



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem,
com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental
e Psiquiátrica.

Por

Ana Rita Caetano Bernardes

Sob a orientação de

Prof^a Doutora Aida Fernandes

RESUMO

Este relatório é realizado no âmbito do mestrado com especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica pretende refletir o percurso por mim realizado durante a unidade curricular estágio. O estágio é dividido em três módulos que abrangem a prevenção e promoção de estilos de vida saudáveis, a intervenção na crise do adulto e uma área opcional. Estes módulos de estágio decorreram entre 02 de Maio de 2017 e 11 de Janeiro de 2018, sendo o módulo I realizado numa Equipa de Tratamento da região norte, o módulo II num hospital psiquiátrico e o módulo III, opcional, numa Unidade de Desabilitação.

No módulo I integrei a equipa multidisciplinar de uma E.T. da zona norte onde prestei cuidados de saúde à população utilizadora deste serviço, que são essencialmente sem-abrigo e toxicodependentes. Sendo uma população com algumas especificidades o trabalho aqui realizado assentou essencialmente no estabelecimento da relação terapêutica.

No módulo II, e, de forma a poder dar resposta à necessidade de aprendizagem de intervenção na crise do adulto, integrei a equipa multidisciplinar de uma enfermaria de internamento de um hospital psiquiátrico, onde tive a oportunidade de prestar cuidados especializados aos referidos doentes, tais como a aplicação da relação de ajuda formal e informal, a técnica de reestruturação cognitivo-comportamental, a gestão da comunicação e do ambiente físico, e o treino de competências pessoais e sociais.

No módulo III estagiei numa Unidade de Desabilitação, onde integrei a sua equipa multidisciplinar. Ai desenvolvi além da relação de ajuda e terapêutica, o acompanhamento terapêutico individual e em grupo promovendo a reabilitação destes utentes.

Ao longo do relatório são abordados os objetivos propostos para os módulos de estágio, assim como é feita uma descrição dos locais de estágio, bem como uma descrição das atividades desenvolvidas para atingir os objetivos propostos. Posto isto, este relatório está estruturado por capítulos, sendo o primeiro referente à introdução, o segundo será relativo à caracterização dos locais de estágio, o terceiro capítulo abordará as competências do enfermeiro especialista tendo como subcapítulos os diferentes domínios referentes às mesmas, o capítulo seguinte será a conclusão, seguida do capítulo da

bibliografia e para finalizar será o capítulo dos apêndices.

A conjugação entre a teoria e o contexto prático, associadas à reflexão crítica acerca de todo o percurso, permitiu o desenvolvimento de capacidades e competências como enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Palavras-chave: psiquiatria; saúde mental; enfermagem.

ABSTRACT

This report is conducted under the master's degree with specialization in nursing mental and psychiatric health, intended to reflect the course I completed during the curricular unit internship. The internship is divided into three modules covering the prevention and promotion of healthy lifestyles, intervention in the adult crisis and an optional area. These internship modules took place between May 2, 2017 and January 11, 2018, with module I being conducted in a northern region E.T., module II in a psychiatric hospital, and module III, optional, in a Disengagement Unit.

In module I, I integrated the multidisciplinary team from a Northern Region where I provided health care to the population that uses this service, which are essentially homeless and drug addicts. Being a population with some specificities the work carried out here was essentially based on the establishment of the therapeutic relationship.

In module II, and in order to respond to the need for intervention learning in the adult crisis, I integrated the multidisciplinary team of a ward of a psychiatric hospital, where I had the opportunity to provide specialized care to such patients, such as such as the application of the formal and informal help relationship, the cognitive-behavioral restructuring technique, the management of communication and the physical environment, and the training of personal and social skills.

In module III I was in a Disengagement Unit, where I integrated his multidisciplinary team. I developed besides the help and therapeutic relationship, the individual and group therapeutic follow-up promoting the rehabilitation of these users.

Throughout the report the proposed objectives for the internship modules are discussed, as well as a description of the internship sites as well as a description of the activities developed to achieve the proposed objectives. This report is structured in chapters, with the first one referring to the introduction, the second one will be related to the characterization of the internships, the third chapter will address the skills of the specialist nurse with the following chapters as subchapters, the next chapter will be the conclusion, followed by the chapter of the bibliography and to conclude it will be the chapter of the appendices.

The combination of theory and practical context, combined with critical reflection

on the whole course, allowed the development of skills and competences as a specialist nurse in mental and psychiatric health.

Key words: mental health; psychiatry; nursing.

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento a todos aqueles que me apoiaram e tornaram possível a concretização deste objetivo, incentivando a minha evolução enquanto pessoa e profissional.

Agradeço especialmente:

- Aos meus pais, por todo o apoio prestado;
- Ao meu marido, por toda a compreensão e colaboração ao longo deste percurso;
- Aos enfermeiros tutores, por toda a disponibilidade, colaboração, compreensão e pela oportunidade de aprendizagem enquanto pessoa e profissional;
- À minha orientadora, Doutora Aida Fernandes.

ABREVIATURAS

Enf^a – Enfermeira

Enf^o - Enfermeiro

Eng^a - Engenheira

pg. – página

pp. - páginas

SIGLAS

ABVD – Atividade Básica de Vida

APA – American Psychiatric Association

CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependente

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CHCF – Centro Hospitalar Conde de Ferreira

CRIPC – Centro de Respostas Integradas do Porto Central

ESMP – Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

ET – Equipa de Tratamento

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UDN – Unidade de Desabilitação do Norte

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO.....	15
2 – CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	17
2.1 – Descrição da Enfermaria Sobral Cid do Chcf	17
2.2 – Descrição da Equipa de Tratamento de Cedofeita.....	18
2.3. – Descrição da Unidade de Desabilitação do Norte.....	20
3 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	23
3.1 – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	24
3.2 – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	27
3.3 – Domínio da Gestão dos Cuidados	31
3.4 – Domínio do Desenvolvimento da Aprendizagem Profissional	32
4 – CONCLUSÃO.....	39
5 – BIBLIOGRAFIA.....	41
6 – APÊNDICES.....	43
APÊNDICE I – Estudo de Caso (Módulo I – Promoção de estilos de vida saudável, Diagnóstico e Prevenção).....	43
APÊNDICE II – Estudo de Caso (Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do Adulto)	91
APÊNDICE III – Estudo de Caso (Módulo III – Opcional).....	139
APÊNDICE IV – Panfleto Acerca do Reforço Negativo.....	203
APÊNDICE V – Trabalho sobre o Novo Tratamento do VHS.....	207
APÊNDICE VI – Questionário sobre Sessões de Relaxamento.....	273
APÊNDICE VII – Trabalho sobre Técnicas Psicoterapêuticas Aplicadas a Doentes com Défice Cognitivo.....	277

1 – INTRODUÇÃO

Na atualidade, segundo (Lehtinen, 2008; OMS, 2001) considera-se que não existe saúde sem existir saúde mental, uma vez que a saúde mental é indissociável da saúde física e a influência de uma sobre a outra é notoriamente evidente. A saúde é vista como um estado subjetivo que inclui o bem-estar psicológico, refletindo o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente que o rodeia.

