender o tratamento neuroléptico em caso de hipertermia seja qual for a causa aparente, obstipação. Doente idoso com demência: aumento do risco de morte no doente idoso com psicose associada à demência, tratado com antipsicóticos.
- ✓ **Dicloridrato de flurazepam (Morfex) – Pode causar** reacções de inquietação, agitação, irritabilidade, agressividade, delírio, crises de descontrolo do impulso, pesadelos, alucinações, crises psicóticas, comportamento explosivo e outros efeitos adversos comportamentais, dependência física.
- ✓ **Aripiprazol (Abilify):** na toma deste medicamento é importante, segundo Caramona 2003, estar atenta à sonolência, confusão, depressão, reacções extrapiramidais, isónia inquietação, tremor, vômitos, fadiga, convulsões e a nível do gastrointestinal vigiar obstipação que é o efeito mais frequente.
- ✓ **Cloropromazina (Largatil):** de acordo com Deglin 2009, os principais efeitos são a sedação e reacções extrapiramidais, síndrome neuroléptico maligno, secura ocular e visão

turva, hipotensão, obstipação, xerostalmia, fotosensibilidade, convulsões e ílio paralítico.

- ✓ **Lorazepam (Loserdal):** como afirma Caramona 2003, é importante estar atento aos efeitos secundários deste fármaco pela depressão respiratória que provoca, pode levar também a náuseas; vômitos; diarreia; obstipação; erupções; tonturas; sonolência; letargia.
- ✓ **Clozapina:** pode ocorrer visão turva, secura da boca, taquicardia, hipotensão arterial, náuseas, vômitos, constipação, febre e raramente elevação das enzimas hepáticas, eosinofilia, priapismo, retenção urinária, aumento de peso, rash cutâneo. No SNC, sedação, sonolência, cefaléia, tonturas e alterações no EEG como complexos espiga-onda.

6.4 Principais intervenções de Enfermagem / vigilâncias devido à medicação

Bromocriptina - Administrado de preferência à noite. Avaliar sintomas tipo náuseas, vômitos, vertigens, hipotensão postural, suores, sonolência e alucinações.

Levodopa (Sinemet) - Avaliar o estado mental do doente (orientação, humor, comportamento) antes e periodicamente ao longo da terapêutica., monitorizar parâmetros vitais, assegurar que o doente toma a medicação, monitorizar a ocorrência de acatísia (inquietação e desejo de se manter em movimento) e efeitos laterais extrapiramidais, monitorizar a discinésia tardia, depressão, ansiedade, agitação, insónia, confusão, alucinações e euforia.

Quetiapina: Estar atento, monitorizando sinais de síndrome maligno dos neurolépticos, discinésia tardia, avaliar o estado mental do doente (orientação, humor, comportamento) antes e periodicamente ao longo da terapêutica., monitorizar parâmetros vitais, assegurar que o doente toma a medicação

Oxazepan (Serenal) - Avaliar o estado mental do doente (orientação, humor, comportamento) antes e periodicamente ao longo da terapêutica., monitorizar parâmetros vitais, assegurar que o doente toma a medicação

Ciamemazina (Tercian)- Especial atenção nesta utente pois havia uma associação de dois medicamentos sendo eles: Levodopa - antagonismo recíproco da levodopa e dos neurolépticos. Em caso de tratamento com neurolépticos, não tratar o síndrome extra-piramidal com levodopa (inibição e perda de actividade dos neurolépticos). Nos parkinsónicos tratados com levodopa, em caso de necessidade de neurolépticos, utilizar de preferência os compostos com melhores efeitos extra-piramidais, como a clorpromazina ou a levomepromazina.

Avaliar o estado mental do doente (orientação, humor, comportamento) antes e periodicamente

ao longo da terapêutica., monitorizar parâmetros vitais, assegurar que o doente toma a medicação.

Dicloridrato de flurazepam (Morfex) - Avaliar o estado mental do doente (orientação, humor, comportamento) antes e periodicamente ao longo da terapêutica., monitorizar parâmetros vitais, assegurar que o doente toma a medicação

Aripiprazol – Avaliar o estado mental do doente (orientação, humor, comportamento) antes e periodicamente ao longo da terapêutica., monitorizar parâmetros vitais, assegurar que o doente toma a medicação, monitorizar a ocorrência de acatisia (inquietação e desejo de se manter em movimento) e efeitos laterais extrapiramidais, monitorizar a discinesia tardia, monitorizar o desenvolvimento de síndrome neuroléptico maligno (febre, rigidez muscular, alterações do estado mental, sofrimento respiratório, taquicardia, convulsões). A nível laboratorial temos de estar atentos porque pode causar aumento da fosfocinase e creatinina. (Deglin, 2009)

Clorpromazina – Avaliar o estado mental da doente antes e durante todo o período terapêutico, avaliar a ingestão de líquidos e a função intestinal, monitorizar o início da acatisia (agitação e desejo de movimentar-se) e dos efeitos extrapiramidais (parkinsonicos – dificuldade em falar e em deglutir, perda de equilíbrio, movimentos descoordenados, marcha arrastada, rigidez; distónicos – espasmos musculares, movimentos rotativos, incapacidade em mover os olhos). Para o controlo destes sintomas pode usar-se o trihexifenidilo. Monitorizar os desenvolvimentos de sinais e sintomas da síndrome maligna dos neurolépticos. (Deglin, 2009)

Lorazepam (Loserdal): é importante na toma desta medicação avaliar o grau e manifestações de ansiedade antes e periodicamente ao longo da terapêutica. a terapêutica prolongada de doses elevadas pode levar à dependência psicológica ou física, no *estado epiléptico*: Avaliar a localização, duração, características e frequência das convulsões. Os doentes geriátricos podem ser mais sensíveis aos efeitos no SNC; monitorizar cuidadosamente e avaliar o risco de quedas. Nas considerações laboratoriais é importante submeter os doentes com terapêutica de doses elevadas a avaliações periódicas da função renal, hepática e hematológica. (Deglin 2009)

Clozapina: avaliar o estado mental do doente (orientação, humor, comportamento) antes e periodicamente ao longo da terapêutica., monitorizar parâmetros vitais, assegurar que o doente toma a medicação pode ocorrer uma síndrome neuroléptica maligna, potencialmente mortal, com hiperpirexia, rigidez muscular, instabilidade autonômica e estado mental alterado

7. Principais diagnósticos de Enfermagem detectados na utente

Os principais diagnósticos detectados nesta entrevista e pela observação do doente são:

- Comportamento alterado
- Ansiedade\depressão
- Interacção social deficiente
- Ausência de insight
- Mobilidade
- Auto-estima

7. Intercorrências no Internamento

Fazendo um resumo dos vários internamentos e por ordem cronológica temos:

1974 a 1996 – vários internamentos por “mania”

1997 – Internamento por “Psicose Esquizofrénica” apresentando-se:

- Pragmática
- Triste
- Deprimida

1998 - Internamento por “Psicose Esquizofrénica” apresentando-se:

- Agitação psico-motora
- Distimia

2000 - Internamento por “Psicose Esquizofrénica” apresentando-se:

- Eufórica
- Verborreica
- Agitação psicomotora

Março de 2010 – Internamento por “Psicose Esquizofrénica” apresentando-se:

- Negativista
- Deprimida / agitação
- Recusa alimentar – Entubação Naso Gástrica
- Globo Vesical – Algaliada
- Afásica

Proposta para Electroconvulsoterapia – 8 tratamentos

- Hostil – Contenção de movimentos

Maio de 2010

- CPK total subiu – Rabdomiolise
- Suspendeu ECT
- Fluidoterapia
- Melhorada
- Movimentos esteriotipados

Junho de 2010

- Transferida para o serviço de Neurologia por Síndrome Maligno dos Neuroléuticos

Junho e Julho de 2010

- Melhorada

Agosto de 2010

- Transferida para a Unidade Nossa Senhora de Fátima

Setembro de 2010

- Negativista
- Recusa alimentar
- Movimentos esteriotipados
- Regressa à Unidade São João de Deus
- Pondera-se ECT mas CPK aumentado ainda

Outubro de 2010

- Suspende neuroléuticos
- Contra-indicação para ECT
- Melhorada

01 de Novembro de 2010

- Inicia reinicia neuroleticos
- Não colaborante

3. Plano de Cuidados

Diagnóstico: Ansiedade demonstrada em grau moderado			
Justificação: Segundo CIPE 2003, a ansiedade é um tipo de emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-estima, aumento da tensão muscular e do pulso, pele, pálida e aumento da transpiração. Com o decorrer da entrevista, e como já referenciei, a utente apresentou uma postura muito fechada e musculatura contraída. Penso que o seu sentimento de ameaça, perigo e infelicidade derivam do facto de estar sempre concentrada na ideia de que quer ir para casa e que está absolutamente pronta para o fazer e não a deixam ir. Não foi possível a implementação da escala de ansiedade por recusa da utente.			
Início	Factores relevantes para diagnóstico	Objectivos	Intervenções
	<p>Escalas da ansiedade de Hamilton</p> <p>Observação do comportamento do doente</p>	<p>Redução e limitação do nível de ansiedade na doente</p> <p>Instruir o doente sobre técnica de relaxamento passível de ser praticada pelo mesmo quando for necessário.</p>	<p>Escutar a pessoa [incentivando-a a falar acerca dos seus sentimentos de ansiedade/stress, hostilidade e de frustração]</p> <p>Utilização da Escala de ansiedade de Hamilton</p> <p>Utilizar jogos básicos com bola e passeios no exterior da unidade</p>
			Termo
Resultado de enfermagem/Avaliação:			
Utente não colaborante ao exprimir sentimentos, com discurso pobre e repetitivo			
Tabela 1: Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade demonstrada em grau moderado.			

Diagnóstico: Interação social deficiente			
Justificação: Segundo a CIPE 2003, a interação social passa obrigatoriamente pelo trabalho em rede, suporte, pelo envolvimento, pela relação, pela socialização, pela harmonia social, solidariedade social e conflito social. No presente caso é de maior interesse a componente da rede de trabalho em que ações de criação de sistemas existem para transmitir informação, comunicar, partilhar experiências com os indivíduos; a componente do envolvimento onde as ações revelam estar empenhado e mostra interesse em outros indivíduos; a componente de socialização sendo um processo pelo qual os indivíduos aprendem a viver de acordo com as expectativas e normas de uma sociedade, assim como o conflito social. São exactamente estas as componentes que a utente tem pouco desenvolvidas e que lhe dificultam a interação social levando-a ao isolamento.			
Início	Factores relevantes para diagnóstico	Objectivos	Intervenções
	<p>Observação comportamento social do doente</p> <p>Aplicar indicadores do NOC sobre o envolvimento social</p>	<p>Aumentar o nível de interação social de forma a proporcionar à doente melhor integração na sociedade.</p> <p>Emancipar o doente no contacto social</p>	<p>Proporcionar estimulação ambiental através do contacto com varias pessoas</p> <p>Inserir a doente em actividades de grupo realizadas na instituição</p> <p>Evitar que a doente permaneça por longos períodos isolada ou afastada dos grandes grupos</p>
			Termo
Resultado de enfermagem/Avaliação			
<p>Utente com interação social muito deficiente, apesar de se notar uma evolução no estar perto de outras utentes, com as intervenções conseguiu-se que a doente não se isola-se em salas e estivesse junto das outras utentes.</p>			
<p>Tabela 2: Diagnóstico de Enfermagem: Interação social deficiente</p>			

Diagnóstico: Processo de pensamento alterado [sobre o seu estado de saúde]			
Justificação: De acordo com CIPE 2003, o processo de pensamento alterado implica a acção de “Pensar”; é então o processo de separar, ordenar, e classificar pensamentos, pensar de uma maneira lógica, apresentar os pensamentos através do âmbito do discurso; associado à orientação para objectivos; uso de formação de conceitos e mudanças dos esquemas mentais.			
Início	Factores relevantes para diagnóstico	Objectivos	Intervenções
	Aplicar indicadores do NOC sobre crença de saúde: percepção da ameaça	Despertar a doente para a convicção de que o seu problema de saúde é grave e tem possíveis consequências negativas no seu estilo de vida	Discutir com a doente a sua noção do seu estado de saúde Incentivar a utente a ter noção do espaço e tempo Incentivar à adesão terapêutica explicando a importância e influência da mesma na estabilização da sua vida]
Resultado de enfermagem/Avaliação:			
Utente sem percepção do tempo e espaço, apesar de se mostrar receptiva na adesão terapêutica.			