É essencial a adoção de comportamentos saudáveis que proporcionam atitudes coerentes que favoreçam a saúde mental e a construção cívica de cada pessoa, na medida em que cada pessoa saudável corresponde a um maior potencial humano em todos os domínios da atividade humana. É de extrema importância o desenvolvimento de competências no âmbito da saúde mental e psiquiátrica, por ser uma área de grande necessidade de cuidados especializados e de qualidade.

O presente Relatório surge como uma resposta à exigência pedagógica da unidade curricular com a mesma designação, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a decorrer no Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Porto e tem como objetivos traduzir o percurso realizado ao longo de três módulos de estágio integrados no plano curricular, referente ao Estágio na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, módulo I, módulo II e módulo III, para os quais foi previamente elaborado um projeto com objetivo: a) de demonstrar a importância do papel de enfermeiro especialista em saúde mental nos diferentes contextos, na prevenção da doença mental, promoção/proteção da saúde mental, na recuperação e reabilitação psicossocial; b) fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada; c) Enquadrar a prática clínica baseada na evidência empírica.

Este percurso teve início no módulo II, Intervenção na Crise do Adulto, que decorreu de 21 de maio a 24 de junho de 2017, no internamento de psiquiatria de um hospital psiquiátrico da zona norte. Escolhi este local de estágio uma vez que me permitia fazer um acompanhamento de perto e contínuo da evolução do estado mental dos doentes com patologia psiquiátrica, e desta forma poder desenvolver técnicas e ferramentas terapêuticas para dar resposta em situações de crise de uma forma diferenciada.

De seguida, o módulo I, Promoção e Prevenção de Estilos de Vida Saudáveis, decorreu de 11 de setembro a 4 de novembro de 2017, numa E. T. da região norte, onde afluem utentes que fazem o tratamento de substituição de opiáceos através da metadona.

Pareceu-me importante realizar este estágio nesta instituição uma vez que a ela recorre uma população carenciada de hábitos de vida saudáveis, com comportamentos de risco elevado e com défices de conhecimento.

O módulo III, opcional, que decorreu de 7 de novembro de 2017 a 11 de janeiro de 2018, foi realizado numa Unidade de Desabilitação da zona norte, onde se procede à desintoxicação física de álcool e de drogas ilícitas. Esta opção passou por complementar os dois estágios anteriores, pois permitiu-me observar por um lado os utentes com problemas de adição em internamento, e por outro perceber as alterações dos mesmos quando têm associadas outras doenças do foro psiquiátrico.

Os três módulos de estágio centraram-se no desenvolvimento e aquisição de competências de forma a dar resposta às exigências do mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, tendo sido um excelente contributo para a minha prática profissional, pois permitiu-me ter uma grande evolução enquanto profissional, permitindo-me ter uma visão mais holística e compreensiva do doente, principalmente o psiquiátrico, podendo melhorar os cuidados prestados. O estágio é fundamental para a consolidação de conhecimentos teóricos, para a aquisição das competências de enfermeiro especialista, além de que serve para darmos resposta aos objetivos a que previamente nos propusemos atingir no projeto de estágio.

O relatório tem em vista demonstrar o percurso realizado ao longo dos três módulos de estágio; descrever as intervenções desenvolvidas e as estratégias implementadas; demonstrar um espírito crítico-reflexivo, e analisar as experiências vividas e as competências desenvolvidas. A metodologia utilizada neste relatório baseia-se numa metodologia descritiva e analítica, através da reflexão crítica e da exposição das diversas atividades desenvolvidas durante os estágios, tendo como base o Projeto de Estágio, procurando dar resposta aos objetivos propostos, através da análise crítico-reflexiva das situações problema e das dificuldades encontradas, referindo as estratégias implementadas e os resultados obtidos.

A estrutura do relatório, para facilitar a sua compreensão, para além da introdução, centra-se em dois pontos fundamentais: o primeiro caracteriza-se os locais de estágio; o segundo é evidenciado a importância do papel de enfermeiro especialista em saúde mental nos diferentes contextos.

2 – CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Neste capítulo procedo à caracterização dos locais de estágio pelos quais passei ao longo dos três módulos de estágio, de forma a proceder a uma contextualização da realidade vivida em cada momento de estágio.

2.1 - ENFERMARIA SOBRAL CID DO CENTRO HOSPITALAR CONDE DE FERREIRA

A enfermaria Sobral Cid do CHCF foi o local de estágio eleito para a realização do Módulo II de estágio por ser um serviço de internamento de psiquiatria e corresponder às características exigidas pelo plano curricular para a realização deste módulo de estágio. Atualmente o serviço de psiquiatria pertencente ao Centro Hospitalar Conde de Ferreira é constituído pelas seguintes valências:

- Internamento de homens e senhoras;
- Lar;
- Unidade de cuidados continuados.

A Enfermaria Sobral Cid situa-se numa das alas do Hospital Conde de Ferreira, com acessos interiores e exteriores a outras áreas do Hospital. Este Serviço tem a seguinte constituição: Piso 0 - neste piso existem 5 quartos alguns de 2 pessoas outros de 4; existe também um quarto de isolamento; aqui encontrámos também o gabinete de enfermagem, uma sala de tratamentos, uma divisão de sujios, uma divisão de roupa suja, uma casa de banho para visitas, 2 casas de banho adaptadas, uma divisão para material de limpeza e a copa para o pessoal.

Este piso permite a comunicação com o jardim que é parte integrante desta unidade assistencial.

Piso 1 – Neste piso encontramos 6 quartos, uma secção de arrumos, 2 casas de banho, uma casa de banho adaptada, uma secção de arrumos, uma secção de roupa limpa, uma secção de sujios e o refeitório. Banho para visitas, 2 casas de banho adaptadas, uma divisão para material de limpeza e a copa para o pessoal.