Tabela 3: Diagnóstico de Enfermagem: Processo do pensamento alterado

Diagnóstico: Humor depressivo presente				
Justificação: De acordo com CIPE 2003, humor é um tipo de emoção com características específicas: a níveis de sentimentos e tonalidades emocionais. Achei pertinente levantar este diagnóstico uma vez que a utente tem sintomas e sinais depressivos que lhe conferem igualmente um humor depressivo caracterizado especialmente pela tristeza, falta de vontade para realizar actividades, preferência em estar sozinho e falta de interacção social. Tudo isto observei na utente pelo que justifica intervenções neste âmbito.				
Início	Factores relevantes para diagnóstico	Objectivos	Intervenções	
			Termo	
	<p>Aplicar indicadores do NOC sobre o equilíbrio do humor</p> <p>Observar o comportamento do doente</p>	<p>Diminuir o humor depressivo</p>	<p>Promover e reforçar positivamente o aumento da actividade diária e a adesão às propostas terapêuticas</p> <p>Evitar o isolamento [criando horários alternados de actividades e descanso, facilitando a integração em grupos da instituição]</p> <p>Promover a auto-estima [estimulando a higiene, o cuidado pessoal, o elogio]</p>	
Resultado de enfermagem/Avaliação:				
<p>Utente mais interactiva com o espaço que a rodeia.</p> <p>Colaborando mais na sua higiene e cuidado pessoal.</p>				
<p>Tabela 4: Diagnóstico de enfermagem: Humor depressivo presente</p>				

Diagnóstico: Mobilidade Alterada			
Justificação: A utente apresenta desequilíbrio na marcha pelo que necessita de apoio e supervisão dos seus movimentos e lentificação dos movimentos dos membros superiores com alguma descoordenação			
Início	Factores relevantes para diagnóstico	Objectivos	Intervenções
	<p>Aplicar indicadores do NOC sobre o mobilidade</p> <p>Observar o comportamento do doente</p>	<p>Diminuir riscos de queda</p> <p>Aumento da coordenação e mobilidade</p>	<p>Promover e reforçar positivamente o aumento da actividade diária e a adesão às propostas terapêuticas</p> <p>Jogos com bola, estimulando os movimentos dos membros superiores</p> <p>Promover a auto-estima</p> <p>Supervisionar a mobilidade</p> <p>Exercícios passivos e activos com estimulação motora</p>
Resultado de enfermagem/Avaliação:			
<p>Utente mais interactiva com o espaço que a rodeia.</p> <p>Doente mantém desequilíbrio, nota-se alguma melhoria na agilidade nos membros superiores</p>			
Tabela 5: Diagnóstico de enfermagem: Mobilidade alterada			

4. Conclusão

É com satisfação que termino esta proposta de trabalho realizada no âmbito no Módulo de Estágio. Elaborar um Estudo de Caso não só permitiu um primeiro contacto com este meio de registo e avaliação, como também permitiu ganhar competências e conhecimento na área com conhecimento e actuação aprofundadas sobre a utente em estudo.

Considero alcançados com sucesso os objectivos definidos no início deste documento, salvaguardando que me foi difícil fazer uma avaliação correcta, tendo em conta o contexto em que me encontro. Senti dificuldades na interpretação da informação recolhida durante a entrevista com a utente, para posteriormente transcrevê-la para os parâmetros de avaliação psiquiátrica.

No que respeita à aprendizagem, foi bastante produtiva uma vez que senti necessidade de rever conceitos, diversidade de patologias para conseguir distingui-las, dentro das minhas capacidades, assim como a terapêutica utilizada. Relativamente ao plano de cuidados fiquei satisfeito por, gradualmente e com orientação, conseguir aperfeiçoá-lo e identificar bem os fenómenos associados às possíveis intervenções.

Bibliografia

CARAMONA, M., Esteves, A., P., Gonçalves, J., et al (Setembro 2003). *Prontuário Terapêutico* INFARMED – Instituto Nacional da Farmácia e do medicamento

Conselho Internacional de Enfermeiras. (Outubro 2003); *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*; Versão beta 2

DEGLIN, J. H. & Vallerand, A. H., (2009). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. 7ª edição. Loures: Lusociência

DSM-IV (2001). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª edição. Lisboa: Climepsi

NEEB, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem da Saúde Mental*. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

PONTE, João Pedro (2006). *Estudos de caso em educação matemática*. *Bolema*, 25, 105-132.

SADOCK, B. J., Sadock, A. (2008). *Manual Concise de Psiquiatria Clínica*. 2ª edição. São Paulo. Artemed editora.

Anexos

Anexo A

(AVALIAÇÃO INICIAL DO SERVIÇO)



ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

ADMISSÃO 7ª admissão em Março de 2010

MOTIVO DA ADMISSÃO (OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM)

Psicose Esquizofrénica

ACOMPANHADO POR Psiquiatria

FONTE DE INFORMAÇÃO: PRÓPRIO FAMILIARES OUTROS:

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

Descrito

ACOMPANHAMENTO PSQUIÁTRICO: NÃO SIM **LOCAL** Médico assistente

PSQUIATRIA: Dr. Natália **DATA DA ÚLTIMA CONSULTA:**

MEDICAÇÃO HABITUAL: Descrito

NAP: NÃO SIM **ÚLTIMA TOMA** **PRÓXIMA TOMA**

ADESÃO À TERAPÊUTICA: NÃO SIM **SCORE ESCALA**

MEIOS AUXILIARES DE DIGNÓSTICO: **DATA** **RESULTADOS**

ANTECEDENTES PESSOAIS

DOENÇAS Não refere

MEDICAÇÃO HABITUAL - descrito

ADESÃO À TERAPÊUTICA: NÃO SIM

ALERGIAS: NÃO SIM **QUAIS**

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS					
TEGUMENTOS:	<input checked="" type="checkbox"/> ROSADOS	<input type="checkbox"/> PÁLIDOS	<input type="checkbox"/> CIANOSADOS	<input type="checkbox"/> DESIDRATADOS	
	<input type="checkbox"/> EDEMAS	<input type="checkbox"/> TUMEFACÇÕES	<input type="checkbox"/> FERIDAS	<input type="checkbox"/> OUTROS	
SENTIDOS:	AUDIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> REDUZIDA ESQ.	<input type="checkbox"/> REDUZIDA DTA.	<input type="checkbox"/> USO PRÓTESE	
	VISÃO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> REDUZIDA ESQ.	<input type="checkbox"/> REDUZIDA DTA.	<input type="checkbox"/> USO ÓCULOS	
ALIMENTAÇÃO:	APETITE: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> DIMINUÍDO	<input type="checkbox"/> AUMENTADO	<input type="checkbox"/> USO ÓCULOS	
	<input type="checkbox"/> INDEPENDENTE	<input checked="" type="checkbox"/> NECESSITA AJUDA	DIET A: Geral		
	ESTADO DE NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> BEM NUTRIDA		<input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDA	<input type="checkbox"/> OBESA	
ELIMINAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÕES	<input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA		
	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA DE FEZES	<input type="checkbox"/> OBSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> USO LAXANTES	
LOCOMOÇÃO:	<input type="checkbox"/> MARCHA NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> MARCHA ALTERADA	<input type="checkbox"/> PERDA DE EQUILÍBRIO		
	<input type="checkbox"/> CADEIRA DE RODAS	<input type="checkbox"/> PRÓTESES	QUAIS:		
	<input type="checkbox"/> DEAMBULA COM AJUDA	<input type="checkbox"/> ACAMADO	<input type="checkbox"/> OUTROS APOIOS		
ASPECTO GERAL					
HIGIENE:	<input type="checkbox"/> CUIDADA	<input type="checkbox"/> DESCUIDADA	<input type="checkbox"/> INDEPENDENTE	<input checked="" type="checkbox"/> AJUDA TOTAL	<input type="checkbox"/> AJUDA PARCIAL
PADRÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> BANHO GERAL	Diário	<input type="checkbox"/> BANHO PARCIAL		
HIGIENE ORAL:	<input type="checkbox"/> CUIDADA	<input checked="" type="checkbox"/> DESCUIDADA	<input type="checkbox"/> USO PRÓTESE	Ausência de alguns dentes	
VESTUÁRIO ADEQUADO:			<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	
IDADE APARENTE CORRESPONDE À REAL:		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	Envelhecida	
SONO/REPOUSO					
PADRÃO HABITUAL:	6h	DIFICULDADES SONO:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Ao adormecer

FACTORES FAVORECEDORES: Medicamentos e o silêncio

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

RIGIDEZ TREMOR MOV. ANORMAIS SONOLENTO CATATONIA

AGITAÇÃO CONVULSÕES: **CARACTERÍSTICAS:**

RELAÇÕES INTERPESSOAIS

BOAS REGULARES DIFÍCEIS

REACÇÃO AO SERVIÇO: ACEITA NÃO ACEITA INDIFERENTE AGRESSIVO

HOSTIL IRRITÁVEL AGITADO

ATITUDE: COLABORA NTE NÃO COLABORANTE INDIFERENTE AGRESSIVA



AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

USO DE SUBSTÂNCIAS			
USO DE ÁLCOOL:	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	QUANT.
USO DE TABACO:	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	QUANT.
USO DE DROGAS:	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	QUAIS
AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL			
CONSCIÊNCIA:	ORIENTAÇÃO:	<input type="checkbox"/> AUTOPSÍQUICA	<input checked="" type="checkbox"/> ALOPSÍQUICA
	DESORIENTAÇÃO:	<input type="checkbox"/> TEMPORAL	<input type="checkbox"/> ESPACIAL
	<input type="checkbox"/> LÚCIDO	<input type="checkbox"/> VIGIL	<input checked="" type="checkbox"/> CONFUSO
			<input type="checkbox"/> SONOLENT ○
PENSAMENTO: (Curso)	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO	<input type="checkbox"/> BRAPADPSIQUISM ○	<input type="checkbox"/> TAQUIPSIQUISMO
	<input checked="" type="checkbox"/> FUGA DE IDEIAS	<input type="checkbox"/> INIBIÇÃO	<input type="checkbox"/> CIRCUNSTANCIAD ○
PENSAMENTO: (Forma)	<input type="checkbox"/> DESAGREGADO	<input type="checkbox"/> DISSOCIA DO	<input checked="" type="checkbox"/> ILÓGICO
			<input type="checkbox"/> NEOLOGÍS TICO
PENSAMENTO: (Conteúdo)	<input type="checkbox"/> ANSIOSO	<input checked="" type="checkbox"/> DEPRESSIV ○	<input type="checkbox"/> FÓBICO
			<input type="checkbox"/> OBSESSIVO
DISCURSO:	DELÍRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> VERBORRE IA	<input type="checkbox"/> MUTISMO
	<input type="checkbox"/> MONÓLOGO	CONTEÚD O:	<input type="checkbox"/> COERENTE
			<input checked="" type="checkbox"/> LENTIFICA DO
			<input checked="" type="checkbox"/> INCOEREN TE
LINGUAGEM NÃO VERBAL:	EXPRESSÃO FACIAL	Fechada	
	OLHAR	Mantém contacto visual	
	POSTURA	Desadequada	
Percepção:	ALUCINAÇÕ ES	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
	ILUSÕES	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DESREALIZAÇÃO	

	DESPERSONALIZAÇ ÃO
JUÍZO CRÍTICO:	<input type="checkbox"/> CONSERVADO <input checked="" type="checkbox"/> ALTERADO
MEMÓRIA:	RECENT <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ALTERADA E:
	REMOTA: <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ALTERADA
HUMOR:	<input type="checkbox"/> EUTÍMIC A <input checked="" type="checkbox"/> DEPRESSIVA <input type="checkbox"/> EUFÓRICA <input type="checkbox"/> ANSIOSA
	<input checked="" type="checkbox"/> APÁTICA <input type="checkbox"/> LÁBIL <input checked="" type="checkbox"/> AGRESSIVA

Anexo B

(MINI MENTAL STATE)

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? __0__
Em que mês estamos? __0__
Em que dia do mês estamos? __0__
Em que dia da semana estamos? __1__
Em que estação do ano estamos? __0__

Nota: __1__

Em que país estamos? __1__
Em que distrito vive? __0__
Em que terra vive? __1__
Em que casa estamos? __1__
Em que andar estamos? __0__

Nota: __3__

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra __0__
Gato __0__
Bola __0__

Nota: __0__

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: __0__

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra __0__
Gato __0__
Bola __0__

Nota: __0__

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio __1__
Lápis __0__

Nota: __1__

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: __0__

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita __1__

Dobra ao meio 0

Coloca onde deve __1__

Nota: __2__

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos __0__

Nota: __0__

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

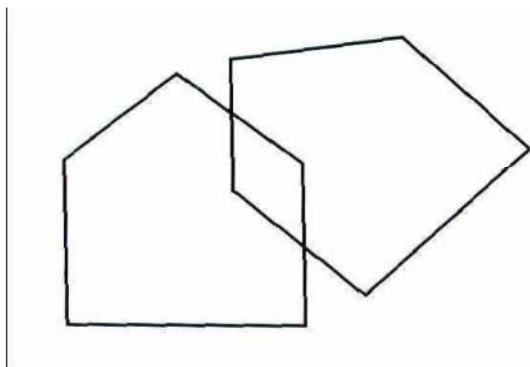
Frase:

Nota: __0__

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



Nota: __0__

TOTAL(Máximo 30 pontos): __7__

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO X

Avaliação Inicial – Casa de Saúde do Bom Jesus

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

ADMISSÃO

MOTIVO DA ADMISSÃO (OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM)

ACOMPANHADO POR

FONTE DE INFORMAÇÃO: PRÓPRIO FAMILIARES OUTROS:

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

ACOMPANHAMENTO PSIQUIÁTRICO: NÃO SIM LOCAL

PSIQUIATRIA:

DATA DA ÚLTIMA CONSULTA:

MEDICAÇÃO HABITUAL:

NAP: NÃO SIM ÚLTIMA TOMA PRÓXIMA TOMA

ADESÃO À TERAPÊUTICA: NÃO SIM SCORE ESCALA

MEIOS AUXILIARES DE DIGNÓSTICO: DATA RESULTADOS

ANTECEDENTES PESSOAIS

DOENÇAS

MEDICAÇÃO HABITUAL

ADESÃO À TERAPÊUTICA: NÃO SIM

ALERGIAS: NÃO SIM QUAIS

ANTECEDENTES FAMILIARES

DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS

NÃO

SIM

QUAIS

OUTROS

OBS.

PARÂMETROS VITAIS

TA

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

DOR (SCORE)

PESO

ALTURA

GLICEMIA

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS

TEGUMENTOS: ROSADOS PÁLIDOS CIANOSADOS DESIDRATADOS

EDEMAS TUMEFACÇÕES FERIDAS OUTROS

SENTIDOS: AUDIÇÃO: NORMAL REDUZIDA ESQ. REDUZIDA DTA. USO PRÓTESE

VISÃO: NORMAL REDUZIDA ESQ. REDUZIDA DTA. USO ÓCULOS

ALIMENTAÇÃO: APETITE: NORMAL DIMINUÍDO AUMENTADO USO ÓCULOS

INDEPENDENTE NECESSITA AJUDA DIETA: Geral

ESTADO DE NUTRIÇÃO: BEM NUTRIDA DESNUTRIDA OBESA

ELIMINAÇÃO: INDEPENDENTE SEM ALTERAÇÕES INCONTINÊNCIA URINÁRIA

RETENÇÃO URINÁRIA INCONTINÊNCIA DE FEZES OBSTIPAÇÃO USO LAXANTES

LOCOMOÇÃO: MARCHA NORMAL MARCHA ALTERADA PERDA DE EQUILÍBRIO

CADEIRA DE RODAS PRÓTESES QUAIS:

DEAMBULA COM AJUDA ACAMADO OUTROS APOIOS

ASPECTO GERAL

HIGIENE: CUIDADA DESCUIDADA INDEPENDENTE AJUDA TOTAL AJUDA PARCIAL

PADRÃO: BANHO GERAL BANHO PARCIAL

HIGIENE ORAL: CUIDADA DESCUIDADA USO PRÓTESE

VESTUÁRIO ADEQUADO: NÃO SIM

IDADE APARENTE CORRESPONDE À REAL: NÃO SIM

SONO/REPOUSO

PADRÃO HABITUAL: DIFICULDADES SONO: SIM NAO Ao adormecer

FACTORES FAVORECEDORES:

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

RIGIDEZ TREMOR MOV. ANORMAIS SONOLENTO CATATONIA

AGITAÇÃO CONVULSÕES: CARACTERÍSTICAS:

RELAÇÕES INTERPESSOAIS

BOAS REGULARES DIFÍCEIS

REACÇÃO AO SERVIÇO:	<input type="checkbox"/> ACEITA	<input type="checkbox"/> NÃO ACEITA	<input type="checkbox"/> INDIFERENTE	<input type="checkbox"/> AGRESSIVO
	<input type="checkbox"/> HOSTIL	<input type="checkbox"/> IRRITÁVEL	<input type="checkbox"/> AGITADO	

ATITUDE:	<input type="checkbox"/> COLABORANTE	<input type="checkbox"/> NÃO COLABORANTE	<input type="checkbox"/> INDIFERENTE	<input type="checkbox"/> AGRESSIVA
----------	--------------------------------------	--	--------------------------------------	------------------------------------

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

USO DE SUBSTÂNCIAS

USO DE ÁLCOOL:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	QUANT.
USO DE TABACO:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	QUANT.
USO DE DROGAS:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	QUAIS

AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

CONSCIÊNCIA:	ORIENTAÇÃO:	<input type="checkbox"/> AUTOPSÍQUICA	<input type="checkbox"/> ALOPSÍQUICA
	DESORIENTAÇÃO:	<input type="checkbox"/> TEMPORAL	<input type="checkbox"/> ESPACIAL
PENSAMENTO: (Curso)	<input type="checkbox"/> LÚCIDO	<input type="checkbox"/> VIGIL	<input type="checkbox"/> CONFUSO
	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO	<input type="checkbox"/> BRAPADIPSQUIZISMO	<input type="checkbox"/> TAQUIPSQUIZISMO
PENSAMENTO: (Forma)	<input type="checkbox"/> FUGA DE IDEIAS	<input type="checkbox"/> INIBIÇÃO	<input type="checkbox"/> CIRCUNSTANCIADO
	<input type="checkbox"/> DESAGREGADO	<input type="checkbox"/> DISSOCIADO	<input type="checkbox"/> ILÓGICO
PENSAMENTO: (Conteúdo)	<input type="checkbox"/> ANSIOSO	<input type="checkbox"/> DEPRESSIVO	<input type="checkbox"/> FÓBICO
	DELÍRIOS:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
DISCURSO:	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> VERBORREIA	<input type="checkbox"/> MUTISMO
	<input type="checkbox"/> MONÓLOGO	CONTEÚDO:	<input type="checkbox"/> COERENTE

EXPRESSÃO FACIAL

LINGUAGEM NÃO VERBAL:

OLHAR

POSTURA

Percepção:	ALUCINAÇÕES	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	TIPO:
	ILUSÕES	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	TIPO:
JUÍZO CRÍTICO:	<input type="checkbox"/> DESPERSONALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> DESREALIZAÇÃO		
	<input type="checkbox"/> CONSERVADO	<input type="checkbox"/> ALTERADO		
MEMÓRIA:	RECENTE:	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ALTERADA	
	REMOTA:	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ALTERADA	
HUMOR:	<input type="checkbox"/> EUTÍMICA	<input type="checkbox"/> DEPRESSIVA	<input type="checkbox"/> EUFÓRICA	<input type="checkbox"/> ANSIOSA
	<input type="checkbox"/> APÁTICA	<input type="checkbox"/> LÁBIL	<input type="checkbox"/> AGRESSIVA	

ANEXO XI

Brochura Idosos

POTENCIAIS RISCOS !

- **Ambientes novos**
- **A cozinha (fugas de gás)**
 - utilizar acendedor eléctrico)
- **A casa de banho (tapetes, detegentes)**
- **As Luzes (ambientes escuros)**
- **As Escadas (corrimões, material antiderrapante e identificação do 1 e ultimo degrau)**
- **O Chão (retirar elementos de decoração)**
- **As Janelas (janelas travadas ou grades de protecção)**
- **As Portas (sem chave)**
 - a porta exterior sempre fechadas)
- **O Jardim (com vedação e portão, sem materiais cortantes)**
- **No exterior (sempre acompanhado)**



Sentimentos de quem cuida ...

- **Tristeza**
- **Frustração**
- **Culpa**
- **Solidão**

Lembre-se que a sua presença, a ternura e o seu amor são indispensáveis quer esteja o seu familiar em casa ou numa instituição ...

- **Não se recrimine**
- **Cuide de si**
- **Sensibilize os familiares para ajudarem**
- **Conheça os seus limites**

ACES FAMALICÃO

O IDOSO E A DEMÊNCIA

SINAIS DE ALERTA E INTERVENÇÃO



ACES de
FAMALICÃO
AGENCIAMENTO DE CUIDADOS DE SAÚDE
DE V.N. DE FAMALICÃO



Com a colaboração de: Pedro Raul Silva, Enf.

Telf. 252 980 280
acesfamalicao@cstfamalicao1.min-saude.pt

SINAIS DE ALERTA !