Este piso permite a comunicação com o jardim que é parte integrante desta unidade assistencial. Piso 1 – Neste piso encontramos 6 quartos, uma secção de arrumos, 2 casas de banho, uma casa de banho adaptada, uma secção de arrumos, uma secção de roupa

limpa, uma secção de sujos e o refeitório.

2.1.1 - A equipa da enfermaria do CHCF tem a seguinte constituição

- Um Diretor de Serviço; Equipa médica, nomeadamente Psiquiatras; Uma Enfermeira Chefe; Enfermeiros; Psicólogos; Assistentes Sociais; Nutricionista; Terapeutas Ocupacionais; Auxiliares de Ação Médica e Seguranças.

Este serviço, tal como outros, recebe apoio de todas as especialidades médicas, após encaminhamento feito pela Psiquiatra do serviço, sendo encaminhados maioritariamente para o Hospital de S. João.

A maioria das doentes saem do serviço para a realizar das terapias ocupacionais que lhes estão atribuídas pela psiquiatra do serviço.

Quanto ao horário praticado pelos profissionais de Enfermagem do Internamento este subdivide-se em 3 turnos (manhã, tarde e noite):

- Turno da manhã – Início às 8 horas e termina às 14 ou 16 horas;
- Turno da tarde - Início às 14 horas e termina às 20 ou 22 horas;
- Turno da noite – Início às 22 horas e termina às 8 horas.

Em cada turno existe um elemento de enfermagem que normalmente é o responsável de turno. Este enfermeiro tem atribuições específicas no âmbito das funções que está a desempenhar, como substituto do Enfermeiro Chefe, na sua ausência.

As rotinas do serviço estão definidas e bem implementadas sendo os horários respeitados para que haja bom funcionamento do serviço.

2.2 – EQUIPA DE TRATAMENTO DE CEDOFEITA

A equipa de tratamento de Cedofeita foi o local de estágio selecionado para a realização do Módulo I de estágio, por ser um serviço que reúne as condições necessárias para a realização deste módulo de estágio, devido à população com que trabalha e ao tipo de trabalho aí desenvolvido.

- **Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e nas Dependências – SICAD**

É um Serviço Central do Ministério da Saúde, integrado na administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa, que tem por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências.

Reúne competências técnico-normativas no que respeita à intervenção, planeamento e avaliação no âmbito de programas de redução do consumo de substâncias psicoativas e na prevenção dos comportamentos aditivos e nas dependências.

- **Centro de Respostas Integradas do Porto Central (CRIPC)**

Dispõe de três equipas Técnicas Especializadas de Tratamento em concelhos distintos – Cedofeita, Santa Maria da Feira e Vila Nova de Gaia e, ainda, de uma consulta descentralizada de Espinho. Estas equipas oferecem resposta a utentes oriundos de distintos pontos geográficos do território CRIPC central. Têm como objetivos principais, a prevenção, o tratamento, a reinserção, a redução de riscos e a minimização de danos.

- **ET Cedofeita**

É uma equipa de tratamento, pertencente ao Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e nas Dependências, que se encontra sediada no centro da cidade do Porto, na freguesia de Cedofeita e presta cuidados aos utentes provenientes das freguesias de S. Nicolau; da Sé; de Cedofeita; de Miragaia; de Vitória; de Santo Ildefonso; de Paranhos e de Ramalde, do concelho do Porto e ainda aos utentes dos concelhos de Amarante; de Baião; de Marco de Canaveses e de Cinfães, do distrito do Porto.

- **Organização do Serviço**

A organização do serviço foi pensada para uma população com características

muito próprias, de que fazem parte altos níveis de doença física e mental, bem como de desemprego e exclusão social. A dependência de opiáceos continua a ser a patologia dominante, mesmo entre os utentes novos.

- **Equipa Técnica Especializada de Tratamento de Cedofeita**

As ET's (equipas de tratamento), anteriormente designadas de CAT's (centro de atendimento a toxicodependentes), são instituições estatais pertencentes à ARS Norte (Administração Regional de Saúde do Norte) que agrupam um conjunto de profissionais com formação diversificada (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros técnicos), possibilitando a otimização de uma intervenção multidisciplinar na área assistencial das toxicodependências.

Desta forma, a equipa multidisciplinar da ET Cedofeita é constituída pelos seguintes elementos: 7 Médicos; 4 Enfermeiros; 7 Psicólogos; 3 Assistentes Sociais; 5 Técnicos Psicossociais; 2 Assistentes operacionais; 2 Telefonistas; 2 elementos de secretariado; 2 elementos do serviço de limpezas e 2 elementos pertencentes ao serviço de vigilância.

2.3 – UNIDADE DE DESABITUAÇÃO DO NORTE - UDN

A Unidade de Desabitação do Norte foi o local de estágio selecionado para a realização do Módulo III de estágio, por se enquadrar dentro da realidade das dependências, algo que eu quis aprofundar e trabalhar neste meu percurso, por ser uma realidade não muito conhecida por mim, e apresentar os seus desafios considerando-a muito interessante.

A Unidade de Desabitação do Norte, localizada em Matosinhos é um serviço de internamento fechado, misto e designado para a desintoxicação de substâncias psicoativas (heroína, cocaína, benzodiazepinas, haxixe, álcool e agonistas) e para o tratamento com agonistas opiáceos (metadona ou buprenorfina – seja indução, desintoxicação, ajuste de dose ou para desintoxicação de substâncias concomitantes).

Esta instituição pública acolhe doentes provenientes de equipas de tratamento da zona norte de Portugal com o objetivo de efetuar a desintoxicação física de substâncias psicoativas, sendo que na maioria das vezes, os doentes consomem regularmente, mais de

um tipo de droga.

O serviço funciona 24h por dia em regime de internamento fechado e o período de internamento é variável consoante o tipo de substância. Por norma, os utentes permanecem na unidade durante uma semana para a desabituação de cocaína, cannabis, heroína e benzodiazepinas; duas semanas no caso de álcool e cloridrato de metadona. O internamento como é em regime fechado, não permite ao doente ter qualquer tipo de contacto com o exterior. Terminado o internamento, que assenta essencialmente no processo de desintoxicação, o doente é acompanhado em programa de desabituação que pressupõe a continuidade de cuidados num regime específico e que contempla as temáticas que evidenciou durante o internamento.