- Perda de Memória
- Dificuldade em executar as tarefas diárias
- Problemas de linguagem
- Perda da noção de tempo e desorientação
- Discernimento fraco ou diminuído
- Problemas relacionados com o pensamento abstracto (contas dos gastos)
- Trocar o lugar das coisas
- Alterações de humor ou comportamento
- Alterações de personalidade
- Perda de iniciativa



DEMÊNCIA — O QUE É ?

Demência é uma doença progressiva onde há perda da acuidade mental e capacidades, o que tende a interferir com a vida diária da pessoa. É uma doença que afecta as células cerebrais.

A Demência não é apenas um tipo de doença, ela é considerada uma síndrome, ou seja, é um grupo de sinais físicos e sintomas que a pessoa apresenta, estando presente em várias doenças diferentes. Assim, como uma síndrome a demência apresenta três características principais:

- Prejuízo da memória. Os problemas de memória podem ser desde um simples esquecimento leve até um prejuízo severo a ponto de não se recordar da própria identidade.
- Problemas de comportamento. Normalmente caracteriza-se por agitação, insónia, choro fácil, comportamentos inadequados, perda da inibição social normal, alterações de personalidade
- Perda das habilidades. São as habilidades adquiridas durante a vida, tais como, organizar os compromissos, conduzir, vestir a roupa, cuidar da vida financeira, cozinhar, etc.

DOENÇA DE ALZHEIMER

É a mais comum das demências. É uma doença progressiva, degenerativa, em que as células nervosas do cérebro são destruídas afectando a memória, o raciocínio, a comunicação, o comportamento e a realização de tarefas do dia-a-dia para a qual ainda não existe prevenção e poucas são as alternativas de tratamento farmacológico. Progredir de forma gradual e lentamente, tornando o portador cada vez mais dependente.

É um cuidar permanente – 24 horas por dia, sem tréguas. De diagnóstico difícil, e no momento sem possibilidade nenhuma de prevenção, a Doença de Alzheimer não tem como ser impedida de atingir qualquer indivíduo.

INTERVENÇÕES !

- Não criticar, evitar discutir
- Manter postura calma
- Demonstrar carinho e apoio
- Estar próximo, olhar bem para o doente, olhos nos olhos, quando conversam
- Acompanhamento a passeios exteriores
- Fazer-se acompanhar com a identificação (nome, morada e telefone)
- Ajudar e incentivar a colaborar nas rotinas diárias
- Mostrar fotografias/objects para relembra o passado
- Manter dieta equilibrada
- Ajudar na alimentação com cuidado com a temperatura e tamanho dos alimentos
- Incentivar a lavar-se, vestir-se, pentear-se e barbear-se
- Optar por roupa simples e fácil de vestir e colocar por ordem de vestir



ANEXO XII

Escalas

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE

EDG - YESAVAGE		DATAS		
1. Satisfeito com a Vida?	Sim - 0			
	Não - 1			
2. Interrompeu muitas das suas actividades?	Sim - 1			
	Não - 0			
3. Acha a sua vida vazia?	Sim - 1			
	Não - 0			
4. Aborrece-se com frequência?	Sim - 1			
	Não - 0			
5. Sente-se bem com a vida a maior parte do tempo?	Sim - 0			
	Não - 1			
6. Teme que algo de mal lhe aconteça?	Sim - 1			
	Não - 0			
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	Sim - 0			
	Não - 1			
8. Sente-se desamparado com frequência?	Sim - 1			
	Não - 0			
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim - 1			
	Não - 0			
10. Acha que tem mais problemas de memória do que outras pessoas?	Sim - 1			
	Não - 0			
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	Sim - 0			
	Não - 1			
12. Vale a pena viver como vive agora?	Sim - 0			
	Não - 1			
13. Sente-se cheio de energia?	Sim - 0			
	Não - 1			
14. Acha que a sua situação tem solução?	Sim - 0			
	Não - 1			
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	Sim - 0			
	Não - 1			
TOTAL:				

RESULTADOS:

0 a 4	pontos	Normal
5 a 9	pontos	Depressão ligeira
10 a 15	pontos	Depressão grave

Mini Mental State – MMS

Validado para a População Portuguesa

AVALIAÇÃO COGNITIVA

NOME: _____

IDADE: _____ Anos Data: ____ de _____ de _____

I – ORIENTAÇÃO:

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

- | | |
|--|-------|
| 1 - Em que ano estamos? | _____ |
| 2 - Em que mês estamos? | _____ |
| 3 - Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) | _____ |
| 4 - Em que estação do ano estamos? | _____ |
| 5 - Em que dia da semana estamos? | _____ |
| 6 - Em que País estamos? (Como se chama o nosso País?) | _____ |
| 7 - Em que Distrito vive? | _____ |
| 8 - Em que Terra vive? | _____ |
| 9 - Em que casa estamos? (Como se chama esta casa?) | _____ |
| 10 - Em que andar estamos? | _____ |
- Nota:**

II – RETENÇÃO:

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras.”

As três palavras são:

Pêra _____ Gato _____ Bola _____ **Nota:**

Repita as três palavras (Dar 1 ponto por cada resposta correcta).

III – ATENÇÃO E CÁLCULO:

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3, e que ao número encontrado, volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer 1 erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro.)

30 _____ 27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____ **Nota:**

Se a pessoa não conseguir executar esta tarefa, faz-se **em alternativa**, uma outra:

“Vou dizer-lhe uma palavra e queria que me dissesse essa palavra, letra por letra, mas ao contrário, isto é, do fim para o princípio.”

A palavra é: P O R T A (Dar 1 ponto por cada letra correctamente repetida).

A _____ T _____ R _____ O _____ P _____ **Nota:**

IV – EVOCAÇÃO:

(Só se efectua no caso da pessoa ter aprendido as três palavras referidas na prova de “II – RETENÇÃO”.)

“Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir.”

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

Pêra _____ Gato _____ Bola _____ **Nota:**

V – LINGUAGEM:

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

- a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?”

Nota:

- b) Mostrar o lápis.

“Como se chama isto?”

Nota:

- c) Repetir a frase: *“O rato rói a rolha.”*

Nota:

- d) *“Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão.”*

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

Pega no papel com a mão direita _____

Dobra o papel ao meio _____

Coloca o papel no chão _____

Nota:

- e) *“Leia e cumpra o que diz neste cartão.”*

(Mostrar um cartão com a frase: “FECHE OS OLHOS”. Se a pessoa for analfabeta, o examinador deverá ler-lhe a frase.)

(Dar 1 ponto por cada realização correcta)

Fechou os olhos _____

Nota:

- f) *“Escreva uma frase.”*

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido, para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letra não contam como erros.)

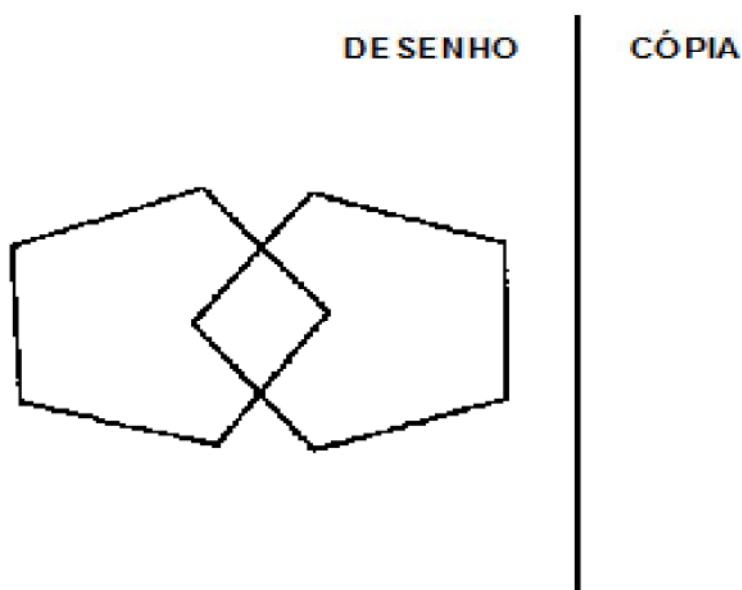
Nota:

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar."

(Mostrar o desenho)

(Os 10 ângulos devem estar presentes, e 2 deles devem estar interceptados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados.)

Nota:



Nota Total:

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15 ;
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 ;
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 .

Bibliografia:

- Folstein MF e *tal.* "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 1975; 12: 189-98;
- Guerreiro M. Contributo da Neuropsicologia para o estudo das Demências. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa, 1998.

EARS – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

I - A admissão actual foi precipitada por uma tentativa de suicídio? Sim: 2 Não: 1			
II – Factores Cruciais	Alto Risco	Risco Moderado	Não requer Precauções
Contrato de Segurança	Reluta em fazer contrato Incapaz de contratar (alucinações, delírios, demência, dissociação) 2	Faz contrato, mas mostra-se ambivalente ou reservado 1	Faz contrato fiável para sua segurança 0
Plano de Suicídio	Tem plano com acesso real ou potencial ao método planeado 2	Tem plano sem acesso ao método planeado 1	Nenhum plano 0
Letalidade do Plano	Altamente letal 2	Tem plano sem acesso ao método planeado 1	Nenhum plano 0
Risco de Evasão	Alto risco de evasão 2	Tem plano sem acesso ao método planeado 1	Nenhum risco de evasão 0
Ideação Suicida	Pensamentos suicidas constantes 2	Pensamentos suicidas constantes intermitentes 1	Susência de pensamentos suicidas no momento 0
História de Tentativa	Tentativas anteriores de alta letalidade 2	Tentativas prévias de baixa letalidade 1	Ausência de tentativas anteriores 0
Sintomas: Falta de Esperanças Desamparo Culpa/vergonha Raiva/fúria Impulsividade	5-6 Sintomas Presentes 2	3-4 Sintomas Presentes 1	0-2 Sintomas Presentes 0
Pensamentos Mórbidos Actuais	Constantemente 2	Frequentemente 1	Raramente 0
III - Avaliação subjectiva do paciente pelo Enfermeiro: Respostas do paciente não são confiáveis; diversas indicações não verbais: 4 Respostas do paciente são duvidosas, mas merecem confiança, pelo menos uma indicação não verbal: 3 Paciente responde de forma fidedigna: 0			

CHAVE PARA A PONTUAÇÃO

Precauções de alto risco: **10 ou mais**

Precauções de risco moderado: **4 a 9**

Sem necessidade de Precauções: **0 a 3**

Nome: _____ Data: _____

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON

GRAUS: NENHUM – 0 ; LEVE – 1 ; MÉDIO – 2 ; FORTE – 3 ; MÁXIMO - 4

	ITEM	COMPORTAMENTO	GRAU
1	Humor Ansioso	Inquietação, temor do pior, apreensão quanto ao presente ou futuro, maus pressentimentos, irritabilidade, etc.	
2	Tensão	Sensação de tensão, fadiga, reações de sobressalto, choro fácil, tremores, sensação de cansaço, incapacidade de relaxar, agitação.	
3	Medos	De escuro, de estranhos, de ficar só, de animais de grande porte, do trânsito, de multidões, etc.	
4	Insônia	Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga de acordar, sonhos penosos, pesadelos, terror noturno, etc.	
5	Intelectual	Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.	
6	Humor Deprimido	Perda de interesse, oscilação do humor, depressão, despertar precoce, etc.	
7	Somatizações Motoras	Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.	
8	Somatizações Sensoriais	Ondas de frio ou calor, sensação de fraqueza, visão borrada, sensação de picadas, formigamento, sensações auditivas de ruído, zumbidos, etc.	
9	Sintomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitações, dores no peito, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, etc.	
10	Sintomas Respiratórios	Pressão ou constrição no peito, dispnéia, respiração suspirosa, sensação de sufocação, etc.	
11	Sintomas Gastrointestinais	Deglutição difícil, aerofafia, dispepsia, sensação de plenitude, dor pré ou pós-prandial, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, sensação de vazio gástrico, diarreia ou constipação, cólicas.	
12	Sintomas Genitourinários	Polaciúria, urgência de micção, amenorréia, menorragia, frigidez, ejaculação precoce, ereção incompleta, impotência, diminuição da libido, etc.	
13	Sintomas Neurovegetativos	Boca seca, palidez, ruborização, tendência à sudação, tonturas, cefaléia de tensão, etc.	
14	Comportamento na Entrevista	Geral: tenso, pouco à vontade, inquieto, agitação das mãos (mexer, retorcer, cacoetes e tremores), franzir a testa, face tensa. Fisiológico: engolir a saliva, eructações, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, etc.	
SCORE TOTAL			

Escala de ansiedade de Hamilton (Hamilton, 1969; tradução AMBAN, 1985): é composta de catorze itens subdivididos em dois grupos, sete relacionados a sintomas de humor ansioso e sete relacionados a sintomas físicos de ansiedade. Cada item é avaliado segundo uma escala que varia de 0 a 4 de intensidade (0= ausente; 2= leve; 3 = média; 4 = máxima). A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 56. Esse instrumento deve ser aplicado por um avaliador.