Diariamente são realizadas diversas atividades programadas, nomeadamente, a reunião diária multidisciplinar, a reunião comunitária, atividades programadas pelos terapeutas ocupacionais, sessões de relaxamento muscular progressivo, educação para a saúde e terapia de grupo para a prevenção da recaída de doentes dependentes de álcool e terapia de grupo para a prevenção da recaída de doentes dependentes de drogas ilícitas.

- **A estrutura física da UDN**

1. 8 Enfermarias: 22 camas e 1 quarto de isolamento; sala de Enfermagem; gabinete medico; refeitório; sala de lazer (tv, sala de fumo, matraquilhos, ping-pong, livros e jogos); sala de atividades; sala de terapia ocupacional e sala de acolhimento.
2. Os recursos humanos da UDN são compostos por: 11 enfermeiros; 2 psiquiatras da UDN; 2 psiquiatras da Unidade de Alcoologia que colaboram com a UDN; 11 médicos à chamada (noites e fins-de-semana); 10 assistentes operacionais; 2 terapeutas ocupacionais 2 administrativas.

Existem ainda serviços externos contratados pela UDN que são: segurança; higiene das instalações; *catering* e lavandaria.

3 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A doença mental é definida pela *APA (American Psychiatric Association, 2000)* como “*uma síndrome ou um padrão psicológico ou comportamental clinicamente significativo que ocorre em um indivíduo e que está associada a angústia ou incapacidade, ou ao aumento significativo do risco de morte, de dor, de incapacidade, ou ainda a uma importante perda de liberdade*”.

As pessoas com alterações da sua saúde mental têm necessidades especiais, que se relacionam com o tratamento dessas alterações. As respostas emocionais estão diminuídas ou mesmo ausentes e por vezes a capacidade cognitiva também está diminuída por isso o indivíduo sente-se incapaz de controlar a sua vida.

O REPE (1996) refere que a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem com a finalidade de ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Neste sentido e tendo em conta a constante mudança que se verifica nos diferentes contextos de prática clínica de enfermagem, torna-se fundamental que os enfermeiros atualizem sistematicamente os seus conhecimentos de modo a acompanhar a transformação existente, dando assim resposta à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, refletindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente (Jesus et. al, 2011). No Art.º 4.º do REPE (1996) refere que ao enfermeiro especialista é-lhe reconhecida “*a competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. Assim, “os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais*”.

Ora, como tal, o enfermeiro tem um papel fundamental e de participação ativa no tratamento dos doentes com patologia do foro mental, não esquecendo também que é o profissional de saúde que mantém uma maior presença em todo o processo terapêutico, permitindo-lhe de certa forma a recolha da informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde dos utentes, tal como consta no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista (2010).

Ainda neste contexto o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro no Art.º 3.º

afirma que as competências comuns do enfermeiro especialista são *“as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”*.

O Art.º 4.º do REPE (1996) define Enfermeiro Especialista como:

“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 sua área de especialidade”.

A problematização do cuidado em enfermagem na abordagem da pessoa portadora de doença crónica apresenta-se como estruturante e alicerçada de mecanismos facilitadores da aprendizagem e subsequente tomada de decisão face aos processos de produção de saúde. O compromisso ético e deontológico da profissão pressupõe a utilização de estratégias mais adequadas para que seja possível desenvolver, nos doentes os saberes e as competências necessárias para que sejam capazes de se adaptar e encontrar o equilíbrio necessário à manutenção da qualidade de vida, competências essas partilhadas pelos Enfermeiros Especialistas, nos domínios da *responsabilidade profissional, ética e legal; na melhoria contínua da qualidade; na gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais* (OE 2009).

3.1 – DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista em ESMP, deve: desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O cuidado de enfermagem na abordagem da pessoa portadora de doença mental, apresenta-se como estruturante e alicerçada por mecanismos facilitadores de aprendizagem e subsequente tomada de decisão face aos processos de produção de saúde. O compromisso ético e deontológico da profissão pressupõe a utilização de estratégias mais adequadas para que seja possível desenvolver, nos utentes/doentes e

respetivas famílias, os saberes e as competências necessárias para que, uma vez confrontados com uma situação de crise, sejam capazes de se adaptar e encontrar o equilíbrio necessário à manutenção da qualidade de vida e que garante o bem-estar a que cada ser humano tem direito.

A Ética é caracterizada pela compreensão da natureza humana. Ético é o comportamento que visa, promove ou respeita a realização de si próprio, na relação constitutiva com e para os outros., tendo por base as competências a Declaração Universal dos Direitos do Homem que serve de fio condutor axiológico fundamental do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), que fornece as diretrizes que obrigam os enfermeiros a agir tendo por base um conjunto de normas e regras, os chamados deveres profissionais. Segundo o mesmo, no quarto artigo, os princípios de enfermagem assentam no respeito pela vida, pela dignidade humana e nos direitos humanos, em todas as dimensões (OE, 2009), baseando a sua prática no olhar atento e constante das questões éticas, legais e deontológicas.

Posto isto, durante a minha prática clínica procurei sempre respeitar o Código Deontológico, assim como os valores universais como a igualdade; a liberdade responsável, a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; e a competência e o aperfeiçoamento profissional (REPE, 1996). Para além destes princípios, ainda são necessários outros os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros como a responsabilidade social da enfermagem na promoção da saúde da população; o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais, não esquecendo porém o respeito e a observância da normas específicas de cada local de estágio, no qual estava inserida.

Neste âmbito, pedi sempre autorização aos doentes para a sua participação nas atividades por mim propostas, tendo por base o consentimento informado, embora muitas das vezes de forma mais informal, ou em qualquer trabalho realizado no âmbito do estágio. Tive em conta que todos os cuidados prestados aos doentes respeitassem os seus direitos.

Na base do respeito pelos outros estão os princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência, veracidade e justiça, entre outros, que são orientações fundamentais na tomada de decisões. No princípio da autonomia, os profissionais dos cuidados de saúde devem assegurar-se de que o respeito pela pessoa enquanto agente racional não foi ignorado. Relativamente ao princípio da beneficência, os enfermeiros

devem proteger os direitos e interesses dos utentes pois muitas vezes estes, motivados pela sua doença, nem sempre são capazes de falar por si próprios, havendo portanto necessidade de definir algumas estratégias e forma a que os utentes tenham informação suficiente para tomar decisões ou dar consentimentos informados. A não maleficência é a garantia de que os prestadores de cuidados de saúde não causem danos aos seus utentes. O princípio da justiça assegura ao utente o direito de ser tratado de modo igual independentemente da raça, género, estado civil, estatuto social, nível económico, crença religiosa ou diagnóstico médico. O princípio da veracidade requer que os profissionais digam sempre a verdade e não enganem intencionalmente ou induzam em erro os utentes.