Instruções: Escolha para cada item, segundo sua experiência, a nota que corresponde à intensidade do comportamento observado. As definições que acompanham o enunciado do item são exemplos para orientação.

Todos os itens devem ser cotados seguindo o esquema:

- 0 = AUSENTE**
- 1 = INTENSIDADE LEVE**
- 2 = INTENSIDADE MÉDIA**
- 3 = INTENSIDADE FORTE**
- 4 = INTENSIDADE MÁXIMA**

ESCALA DE DEPRESSÃO DE HAMILTON

Todos os itens devem ser preenchidos. Assinalar o número apropriado.

1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0. Ausente.
1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido.
2. Sentimentos relatados espontaneamente com palavras.
3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.
4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente.

2. SENTIMENTOS DE CULPA

0. Ausente
1. Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros.
2. Ideias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más acções.
3. A doença actual é um castigo.
4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. SUICÍDIO

0. Ausente.
1. Sente que a vida não vale a pena.
2. Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte.
3. Ideias ou gestos suicidas.
4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4).

4. INSÓNIA INICIAL

0. Sem dificuldades para conciliar o sono.
1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora.
2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

5. INSÓNIA INTERMEDIÁRIA

0. Sem dificuldades.
1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.
2. Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2(excepto p/ urinar).

6. INSÓNIA TARDIA

0. Sem dificuldades.
1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir
2. Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama.

7. TRABALHO E ACTIVIDADES

0. Sem dificuldades.
1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a actividades, trabalho ou passatempos.
2. Perda de interesse por actividades (passatempos ou trabalho) quer directamente relatada pelo paciente, quer indirectamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou actividade).
3. Diminuição do tempo gasto em actividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em actividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo).
4. Parou de trabalhar devido à doença actual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras actividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

8. RETARDO (lentidão de ideias e fala; dificuldade de concentração; actividade motora diminuída)

0. Pensamento e fala normais.
1. Leve retardo à entrevista.
2. Retardo óbvio à entrevista.
3. Entrevista difícil.
4. Estupor completo.

9. AGITAÇÃO

0. Nenhuma.
1. Inquietude.
2. Brinca com as mãos, com os cabelos, etc.
3. Mexe-se, não consegue sentar quieto.
4. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

0. Sem dificuldade.
1. Tensão e irritabilidade subjectivas.
2. Preocupação com trivialidades.
3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala.
4. Medos expressos sem serem inquiridos.

11. ANSIEDADE SOMÁTICA

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

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS

0. Nenhum
1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdómen
2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

0. Nenhum
1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaleia, mialgias. Perda de energia e cansaço.
2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2.

14. SINTOMAS GENITAIS

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

0. Ausentes
1. Leves
2. Intensos

15. HIPOCONDRIA

0. Ausente
1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
2. Preocupação com a saúde
3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc.
4. Ideias delirantes hipocondríacas.

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

A - Quando avaliada pela história clínica

0. Sem perda de peso.
1. Provável perda de peso associada à moléstia actual.
2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente)
3. Não avaliada.

B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

0. Menos de 0,5 Kg de perda por semana.
1. Mais de 0,5 Kg de perda por semana.
2. Mais de 1 Kg de perda por semana.
3. Não avaliada.

17. CONSCIÊNCIA

0. Reconhece que está deprimido e doente.

1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.
2. Nega estar doente.

18. VARIAÇÃO DIURNA

A - Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma".

0. Nenhuma
1. Pior de manhã.
2. Pior à tarde.

B - Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação.

0. Nenhuma.
1. Leve
2. Grave

NOTA: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado.

19. DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE

Tais como: sensações de irrealidade, ideias niilistas

0. Ausente
1. Leve.
2. Moderadas.
3. Graves.
4. Incapacitantes.

Grau Reduzido	0-7 pontos
Grau Moderado	8-17 pontos
Grau Elevado	18-25 pontos
Grau Muito Elevado	»26 pontos

20. SINTOMAS PARANÓIDES

0. Nenhum.
1. Desconfiança.
2. Ideias de referência.
3. Delírio de referência e perseguição.

21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

0. Nenhum.
1. Leves.
2. Graves.

SOMAR OS PONTOS OBTIDOS EM TODOS OS ÍTEMS (EXCETO 18 A)

CONTAGEM TOTAL: ____ (0-62)

AVD (Índice de Katz)	AUTONOMO	AUTONOMO COM SUPERVISÃO	AUTONOMO COM AJUDA	SEM AUTONOMIA
Controle de Esfinct	4	3	2	1
Higiene	4	3	2	1
Mobilidade	4	3	2	1
Vestir / Despir	4	3	2	1
Alimentação	4	3	2	1
utilização do WC	4	3	2	1

TOTAL _____

Índice de Barthel - Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)

Alimentação	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Dependente	0
Banho	Independente	5
	Dependente	0
Controle Intestinal	Independente	10
	Incontinencia Involuntaria Ocasional	5
	Incontinente Fecal	0
Uso do WC	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Dependente	0
Transf. Cama-Cadeira	Independente	15
	Necessita de ajuda minima	10
	Necessita de grande ajuda	5
	Dependente	0

TOTAL: _____

Vestir	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Dependente	0
Hig Corporal	Independente	5
	Dependente	0
Cont vesical	Independente	10
	Incontinencia Involuntaria Ocasional	5
	Incontinente Fecal	0
Subir escadas	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Dependente	0
Deambulação	Independente	15
	Necessita de ajuda minima	10
	Necessita de grande ajuda	5
	Dependente	0

GRAU DE DEPENDÊNCIA: _____

Índice de Lawton - Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

Cuidar da Casa	Cuida da casa s\ ajuda	1
	Faz tudo exepto o trab.pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz para todas as tarefas	5
Lavar a Roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	Incapaz para lavar a sua roupa	3
Preparar a Comida	Planeia, prepara e serve	1
	Prepara se lhe derem os alimentos	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar	4
Ir às Compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	Incapaz de ir às compras	4

TOTAL: _____

Uso do Telefone	Usa sem dificuldade	1
	Só liga para familiares	2
	Necessita de ajuda	3
	Incapaz de usar	4
Uso de transporte	Viaja em transp publicos ou conduz	1
	Anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar transporte	
Uso de dinheiro	Paga as contas e vai ao Banco	1
	Pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar	3
Resp medicação	Responsavel pela sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem	2
	Incapaz de responsabilização	3

GRAU DE DEPENDÊNCIA: _____

Indice de Barthel:

100	pontos
60-95	pontos
40-55	pontos
20-35	pontos
<20	pontos

Independente
Ligeiramente Dependente
Moderadamente dependente
Severamente Dependente
Totalmente Dependente

Indice de Lawton:

8	pontos
09:20	pontos
>20	pontos

Independente
Moderadamente dependente
Severamente Dependente

Indice de Katz:

0 a 1	pontos
» 2	pontos

Independente
Dependente

ANEXO XIII

Guiões de Relaxamento

GUIÃO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular e profunda. Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo, mais e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade.

Relaxe e sinta a paz dentro de si. Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior.

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada e serena. Por fim, os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz.

Agora a sua respiração é totalmente suave, relaxada, em paz e todos os seus músculos se encontram relaxados.

TESTA: concentre-se agora nos músculos da testa e esqueça os restantes músculos do corpo. Enrugue a testa subindo-a para cima... sinta a forte tensão sobre a ponta do nariz e ao redor das sobrancelhas... (pausa). Agora pode relaxar muito lentamente, focando a sua atenção sobre os pontos que estavam mais tensos... é como se os seus músculos tivessem desaparecidos, estando totalmente relaxados.

OLHOS: feche os olhos, apertando-os com força... sinta a tensão em toda a volta dos olhos, em cada pálpebra... concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe lentamente e note as diferenças de sensações... os músculos estão relaxados, sem tensão.

FACE: force um sorriso, todos os músculos da face e boca estão tensos.... Os seus lábios e as bochechas estão tensos e rígidos.... (pausa). Relaxe agora esses músculos..... note as sensações nos diferentes músculos, sem pressão, sem tensão.

QUEIXO: aperte os seus dentes, com força..... sinta os músculos contraídos, tensos..... (pausa). Pouco a pouco, relaxe a boca, sinta como os músculos se apagam e se relaxam.

PESCOÇO: contraia os músculos do pescoço.... Sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço.... Os músculos estão

tensos....(pausa). Relaxe lentamente o pescoço.... Os músculos perdem a sua tensão e relaxam pausadamente.

MEMBROS SUPERIORES: levante o seu braço direito e com o punho fechado, faça força.... O seu braço está o mais rígido possível, está tenso, desde a mão até ao ombro.... Concentre-se na forma como aumenta a pressão...(pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial.... Sinta como os seus músculos estão perdidos, apagados... completamente relaxados.

Levante o seu braço esquerdo direito e com o punho fechado, faça força.... O seu braço está o mais rígido possível, está tenso, desde a mão até ao ombro.... Concentre-se na forma como aumenta a pressão...(pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial.... Sinta como os seus músculos estão perdidos, apagados... completamente relaxados.

MEMBROS INFERIORES: contraia os músculos da sua perna direita, esticando o seu pé direito, exercendo a máxima tensão... sinta a contracção do pé até a coxa... (pausa). Relaxe lentamente a sua perna direita e o joelho... sinta a sensação de relaxamento em todos os seus músculos anteriormente expostos à tensão.

Contraia os músculos da sua perna esquerda, esticando o seu pé esquerdo, exercendo a máxima tensão... sinta a contracção do pé até a coxa... (pausa). Relaxe lentamente a sua perna esquerda e o joelho... sinta a sensação de relaxamento em todos os seus músculos anteriormente expostos à tensão.

REGIÃO DORSAL: arqueie as suas costas para a frente, se necessário com a ajuda dos braços.... Sinta a tensão em toda a sua coluna, nos ombros e fundo das costas.... Concentre a sua atenção nas zonas de tensão... (pausa). Relaxe gradualmente, voltando à posição inicial.... Note o desaparecimento da tensão nos músculos envolvidos.... Estão completamente relaxados.

REGIÃO TORACICA: faça força no seu peito, torne-o mais rígido, tentando contrai-lo, como se quisesse reduzir os pulmões... concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe gradualmente o seu peito... sinta a sensação dos músculos soltos, sem tensão.

REGIÃO ABDOMINAL: contraia fortemente os músculos da barriga, até que a sinta dura como uma tábua... sinta a tensão em redor do umbigo... (pausa). Relaxe agora os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza... todos os músculos estão completamente relaxados.

REGIAO SACROCOCCIGEA: concentre-se nos músculos abaixo da cintura... contraia todos os músculos dessa zona em contacto com o colchão... contraia as nádegas e as coxas com toda a força... (pausa). Pode relaxar lentamente todos os músculos... sinta o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento.

Está completamente relaxado(a)... todos os músculos estão leves... o seu corpo está solto e totalmente relaxado... mantenha os olhos fechados... inspire e expire lentamente, relaxando todo o seu corpo, da cabeça até aos pés... inspire novamente... expire o ar lentamente...

Permaneça deitada apreciando o seu estado de relaxamento...

Faça uma contagem regressiva a partir de cinco... quatro... três...dois... um... e abra os olhos lentamente e após levante-se lentamente.

GUIÃO PARA TÉCNICA DE RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO GUIADA 1

“Concentre-se na sua respiração. [pausa]... Sinta que a sua respiração é suave, regular, e profunda. [pausa]... Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo, mais e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade.

Relaxe e sinta a paz dentro de si [pausa]... Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior [pausa].

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços, e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada, e serena [pausa]...

Por fim, relaxe os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz [pausa]... Agora a sua respiração é totalmente suave, [pausa]...relaxada [pausa]... em paz [pausa]... e todos os seus músculos se encontram relaxados[pausa]... Continuem a escutar a música, enquanto mantêm este estado de relaxamento...

[pausa de 5 minutos]

Lentamente, vão começar a despertar... vão prestar mais atenção aos sons ambientes, à música... prestar mais atenção à minha voz...[pausa]... lentamente vão começar a prestar mais atenção ao corpo, começando a sentir os membros, a cara, as costas, ao abdómen e o tórax..

[pausa]...

Lentamente, comece a abrir os olhos. Conte lentamente até 5, e levante-se, lentamente.”

Avaliar a actividade

Solicitar a cada elemento do grupo que faça a sua apreciação da mesma, descrevendo como se sentiram ao longo da sessão: aspectos positivos e negativos e as maiores dificuldades.

GUIÃO PARA TÉCNICA DE RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO GUIADA 2

NA PRAIA

“Procure respirar suavemente, de forma regular e profunda. Feche os olhos suavemente.

Está a caminhar numa praia, o mar está calmo, o sol emana uma luz e um calor agradável, relaxante... Sente-se cansado e resolve deitar-se na areia a descansar um pouco... De olhos fechados e com o sol a aquecer-lhe o rosto sente-se tranquilo... extremamente relaxado...

Começa a sentir o corpo pesado, as pernas estão tão pesadas que mesmo que tentasse levantá-las não seria capaz... Os seus braços estão pesados, muito pesados que não é capaz de levantá-los do chão. Sente-se preso ao chão, muito cansado... O mar calmamente vai chegando perto de si, molhando delicadamente os seus pés, as pernas, os seus braços... até que começa a boiar à superfície daquele mar calmo, e levado pela suave corrente o seu corpo deixa de ter peso, aquele peso que o fazia estar colado ao chão...

A boiar naquela imensidão azul o dia vai declinando e anoitece. Agora é a luz da lua que banha o seu rosto... o único ruído que ouve é o ondular suave do mar e ao longe o som despreocupado dos golfinhos que mergulham alegremente.

A sua respiração é suave e calma e o seu corpo é leve como uma pena boiando na superfície líquida... O tempo passa e a corrente vai arrastando o seu corpo levemente... já se sentem os primeiros raios de sol a aquecerem delicadamente o seu corpo, está a amanhecer...

O mar leva-o devagarinho até à praia e deixa-o sobre a areia fina à beira mar... continua de olhos fechados a dormir suavemente e à medida que o sol vai aquecendo mais o seu rosto...

Começa a despertar...

Fechem os olhos e cada um concentre a atenção em si próprio.

Sintam a respiração tranquila e sigam a sua ordem natural: inspirar... expirar...

[pausa de 1 minuto] *Agora sintam o peso dos vossos pés, apoiados sobre o chão*

[breve pausa] *Também as pernas começam a ficar pesadas, relaxadas...*

[breve pausa] *Agora, sintam o peso da bacia ...*

[breve pausa] *Também a coluna e o peito estão relaxados...*

[breve pausa] *As costas estão relaxadas...*

[breve pausa] *Sintam todo o vosso corpo calmo e relaxado... A respiração é fluida e profunda... Inspirar... Expirar... Inspirar... Expirar... Agora que estou tão calmo, olho em redor...*

[breve pausa] *Estou num sítio tranquilo, calmo e sinto-me bem...*

[breve pausa] *Ao longe vejo as nuvens e uma delas voa para mim...*

[breve pausa] *Subo para cima dela, é muito fofa e sinto-me seguro... não tenho medo de nada...*

[breve pausa] *Enquanto voou pela nuvem olho e vejo coisas belas... respiro fundo e sinto-me bem...*

[breve pausa] *Sinto o vento na minha cara, sorrio, sinto-me cada vez mais calmo... cada vez mais em paz...*

[breve pausa] *Começo a olhar em volta... a nuvem caminha para o local de onde parti...*

[breve pausa] *Sinto-me tão bem e calmo... Sinto-me bem...*

[breve pausa] *Cheguei a onde parti e desço da nuvem... ela voa para longe... mas eu continuo a sentir a leveza e a paz que ela me causou...*

[breve pausa] *Começo a sentir de novo a respiração tranquila e sigo a sua ordem natural: inspirar...expirar...*

[pausa de um minuto] *Sinto-me muito bem... sei que quando voltar a abrir os olhos a sensação de calma se vai manter... inspiro... expiro... inspiro... expiro...*

[breve pausa] *Sinto-me a acordar... vou abrir os olhos sem pressa, mover lentamente as mãos... e os pés... espreguiço-me como se estivesse a acordar...*

[breve pausa] *Inspiro e expiro... acordei e sinto-me bem."*

Guião para Técnica de Relaxamento por imaginação Guiada 3

A FLORESTA

“Imagine-se a passear sozinho num bosque... Olhe à sua volta, contemple as árvores, as flores, o perfume da mata... Veja as nuvens brancas que passam vagorosamente... à sua frente veja um relvado... tire os sapatos e ande descalço pela relva... sinta os seus pés molhados suavemente pelo orvalho da manhã...

Pare!... Ouça o canto dos pássaros nas árvores... o vento que sopra suavemente as folhagens... Observe e ouça com calma todos os ruídos que o rodeiam...

Caminhe mais um pouco e veja a linda cascata que cai da pequena montanha que está mais ao fundo... ouça o bater da água contra as pedras... Suba suavemente pelo caminho que se estende até ela... caminhe... observe as flores, sinta o perfume exalado por elas... caminhe... até chegar perto da cascata... repare no lindo lago que ela forma... sente-se numa pedra e deixe que a água molhe suavemente o seu corpo... relaxe... Agora, deite-se na relva... descanse... o sol fá-lo sentir um calor agradável... cada vez mais quente... levante-se lentamente e caminhe com calma até perto da água... ela é límpida e revigora...

Neste momento sente-se relaxado... mais nada o incomoda... sente-se leve... em paz... Calmamente saia da água e volte a descansar sobre a relva... sem nada que o preocupe...

Quando se sentir completamente bem vá abrindo os olhos... espreguice-se... e repare como está a sentir-se bem...”

Guião para Técnica de Relaxamento por imaginação Guiada 4

O MAR

“Imagine-se à beira mar, numa praia, onde caminha descalço na areia macia e quente... O sol brilha e aquece agradavelmente o seu corpo... Há uma brisa suave que acaricia o rosto... No ar, um ténue cheiro de mato misturado com maresia... No céu, poucas nuvens brancas e um bando de gaivotas voando preguiçosas, suavemente contra o vento brando.

Continue a caminhar, desfrutando a carícia da brisa perfumada ni corpo e na areia quente sob os pés... Perceba como é agradável ouvir o som das ondas... Agora deite-se na areia morna e macia... relaxe... deixe a sua vista perder-se sobre as ondas... ouça o rumor do mar, fique profundamente entretido... Vá observando as ondas... tudo está tão agradável, tão tranquilo, que esquece do mundo...

Observe o mar... é noite! E a lua está a começar a surgir no horizonte. Observe como o brilho se reflecte na água iluminando-a... Agora o mar está agitado mas com calma consegue serenar as águas turbulentas... imponha-se ao mar até conseguir experimentar um profundo estado de paz e de relaxamento...

Agora precisa voltar... retorne lentamente e abra os olhos bem devagar...”

Guião para Técnica de Relaxamento por imaginação Guiada 5

O RIO

“Imagine-se num barco que desliza suavemente pelas águas calmas de um rio... Ouça o barulho quase imperceptível da água contra o casco... sinta o suave balanço...

Agora repare que começou a surgir um vento leve, que provoca uma ondulação um pouco maior... reme calmamente até à margem... ancore o barco e fique a apreciar o ambiente que o rodeia...

Repare nos ruídos que vêm do interior da floresta... Observe os pássaros e ouça o seu canto livre, afinado, suave... compartilhe dessa liberdade... o sítio onde se encontra é só seu... não há nada nem ninguém que o incomode... sinta o balançar do barco, a forma como o vento, morno, acaricia o seu rosto... O vento acalmou... a ondulação é outra vez inexistente... solte o barco... que balance suavemente e desliza pelas águas límpidas, vagorosamente...

Sinta como está relaxado... todos os seus músculos estão descontraídos... aproveite o momento... esta calma, este sossego, transmitem-lhe paz... sente-se leve, interiormente... o seu corpo está a receber toda a energia positiva que paira no ambiente... Todas as suas preocupações e angústias estão a desaparecer... a ansiedade, as tensões, os medos... ficam para trás... espreguice-se... relaxe...

Quando se sentir completamente bem vá abrindo os olhos... deixe-se ficar confortável... e repare como se está a sentir bem...”

Guião para Técnica de Relaxamento por imaginação Guiada 6

A ILHA

“Imagine-se a passear numa linda e exuberante praia... a praia está deserta e você caminha lentamente e despreocupado... os seus pés tocam suavemente na areia... a areia é macia e morna... ao fundo tem uma ilha... essa ilha também está deserta, entre na água, o mar está calmo, as águas são rasas, você não precisa nadar... entre na ilha, caminhe por ela... sente-se e observe a natureza... está tudo em perfeita harmonia... repare à sua volta... sinta o perfume da loresta... respire profundamente... perceba como é boa essa troca de ar... que revitaliza as células o seu sangue... sinta uma energia muito boa no seu corpo... está a sentir-se muito bem... está em paz consigo mesmo... agora levante-se e caminhe até à areia, sem pressa... deite-se e deixe os raios solares penetrarem suavemente no seu corpo... sinta a sua energia... deixe-se tocar pela brisa suave e fresca que vem do mar... sinta-a a acariciá-lo... Agora todas as suas preocupações desapareceram, nada o perturba... você está calmo... tranquilo e com óptima sensação de bem-estar... está em perfeita harmonia com a natureza... Estique os braços... espreguice-se... espreguice-se novamente... e, lentamente... quando se sentir preparado... abra os olhos lentamente...”