Tendo em conta todas estas considerações previamente mencionadas, redigi os registos de forma rigorosa, utilizando declarações objetivas, isentas de juízos de valor. Realizei planos de cuidados precisos, objetivos e específicos nas intervenções por mim prescritas. Documentei sempre as intervenções e a sua subsequente evolução. Assegurei também o direito à confidencialidade.

De acordo com a lei, todas as pessoas têm o direito de decidir se aceitam ou rejeitam o tratamento. Desta forma, antes da realização de um procedimento terapêutico, o utente deve receber informação sobre o mesmo ou sobre as alternativas existentes e só depois dar a sua permissão. Neste âmbito, pedi sempre autorização aos doentes para a participação nas atividades por mim propostas, ou em qualquer trabalho realizado no âmbito do estágio.

No Módulo II de estágio tive a oportunidade de perceber que existem algumas condições sobre as quais o tratamento pode ser realizado sem ser necessário o consentimento informado. Estas condições estão asseguradas pela legislação através da Lei da Saúde Mental. Neste estágio confrontei-me também com a necessidade da contenção física dos utentes por parte dos profissionais de saúde. Esta intervenção apenas é utilizada em casos pontuais e como meio de assegurar a proteção dos utentes tendo sempre em conta o princípio ético da beneficência.

Os aspetos legais da ESMP centram-se em torno da confidencialidade e direito à privacidade, consentimento informado, contenções e isolamento e questões sobre o regime legal do internamento (voluntário versus compulsivo). Deste modo, senti-me sempre responsável pelas minhas próprias ações em relação a estas questões éticas, sabendo de antemão que a sua violação poderia resultar em processos de negligência ou má prática.

3.2 – DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

No que diz respeito ao domínio da melhoria contínua da qualidade, espera-se que o enfermeiro especialista desempenhe um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; conceba, gira e colabore em programas de melhoria contínua da qualidade e que crie e mantenha um ambiente terapêutico e seguro. Segundo Neeb (2000) “ *Uma das áreas sobre as quais os enfermeiros exercem algum controlo é o próprio ambiente terapêutico..., considera-se que o ambiente terapêutico atua sobre o comportamento..., cada contato entre o enfermeiro e o doente fornece uma oportunidade de interação terapêutica.*”

Enquanto enfermeiros, inserimo-nos num contexto de atuação multiprofissional, onde realizamos, entre outras, intervenções autónomas que nos permitem a promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental. Os enfermeiros especialistas realizam atividades diferenciadas que pretendem a deteção precoce da descompensação psicótica, a prevenção da depressão e do suicídio, a redução dos desequilíbrios decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, a promoção da inclusão social e a proteção dos direitos e da dignidade quando o distúrbio já está instalado.

Na presença do distúrbio o enfermeiro especialista procura focalizar a sua intervenção na gestão de sintomas e medicação, no treino de aptidões sociais e das capacidades cognitivas. Também, mas não menos importante, realiza aconselhamento e ensino, para minimizar as limitações decorrentes da evolução da doença mental.

A abordagem terapêutica do enfermeiro deve ser consonante com as diferentes fases da doença, sendo a sua intervenção diferenciada pelo uso de estratégias e técnicas de tratamento psicossocial.

No domínio da melhoria da qualidade e tendo em conta que os cuidados de saúde tem funções que nem sempre podem ser avaliadas através de uma estrita abordagem estatística. A necessidade de apoio, informação e interesse pela pessoa têm sido sempre partes essenciais nos cuidados de saúde na prática. Desta forma e nos meus estágios numa primeira fase procurei integrar-me na equipa e nas suas dinâmicas diárias, inteirei-me dos protocolos aí existentes e fiz o reconhecimento do espaço físico dos serviços. Durante as reuniões de serviço, procurei recolher informação pertinente no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados, sempre que possível fui dando sugestões para a melhoria dos mesmos. Desta forma, um dos meus objetivos foi atender e cuidar de cada doente de forma individualizada, tendo em conta as suas especificidades.

As atividades desenvolvidas durante o estágio no sentido de dar resposta aos objetivos propostos foram: a colaboração e participação com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados, fomentando um espírito de abertura e mudança para formas de trabalho mais eficientes e que contribuíssem para a simplificação e desburocratização de procedimentos e de intervenções; Identificação e prestação de cuidados de enfermagem especializados aos utentes/familiares/cuidadores utilizando as competências adquiridas no MESMP; Como indicador de avaliação tive a apresentação de um Estudo de Caso e dos principais resultados da intervenção de enfermagem. Sabendo de antemão que um estudo de caso (Galdeano, Rossi & Zago, 2003) é uma forma dos enfermeiros realizarem um estudo profundo dos problemas e necessidades da pessoa/família, definindo assim a melhor estratégia para solucionar ou reverter os problemas identificados.

No módulo II após contacto com a realidade do local de estágio e a realização da avaliação inicial a algumas doentes, tive ainda oportunidade de implementar um programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro e um programa de Treino de Higiene Pessoal e de Vestir/Despir aos utentes da unidade.

A necessidade da implementação destes programas de treino surgiu depois da aplicação e avaliação de escalas psicométricas validadas, que revelaram um défice de conhecimento relativamente ao dinheiro e relativamente aos autocuidados higiene e vestir e despir a necessidade do treino urge pela importância da autonomização nas atividades de vida.

Um dos critérios de inclusão no grupo para a realização dos treinos foi terem défice cognitivo moderado/grave, avaliado através do MMSE, com dificuldades quer na gestão do dinheiro, quer na realização dos seus autocuidados.

O Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro foi realizado com um grupo de quatro doentes. Num primeiro momento foi feito ensino sobre a moeda e o valor de alguns produtos adquiridos pelas doentes no recinto hospitalar, num segundo momento foi distribuído o dinheiro diário e realizado acompanhamento ao bar, para permitir uma transação do dinheiro de forma segura e controlada. Posteriormente as doentes começaram a realizar as suas compras de forma autónoma, fazendo uma análise dos seus gastos e a verificação do troco no regresso ao serviço.

Relativamente Treino de Higiene Pessoal e de Vestir/Despir, foi realizado a um grupo de seis utentes da enfermaria, após a aplicação do Índice de Barthel- Atividades Básicas de Vida (ABVD). O Índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do individuo e que em estudos internacionais é um estudo que apresenta

resultados de confiabilidade e validade muito consistentes (Paixão, Júnior, 2005).

A reeducação das atividades de vida diária é muito importante para a reinserção, no entanto é um processo moroso pois é necessário capacitar o doente nas atividades do autocuidado e de vida diária, é preciso tempo para ensinar e treinar junto com o doente, para que seja ele a fazer o máximo de atividade possível. (Leal 2001).

Ao longo das sessões foram monitorizados os cuidados prestados através da avaliação do doente e da sua evolução funcional. Durante o treino um dos princípios básicos é deixar o doente atuar sozinho dentro das suas possibilidades, de modo a obter maior autonomia e aumentar a sua autoestima. Nesta fase são muito importantes os reforços positivos e os elogios. Segundo Phipps et al, (2003) *“Para serem eficazes no processo de reabilitação, os enfermeiros tem que ter a necessária compreensão das técnicas usadas pelos vários terapeutas, de modo que possam planejar e trabalhar em colaboração com eles nos cuidados ao doente. Estes conhecimentos são também usados para ajudar o doente a implementar técnicas adequadas na execução das atividades de vida diária.”*

Relativamente à aplicação dos treinos no módulo II de estágio, considero que foram bastante pertinentes pois permitiram uma maior autonomia das doentes participantes e libertaram de certa forma a equipa, para a prestação de outros cuidados de saúde, tendo em conta que a enfermaria presta cuidados a 41 utentes.

No módulo III tinha como objetivo a implementação da consulta de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, esta constitui um momento favorável para a identificação das necessidades dos doentes, potencializar a sua formação /informação, para viabilizar a avaliação dos planos de saúde, traçados no seio da equipa multidisciplinar. Citado por Diogo (2002) é através da consulta que podem minimizar-se os problemas relacionados com as atividades de vida, compreender-se as repercussões na vida da pessoa, planejar momentos de alívio e antecipar as suas necessidades específicas.

Ao iniciar o referido estágio tomei conhecimento que esta consulta de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria já existia, pelo que tive oportunidade de colaborar com a restante equipa na realização da mesma. Realizei avaliação inicial com o objetivo de identificar as necessidades de cuidados especializados em enfermagem de Saúde Mental, sendo estes discutidos em equipa multidisciplinar. Nestas consultas de enfermagem eram ainda identificados os diagnósticos de enfermagem, programadas as intervenções e a aplicação de escalas utilizadas pela equipa, tais como o MMSE e a escala de Sócrates. As consultas eram realizadas diariamente, durante a manhã, de forma individualizada.

Segundo Sequeira (2007) *“A consulta de enfermagem é um “meio” ideal, para os enfermeiros efetuarem o diagnóstico das necessidades/dificuldades, bem como para planearem e implementarem o plano de intervenção adequado ao contexto de cada um.”* Estas consultas são uma ferramenta terapêutica com enorme potencial, tendo sido debatido em equipa as potencialidades a explorar e a possibilidade de expandir esta consulta à pós-alta.

Nos locais de estágio do Módulo I e Módulo II, não foi possível implementar a consulta de enfermagem, embora tal tenha sido discutido em equipa, e a sugestão tenha sido feita, pois a realidade dos serviços, devido ao tipo de população aí existente e às próprias rotinas dos serviços bem como à falta de recursos humanos para o seu desenvolvimento. No módulo III, com algum descontentamento da minha parte, a consulta não se estendia para a pós-alta. Pois os utentes perdiam o vínculo à instituição, eram encaminhados ou para as ET da área de referência ou para a unidade de alcoologia.

Os indicadores de avaliação por mim definidos foram: Planeamento e execução da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; Identificação do horário e dia da consulta; Monitorização do nº de consultas de enfermagem de saúde mental e psiquiátricas realizadas e Descrição das principais atividades desenvolvidas na consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Durante os módulos de estágio tive a oportunidade de mobilizar os conhecimentos teórico-práticos adquiridos no MESMP tendo em conta os diferentes contextos. Elaborei planos de intervenção terapêutica dirigidos ao utente/familiares/prestadores de cuidados, acompanhados na consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A realização destes estágios permitiu-me consciencializar que a enfermagem é uma ciência que gera e desenvolve conhecimento baseado na prática, processo com algumas interdependências mas em grande parte autónomo, Segundo Abreu *“A natureza das ciências de enfermagem requer uma relação próxima entre teoria, prática e evidências da investigação..., as práticas dos profissionais de saúde constituem realidades complexas onde se cruzam três contextos dinâmicos: o utente, que usufrui dos cuidados, o do profissional de saúde, que vivenciou as experiências e transições relevantes para a decisão clínica; por último, o que decorre da interação entre ambos.”*

3.3 – DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

Os comportamentos e atitudes do enfermeiro, têm um efeito profundo sobre a saúde e o bem-estar do doente. Segundo Kleiman (2004), a identidade profissional dos enfermeiros é constituída *“pelos valores que partilham na disciplina de enfermagem e pelas responsabilidades que assumem nas organizações de saúde... não menos importante, a identidade é também influenciada pela disponibilidade que possuem para assistir os utentes, fazer diagnósticos, prestar cuidados e gerir a assistência na sua globalidade.”*

O domínio da gestão compreende a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Compreende também a adequada realização os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados (OE, 2010).

As competências do enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados são as seguintes: Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Neste sentido elaborei como objetivo no projeto de estágio: Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem nas unidades de estágio. Que tinha como atividades a desenvolver: Integração da equipa multidisciplinar, no seu método de trabalho na dinâmica do serviço; Prestação de cuidados diretos aos utentes e familiares; Colaboração em programas de melhoria da qualidade na instituição; Realização de entrevistas informais à equipa multidisciplinar. Tendo como indicadores de avaliação: Monitorizar o número de intervenções realizadas em cada estágio, enfatizando os resultados obtidos no final de cada intervenção planeada. Objetivo este ao qual dei resposta em todos os módulos de estágio, participando sempre que possível nas reuniões e decisões da equipa multidisciplinar, ao longo de todo o precursor, tendo participado no mínimo em 6 reuniões em cada módulo de estágio.