Planeamento de Sessão

Data: Início dia 08-11-2010 com periodicidade de 2 sessões / semana

Local:

Casa de Saúde do Bom Jesus – Braga
Unidade de S. João de Deus

Interlocutores:

Pedro Raul Silva, Aluno da Especialização em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria
Enf. Bruno Santos, Enfermeiro Chefe
Enf. Sara Barbosa

Destinatários: Cinco utentes seleccionadas através da Escala de Ansiedade e Escala de Depressão

Objectivos gerais da sessão:

- ❖ Sensibilização para o Relaxamento;
- ❖ Contribuir para que as utentes se concentrem nas sensações de relaxamento;
- ❖ Promover a diminuição do fluxo de pensamento;
- ❖ Detectar possíveis situações de risco;
- ❖ Prevenir a acumulação de stress;
- ❖ Avaliar receptividade.

Recomendações:

- ❖ Uso de roupa confortável;
- ❖ Questionar sobre a presença de limitações físicas;
- ❖ Questionar sobre cenários que possam perturbar as utentes (musica e situações e locais).

Actividade:

- ❖ Temperatura amena;
- ❖ Luminosidade suave;
- ❖ Local calmo, sem ruído;
- ❖ Som agradável, ou então optar pelo silêncio;
- ❖ Solicitar que as utentes se deitem numa posição agradável.
- ❖ Aplicação da escala de ansiedade e depressão no início da sessão e posteriormente ao final de 6 sessões

Crítérios de Inclusão:

- Valores das Escalas EARS, Ansiedade e Depressão

Planeamento de Sessão

Actividade	Duração	Objectivos	Recursos	Método
Apresentação	5 min.	✓ Apresentação dos interlocutores.		✓ Expositivo-oral
Validação de pré-requisitos	5 min.	✓ Validação da linguagem e importância observada.		✓ Expositivo-oral ✓ Participativo
Abordagem ao relaxamento	30 min.	✓ Sensibilizar da importância para o relaxamento		✓ Expositivo-oral
Gestão do silêncio	10 min.	✓ Sensibilizar da importância do silêncio como fim terapêutico		✓ Expositivo-oral
Colocação de questões / dúvidas	5 min.	✓ Reflexão de sentimentos		✓ Participativo
Duração total da Sessão		55 minutos		

ANEXO XIV

Consulta de Avaliação Geriátrica

Índice

1. Introdução	2
2. O Idoso e o Processo de Envelhecimento	3
2.1. Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage).....	5
2.2. MMS – Mini Mental Scale	6
2.3. Índice de Katz	6
2.4. Avaliação Funcional – Índice de Barthel e Índice de Lawton	7
2.4.1. Índice de Lawton	7
2.4.2. Índice de Barthel	8
3. Conclusão	9
Bibliografia	10

1. Introdução

A população geriátrica, nomeadamente, o grupo dos mais idosos constitui um grupo mais vulnerável ao estabelecimento de quadros clínicos associados a algum grau de dependência, que por vezes antecipa a institucionalização do idoso.

Perante esta realidade será proposto um estrutura de uma Consulta de Avaliação Geriátrica de forma a que seja direccionado a atenção para o doente idoso. Esta estrutura assenta em algumas actividades sendo elas:

- Brochura Informativa onde é abordado:
 - Breve descrição Teórica da Demência e Doença de Alzheimer;
 - Sinais de Alerta;
 - Intervenções;
 - Potenciais Riscos;
 - Sentimentos do Cuidador
- Folha de Registo da Consulta de Avaliação Geriátrica com Plano de Intervenção;
- Utilização de Instrumentos de avaliação funcionais e cognitivos, sendo eles:
 - Índice de Barthel
 - Índice de Katz
 - Índice de Lawton
 - Escala de Depressão Geriátrica
 - Mini Mental Scale

É com base nestes instrumentos de avaliação e com a observação e escuta activa dos idosos e cuidadores que será desenvolvido uma abordagem de forma eficaz para que as intervenções sejam direccionadas para uma optimização de cuidados e bem-estar dos doentes / família.

2. O Idoso e o Processo de Envelhecimento

O envelhecimento é um processo universal, pois insere-se no ciclo biológico, natural de todo o ser humano: nascimento, crescimento e morte. Mas o envelhecimento é um processo complexo, pois para além de biológico é conceptualizado culturalmente e socialmente construído. Vinculado a um processo individual de vida, caracteriza-se por ser dinâmico, habitualmente lento e progressivo, mas individual e variável (Ermida, 1999; Staab e Hodges, 1998).

O fenómeno do envelhecimento em Portugal traduz-se por um decréscimo de 35,1% da população dos 0-14 anos e um incremento de 114% no grupo de indivíduos com 65 e mais anos. Na realidade, Portugal vivencia um contínuo aumento da população idosa (65 e mais anos), particularmente da mais idosa (80 e mais anos), que quase quadruplicou no período entre 1960-2004 (Portugal. INE, 2005).

A capacidade funcional da população com mais de 65 anos, reporta-se à autonomia da pessoa para a realização de tarefas que fazem parte do quotidiano de vida e lhe asseguram a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliário (Rebelatto e Morelli, 2004).

A avaliação geriátrica deve ser multidisciplinar, multidimensional, interdisciplinar e global. A avaliação do indivíduo idoso, tem como principal objectivo estabelecer e coordenar planos de cuidados, serviços e intervenções, que vão de encontro aos seus problemas, necessidades e incapacidades. Pode ser aplicada de uma forma programada (inicial ou periódica) ou em situações ditas de risco, como alterações do modo de vida, doença grave, institucionalização, perda ou luto.

A estrutura e os componentes da avaliação geriátrica variam muito dependendo da equipe e do local em que é aplicada. No entanto, apesar da diversidade, ela tem características próprias e constantes, como o facto de ser multidimensional e utilizar instrumentos de avaliação (escalas e testes), para quantificar a capacidade funcional e avaliar parâmetros psicológicos e sociais.

Os benefícios e utilidades da avaliação geriátrica são:

1. Nível individual:

- a) Complementa o exame clínico tradicional e melhora a precisão diagnóstica;
- b) Determina o grau e a extensão da incapacidade (motora, mental, psíquica);
- c) Identifica risco de declínio funcional;
- d) Permite uma avaliação de riscos e possibilidades no estado nutricional;
- e) Serve de guia para a escolha de medidas que visam restaurar e preservar a saúde (farmacoterapia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia);
- f) Identifica factores que predis põem à iatrogenia e permite estabelecer medidas para sua prevenção;
- g) Estabelece parâmetros para o acompanhamento do doente;
- h) Serve de orientação para mudanças e adaptações no ambiente em que o doente vive, no sentido de reduzir as desvantagens e preservar sua independência.
- i) Estabelece critérios para a indicação de internamento hospitalar ou lares de terceira idade.

2. Nível populacional:

- a) Serve como uma medida precisa em estudos clínicos onde se avalia a capacidade funcional e a qualidade de vida;
- b) Identifica populações de risco;
- c) Permite um investimento na saúde, qualidade de vida e bem-estar;
- d) Serve para planeamento de acções e políticas de saúde.

Posto isto e após verificação das formas de avaliação dos doentes geriátricos proponho a estruturação de uma consulta de enfermagem direccionada para o doente geriátrico efectuando uma avaliação global e planear formas de actuação perante a situação com que nos deparamos. Certo de que é um processo continuo mas também certo de que é uma forma digna de tratamento, acompanhamento tanto do doente como dos cuidadores.

A CID-10 e DSM-IV indicam que o diagnóstico de demência baseia-se principalmente na presença de declínio da memória e de outras funções corticais superiores como a linguagem, praxia, capacidade de reconhecer e identificar objectos, abstracção, organização, capacidade de planeamento. Assim, a abordagem de indivíduos com maior risco de demência (como é o caso de idosos) deve incluir sempre a avaliação das funções cognitivas.

Enumero as escalas que na minha opinião seriam importantes para uma avaliação do doente geriátrico, sendo elas:

2.1. Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage).

BARRETO citado por FERNANDES (2002) afirma que “as condutas depressivas são um dos tipos de manifestações emocionais mais frequentes nos idosos, expressando-se, de um modo geral, sob a forma de autoverbalizações negativas relativamente a si mesmo e à velhice, um baixo reconhecimento das suas capacidades, uma baixa auto-estima, e uma diminuta participação social.” Por isso mesmo é importante a aplicação esta escala de avaliação geriátrica.

Esta escala, que foi traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por VERÍSSIMO (1988), na “Avaliação Diagnostica dos Síndromes Demenciais”. Esta escala foi construída por Brink, Jesavage, Lum, Heersema, Adey e Rose, e é, segundo os mesmos, o único instrumento que se conhece que terá sido elaborado com o objectivo de ser usado, especificamente, para pessoas idosas. Esta escala elimina indicadores somáticos da depressão e manifestações físicas normais do envelhecimento, presentes em outras escalas, e que geralmente causa confusão. A escala pode ser aplicada por profissionais não médicos, pois não exige conhecimentos em psicopatologia. As escalas de versão reduzida (15 perguntas) deveriam ser as preferencialmente utilizadas, dado o pouco tempo gasto na sua aplicação. Os casos rastreados como provável depressão deveriam ser submetidos a uma avaliação mais detalhada, de preferência por médicos especialistas.

Sugere-se que, para a quantificação dos resultados, se proceda à seguinte classificação: valores de 0 – 5: idosos normais; para pontuações entre 6 – 10, são indicativos de depressão de severidade crescente; uma pontuação 11 – 15 é indicação de idosos gravemente deprimidos.

2.2. MMS – Mini Mental Scale

O *Mini-Mental State Examination* (MMSE) foi desenvolvido por Folstein (1975) e consiste num questionário de avaliação do funcionamento cognitivo, que cota a orientação no tempo e no espaço, a memória a curto prazo e as competências verbais e de escrita (McDowell & Newell, 1996). Tal como nos indicam os autores supracitados, a principal vantagem deste questionário é a sua administração ser breve e simplificada.

O MMSE é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada com o objectivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: *orientação para tempo* (5 pontos), *orientação para local* (5 pontos), *registo de 3 palavras* (3 pontos), *atenção e cálculo* (5 pontos), *lembrança das 3 palavras* (3 pontos), *linguagem* (8 pontos), e *capacidade construtiva visual* (1 ponto). O score do MMSE pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. A escala é simples de usar e pode ser facilmente administrada em 5-10 minutos, inclusive por profissionais não médicos.

O MMSE foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores (1993), sendo definidos pontos de corte diferenciados consoante o grau de escolarização dos sujeitos. Assim, os autores consideram existir défice cognitivo quando a pontuação é menor ou igual a 15 pontos para iletrados, 22 pontos para sujeitos com 11 anos ou menos de escolaridade e 27 pontos para pessoas com mais de 11 anos de escolaridade.