3.4- DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM PROFISSIONAL

As profissões na área da saúde, assim como a enfermagem têm necessidade de mobilizar e trabalhar um conjunto vasto de conhecimentos, com expressão a nível da ação e tendo como objeto de atenção o Homem. Segundo Canário (2005) *“É Hoje irrecusável que os contextos de trabalho representam um elevado potencial formativo, a condição necessária para que esse potencial passe da virtualidade à realidade, isto é para que a experiência se constitua em saber, é a de fazer do próprio exercício do trabalho um objeto de reflexão e pesquisa, pelos que nele estão diretamente implicados”*.

A enfermagem como conceito existe provavelmente desde o início do mundo civilizado, com a prestação de cuidados aos doentes, no entanto o papel do enfermeiro evoluiu do cuidador privado ou assistente do médico para o reconhecimento como membro único e independente da equipa de cuidados profissionais. Peplau refere que o enfermeiro que trabalha em psiquiatria utiliza técnicas interpessoais para estabelecer as relações terapêuticas ou de ajuda. O uso terapêutico de si requer que o enfermeiro tenha grande autoconsciência e autoconhecimento, que tenha atingido uma crença filosófica sobre a vida, morte e sobre a condição humana em geral. Segundo Townsend (2009), *“a autoconsciência requer que o indivíduo reconheça e aceite o que valoriza e aprenda a aceitar a singularidade e diferença dos outros...”*.

A aprendizagem vai-se efetivando através da leitura, no contato com os outros e através de uma reflexão consciente, até porque os enfermeiros lidam com pessoas que devido à sua situação, exigem uma intervenção responsável.

Podemos considerar que a enfermagem compreende um conjunto de saberes e processos, centrados nas respostas humanas e no autocuidado, com o objetivo de agir sobre o estado de saúde de forma a promover a melhor qualidade de vida possível. Abreu (1998) considera que *“a enfermagem é uma disciplina com uma perspectiva particular e bem delimitada, que se consubstancia num domínio próprio de conhecimentos.”*

O domínio da formação é um alicerce importante na profissão de enfermagem, sendo cada enfermeiro responsável pela atualização do seu próprio conhecimento e pelo desenvolvimento da profissão, devendo por isso procurar atualizar os conhecimentos técnico-científicos e relacionais, de modo a acompanhar as mudanças e a desenvolver uma adequada resposta às necessidades das pessoas, no âmbito da sua intervenção.

Relativamente às competências do domínio das aprendizagens profissionais, o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade são dois aspetos fundamentais

para uma prática clínica especializada. Na área da saúde mental estes dois aspetos são fundamentais, uma vez que, por natureza, trabalha-se com as emoções e sentimentos considerando o ser humano na sua totalidade. Segundo Townsend (2009) citando Alberti e Emmons: *“o comportamento assertivo promove a igualdade nas relações humanas, permitindo-nos agir no nosso melhor interesse, defendendo-nos sem ansiedade excessiva, expressa confortavelmente sentimentos honestos, exercer os direitos pessoais sem negar os direitos dos outros”*.

Durante os meus módulos de estágio procurei estratégias de forma a enriquecer o meu conhecimento individual. Para além da pesquisa bibliográfica que realizei tive a oportunidade de estar in loco com situações de vida reais. Nas primeiras duas semanas de estágio realizei as visitas à estrutura física das unidades de estágio, consultei os documentos e protocolos relacionados com a orgânica e funcionamento existentes em cada uma delas. Procurei também, junto dos responsáveis informar-me sobre a existência de protocolos de colaboração com outras instituições e identificação dos projetos existentes e respetiva população alvo.

Considero ter concretizado o meu objetivo inicial ao realizar a caracterização da estrutura física das unidades de estágio, e a caracterização dos recursos existentes e funcionalidade das unidades de estágio.

Outro objetivo por mim traçado foi: Refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica, para tal tive que desenvolver estratégias de resolução de problemas em parceria com o utente, demonstrar capacidade de decisão ética em diversas situações, com base em princípios e normas deontológicas, realizar reflexões críticas e melhorar as ações direcionadas para o envolvimento das famílias e cuidadores como foco de atenção de enfermagem especializada. Para dar resposta ao objetivo realizei um portfólio de estágio e apresentei reflexões críticas que pretenderam demonstrar a evolução dos cuidados especializados. Estas reflexões críticas integraram o portfólio final de cada módulo de estágio. A concretização deste objetivo proporcionou-me momentos de reflexão crítica e de análise de todo o meu trabalho, considerando estes momentos de mais-valia para o meu autoconhecimento e desenvolvimento enquanto enfermeira especialista, pois só com uma boa reflexão e análise crítica se pode evoluir na nossa prática clínica.

Ainda dentro do mesmo domínio tive a oportunidade de realizar algumas modalidades psicoterapêuticas, pois considero estas atividades importantes na prática clínica do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. A implementação

destas modalidades, na minha ótica, poderá trazer vantagens a vários níveis para o utente, na medida em que há uma intervenção muito direta no seu problema e deste modo, fá-lo sentir alvo da nossa preocupação de forma individualizada e pormenorizada, aumentando e enriquecendo a relação terapêutica entre a pessoa e o enfermeiro. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiatria (2010), os enfermeiros especialistas em saúde mental, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades do âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio-terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o utente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental são as competências do âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde mental e Psiquiatria, 2010).

Na literatura encontramos resultados díspares referentes à eficácia da estimulação cognitiva. No entanto para se escolher a melhor intervenção é necessário realizar uma boa avaliação neuropsicologia, que caracterize as funções alteradas e as mantidas, e o grau de gravidade das referidas alterações.

Antes de iniciar as sessões de estimulação Cognitiva executei a avaliação inicial de enfermagem para identificar as necessidades de cuidados especializados de enfermagem, apliquei as escalas de avaliação, nomeadamente o MMSE, referidas nos apêndices relativos aos estudos de caso. Desde logo ficaram excluídos os casos que não apresentavam défice cognitivo. Foi programado o local e horário para a realização da atividade, sendo que no módulo II, como eram doentes em regime de internamento houve a preocupação de ajustar a atividade às rotinas diárias da enfermaria. De forma a poder avaliar a modalidade psicoterapêutica tracei alguns indicadores tais como a monitorização do número de participantes e da sua assiduidade, a avaliação da evolução através da reaplicação das escalas e a avaliação estatística do resultado final.