2.3. Índice de Katz

O índice de Katz, foi criado por Sidney Katz, em 1963, para avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso. Katz estabeleceu uma lista de seis itens que são hierarquicamente relacionados e refletem os padrões de desenvolvimento infantil, ou seja, que a perda da função no idoso começa pelas atividades mais complexas, como vestir-se, banhar-se, até chegar as de auto regulação como alimentar-se e as de eliminação ou excreção.

O índice de Katz pode ser pontuado no formato Likert, onde cada tarefa recebe pontuação específica que varia de zero para a independência à três para dependência total. E no formato Guttman no score dependente ou independente.

Resultados:

0 ou 1 – Independente

>= 2 – Dependente

2.4. Avaliação Funcional – Índice de Barthel e Índice de Lawton

A capacidade funcional abrange dois grupos de actividades:

a) Actividades de Vida Diária (AVD)

b) Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

A divisão em Actividades de Vida Diária e Actividades Instrumentais de Vida Diária começou com os estudos de Mahoney e Barthel (1965) e Lawton e Brody (1969). Os autores apresentaram duas escalas de avaliação funcional que classificava as actividades quotidianas de acordo com o seu nível de complexidade. A primeira escala mensura as AVD's, denominada Índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965). Essa escala está representada pelas actividades básicas que são exigidas no quotidiano dos idosos. A segunda delas avalia as chamadas AIVD's, denominada Índice de Lawton (Lawton e Brody, 1969). A escala da AIVD é representada por tarefas mais complexas que necessitam de uma adaptação do indivíduo no meio ambiente.

2.4.1. Índice de Lawton

O Índice de Lawton avalia as Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) – que indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive e inclui a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar seus medicamentos

Resultados:

	Mulheres	Homens
Total	0-1	0
Grave	2-3	1
Moderada	4-5	2-3
Leve	6-7	4
Autónoma	8	5

2.4.2. Índice de Barthel

O Índice de Barthel especificamente mede o grau de assistência exigido por um indivíduo em 10 itens de AVD, envolvendo mobilidade e cuidados pessoais. São eles: alimentação, banho, higiene pessoal, vestimenta, controle esfinteriano intestinal, controle vesical, transferências na cama e banheiro, deambulação e subir escadas. A pontuação global varia de 0 a 100 (soma dos itens classificados em 5, 10 e 15 pontos, conforme independência ou necessidade de ajuda para executar a atividade). O doente com score <60 pontos é considerado dependente. De 60 a 80 pontos, é considerado parcialmente dependente, e se >80 pontos, é independente. Isto é, de modo que zero equivale à completa dependência em todas as 10 AVD's, e 100, equivale à completa independência em todas as atividades.

Resultados:

<60	dependente
60-80	parcialmente dependente
>80	independente

3. Conclusão

Com a utilização e avaliação destes doentes geriátricos e consoante os resultados obtidos será então necessário um acompanhamento destes doentes, acompanhamento esse que deverá ser feito por um Enfermeiro de Referência idealmente com a Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria de forma a que a qualidade de cuidados seja otimizada com ganhos em saúde. Claro que não só interessa o bem estar do doente, mas sim todo o bem estar do conjunto doente-cuidador.

Durante a utilização destes instrumentos de avaliação também se começa todo um trabalho de alteração de comportamentos, ou pelo menos incentivar e alertar. Será necessário uma reavaliação posterior, mas tudo dependendo dos resultados desta primeira avaliação.

Acredito que ocorram dificuldades quer no agendamento quer na implementação desta nova consulta, mas com esforço e tendo em conta a pertinência da mesma seja facilmente ultrapassadas.

Bibliografia

LAWTON, M. P., BRODY, E — Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 9 : 3 (1969) 179-186.

PORTUGAL. INE — [Em linha] Dia Internacional do Idoso : Destaque. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2005.

[Consult. 28-09-2005] Disponível em <http://www.ine.pt/prodserv/destaque/destaque.asp?d>.

ERMIDA, J. G. — *Processo de envelhecimento*. In COSTA, M. A., AGREDA, J. J., ERMIDA, J. G. — O idoso : problemas e realidades. Coimbra : Formasau, 1999. 41-50. (Formação e Saúde).

MAHONEY, F. I., BARTHEL, D. W. — Functional evaluation : the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 14 (1965) 61-65.

RIBEIRO, J. L. P. — *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra : Quarteto, 2005

WHO — Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion , Department Ageing and Life Course — Active ageing : a policy framework. Geneva: World Health Organization, 2002.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. — *Fisioterapia geriátrica : a prática da assistência ao idoso*. Brasil : Manole, 2004.

McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring Health: A guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press.

[Escrever texto]



Consulta de Avaliação Geriátrica

Nome: _____
Data Nascimento: _____
Morada: _____

Data: _____

a) Parâmetros vitais

T. A. _____ mmHg
F.C. _____ bat/mnt
Glicemia _____ mg/dl

b) Instrumentos de Avaliação

Índice de Katz _____ / _____
Índice de Barthel _____ / _____
Índice de Lawton _____ / _____
Escala de Depressão Geriátrica _____ / _____
Escala – MMS _____ / _____

a) Avaliação de Riscos

Ambiente / Condições de Habitabilidade:

Adesão ao Regime Terapêutico:

Sinais de Desgaste do Cuidador:

c) Plano de Intervenção

Próxima Consulta: _____

Á PESSOA	AO CUIDADOR

Enfermeiro de Referência: _____

ANEXO XV

Consulta de Enfermagem em Contexto Hospitalar

	CONSULTA DE ENFERMAGEM Formulário	SJD.000.Reg
--	---	-------------

Proveniência:	VINHETA
Enf. de Família:	
Médico de Família:	
Psiquiatra Assistente:	
Diagnóstico:	
Data:	

História da Doença Actual:

Acontecimentos Marcantes / Perdas Significativas:

Relacionamento Social:

Relacionamento Familiar / Pessoa Significativa:

Adesão à Terapêutica / Gestão da Terapêutica:

	CONSULTA DE ENFERMAGEM Formulário	SJD.000.Reg
--	---	-------------

Nível de Conhecimentos da Situação Actual:

Comportamentos de Risco / Necessidades de Ajuda / Problemas Relatados:

Identificação de Diagnósticos / Intervenções Imediatas:

Diagnósticos	Intervenções Imediatas

Outras Informações Relevantes / Estado Geral do Utente:

Genograma:

Próxima Consulta: _____

Data:	Enfermeiro:
--------------	--------------------

	CONSULTA DE ENFERMAGEM Procedimento	SJD.000.Doc
--	---	-------------

Âmbito:

Destinado aos elementos da equipa de Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria do Unidade S. João de Deus – Casa de Saúde do Bom Jesus – Nogueiró – Braga

Descrição:

- Efectuar consulta ao utente nas primeiras 48 horas desde o seu internamento
- Entrevista à pessoa mais significativa do utente nas primeiras 72 horas desde o seu internamento
- Esclarecimento da consulta – papel do enfermeiro e do utente
- Informar sobre dinâmica do serviço e fases do tratamento
- Identificação de comportamentos desajustados
- Prevenção de problemas iminentes, dúvidas, falta de informação
- Sentimentos presentes
- Identificação de focos de atenção e diagnósticos de enfermagem
- Início da delineação de um plano de cuidados
- Encaminhamento – referência
- Reacção do utente à consulta
- Programação de nova consulta

Registos:

- Escalas de Katz, Barthel, Lawton, ansiedade de Hamilton e Depressão de Hamilton
- Utilização do modelo de Consulta de Enfermagem
- Registo nas Notas de Enfermagem

Índices:

- Número de utentes entrevistados em tempo definido
- Identificação de Comportamentos desajustados
- Número de Intervenções Imediatas ou a Curto Prazo

Revisão:

- No prazo de seis meses será revisto todo o procedimento e comunicado resultados para a melhoria de cuidados.

Edição 1

Elaborado: Data:	Revisto: Data:	Aprovado: Data:
---------------------	-------------------	--------------------

ANEXO XVI

Guia de Intervenção em Utentes com Risco de Suicídio

	RISCO DE SUICIDIO Procedimento	SJD.000.Doc
--	--	-------------

Âmbito:

Destinado aos elementos da equipa de Enfermagem da Unidade S. João de Deus – Casa de Saúde do Bom Jesus – Nogueiró – Braga

Descrição:

- Utilização da Escala de Avaliação do risco de Suicídio (EARS) a todos os utentes que sejam internados na Unidade S. João de Deus, no momento de admissão, e que apresentem um ou mais dos seguintes critérios:
 - Antecedentes familiares de comportamento suicidário
 - Antecedentes pessoais de comportamento suicidário
 - Diagnóstico de admissão de tentativa suicídio
 - Depressão
 - Comportamento parasuicidario
 - Ansiedade marcada
 - Impulsividade latente
 - Actividade alucinatória com vozes de comando que promovam riscos
 - Verbalização / ameaça / ideação Suicida
 - Sentimentos de Culpa elevados
 - Pânico
- De acordo com os resultados da EARS deverá ser preenchido o modelo (Registo de intervenções a utente com risco de suicídio) e dado cumprimento aos pontos constantes no referido modelo.
- Os documentos deverão ser arquivados no processo do utente da secção de Enfermagem
- Sempre que os resultados da Escala seja moderado ou elevado deve-se colocar no “formulário de movimentos de utentes” uma anotação do resultado.

Registos:

- Utilização da Escala de Avaliação do Risco de Suicídio
- Utilização do Modelo de registo “Guia de Intervenção em Utentes com Risco de Suicídio”
- Registo nas Notas de Enfermagem

Índices:

- Número de utentes entrevistados
- Consultas efectuadas no prazo estabelecido
- Número de Intervenções Imediatas ou a Curto Prazo

Revisão:

- No prazo de seis meses será revisto todo o procedimento e comunicado resultados para a melhoria de cuidados.

Edição 1

Elaborado: Data:	Revisto: Data:	Aprovado: Data:
---------------------	-------------------	--------------------

REGISTO DE INTERVENÇÕES

AO UTENTE COM RISCO DE SUICÍDIO

ETIQUETA

	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação	INTERVENÇÕES
Risco Baixo				Supervisão do utente
				Impedir / Restringir acesso a objectos de auto agressão
Risco Moderado				Impedir / Restringir acesso a objectos de auto agressão
				Propor utente para integração na terapia ocupacional
				Propor OBS por psicologia
				Vigiar sono
				Supervisão do utente
				Contrato terapêutico de não auto agressão
				Gerir medicação em SOS
Risco Elevado				Impedir acesso a objectos de auto agressão
				Vigilância contínua
				Utilização de quarto de isolamento com videovigilância - período nocturno
				Utilização de quarto de isolamento com videovigilância - período diurno
				Propor utente para integração na terapia ocupacional
				Evitar isolamento social
				Vestir pijama completo
				Observação directa durante as refeições
				Supervisionar o uso do telefone
				Contenção de movimentos
				Vigiar a ingestão da medicação
				Limitação ao espaço interno da unidade
				Gerir medicação em SOS
				Contrato terapêutico de não auto agressão
DATA				
ASSINA				

OBSERVAÇÕES

NOTAS:

- ✓ 1ª Avaliação a efectuar no momento da admissão do utente segundo o procedimento Risco de Suicídio
- ✓ 2ª Avaliação a efectuar 7 dias após a 1ª avaliação e SOS
- ✓ 3ª Avaliação a efectuar 7 dias após a 2ª avaliação e SOS
- ✓ Deve ser assinado e datado pelo Enfermeiro responsável pela avaliação