No planeamento e execução desta intervenção surgiram enumeras vezes dúvidas e obstáculos que me deparei com a reflexão dos cuidados e prática clínica. Esta técnica

depende de muita disponibilidade e tempo por parte do enfermeiro e do utente. Contudo e após a avaliação da modalidade, penso ter atingido os objetivos a que inicialmente me propus, traduzido na melhoria dos utentes a nível cognitivo.

Ao nível da modalidade psicoterapêutica de modificação comportamental utilizada especificamente no tratamento do uso de drogas. A dependência é vista, sob este modelo, enquanto um comportamento aprendido, passível de ser redimensionado com a participação ativa do indivíduo neste processo de mudança. O papel do terapeuta é referenciar a relação entre o pensamento, a emoção e a ação relacionada com o uso de drogas, procurando identificar as diferentes funções desta substância psicoativa na vida do utente. Por isso, o terapeuta tem que identificar as crenças e modificar os pensamentos automáticos, tendo que ter em conta as crenças do utente requerendo do enfermeiro especialista a criação de habilidades para modificá-los.

Relativamente a esta modalidade tive a preocupação de realizar um contrato terapêutico com o utente no qual foram delimitadas algumas regras básicas do tratamento. Senti algumas dificuldades uma vez que o grau de motivação foi oscilando ao longo do tempo, existia grande ambivalência em relação à mudança de comportamento acabando por abandonar o mesmo.

Outra modalidade psicoterapêutica aplicada por mim nos diferentes módulos de estágio foi a musicoterapia, que segundo a Federação Mundial de Musicoterapia (2011), é definida como: *“a utilização profissional da música e dos seus elementos, para a intervenção em contextos médicos, educacionais e do quotidiano, com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procurem otimizar a sua qualidade de vida e melhorar a sua saúde física, social, comunicativa, emocional, intelectual, espiritual e bem-estar”*. A relação musical que se estabelece no processo musicoterapêutico possibilita aos utentes a comunicação de pensamentos e sentimentos de forma expressiva pelo que a intervenção do enfermeiro especialista deverá passar pela construção de estratégias que possibilitem dignidade e qualidade de vida às pessoas com doença mental. Desta forma deve considerar a musicoterapia como uma abordagem facilitadora do desenvolvimento pleno dos utentes, focado nas suas reais possibilidades e não nas suas limitações. Desta forma, foram por mim realizadas várias sessões nos diferentes módulos de estágio que possibilitaram de certa forma uma interação entre os doentes e um meio facilitador da relação terapêutica. Considero ser uma atividade bastante positiva pois permite a expressão de sentimentos quer do indivíduo que do grupo no qual está inserido.

Recorri também à Psicomotricidade, que é a ciência que tem como objeto de

estudo o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo. Desta forma, a Intervenção Psicomotora permite que o indivíduo se conheça a si próprio e ao meio que o rodeia (Martins, 2001). Ao nível preventivo é utilizada para estimular e desenvolver competências sociais; educativo porque promove o desenvolvimento psicomotor e potencia a aprendizagem; por fim no âmbito reeducativo/terapêutico é utilizada para adaptar o indivíduo com um desenvolvimento comprometido às suas alterações quer sejam motoras, psicológicas, afetivas e cognitivas (Morais, 2007). Nas sessões de intervenção psicomotora é sobretudo utilizado instrumentos específicos, atividades lúdicas, técnicas de relaxamento e consciencialização corporal, atividades expressivas e motoras e ainda permite experiências com o mundo exterior (Matias, 2005). Tendo por base esta informação supracitada acerca desta técnica, utilizei-a no meu percurso de estágio por ser uma técnica bastante completa e estimulante para os utentes com algum tipo de défice cognitivo. Após uma avaliação cognitiva inicial e final, através do MMSE, verifiquei uma evolução favorável nos utentes participantes nesta terapia através da melhoria do seu score.

O termo relaxamento, por norma, é usado em referência aos músculos, significando alívio da tensão e alongamento das fibras musculares em oposição à contração que acompanha a tensão muscular. No entanto, esta visão é muito limitada uma vez que diz basicamente respeito à componente física do indivíduo, mas interessa-nos abordar o relaxamento também na componente mental. Ryman, citado por Payne (2003), define relaxamento como “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo”, dando especial importância aos aspetos psicológicos da experiência de relaxamento, sejam eles sensações agradáveis ou ausência de pensamentos geradores de *stress*. Para a Ordem dos Enfermeiros, competência é um “fenómeno multidimensional, complexo e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional”. Assim sendo, podemos referir que a realização de uma técnica de relaxamento é uma intervenção do enfermeiro especialista para devolver ao doente mental o bem-estar perdido, podendo mesmo atenuar a sintomatologia de determinadas doenças mentais, funcionando não como um substituto da terapêutica farmacológica mas sim como componente integrante de modalidades terapêuticas combinadas.

Nos meus campos de estágio tive oportunidade de realizar o relaxamento de Jacobson. A sua técnica baseia-se na premissa de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam ansiedade através da tensão muscular. A interação da respiração

profunda com o relaxamento da musculatura é responsável pela redução da frequência cardíaca e pelo aumento da sonolência.

Para a realização desta modalidade de intervenção psicoterapêutica foram realizadas entrevistas prévias aos utentes no sentido de avaliar os critérios de inclusão. Posso concluir que as sessões planeadas foram extremamente produtivas e no final das sessões os utentes verbalizavam uma sensação de alívio de tensão, assim como sentimentos de “bem-estar, leveza e paz”.

Neste âmbito, dentro do meu percurso de estágio procurei desenvolver algo de útil e pertinente para o meu desenvolvimento pessoal e da restante equipa. Sendo assim, no Módulo II no sentido de melhorar a qualidade de vida daqueles que assisti, de garantir um padrão de comportamento estável, realizei um panfleto onde ficaram registados os reforços negativos, preconizados na enfermaria que foram definidos em reunião comunitária com todas as doentes, havendo uma discussão sobre os mesmos de forma a chegarmos a um consenso e aceitação por parte de todos. Estes reforços têm como objetivo o cumprimento das regras existentes, mas em especial a reintegração de cada doente no grupo, tornando-os participantes nas principais decisões a tomar, algo que se revelou pertinente, pois numa fase de transição de local físico do serviço, estas regras estavam a ficar bastante esquecidas pelos doentes, e tinham que ser atualizadas e revistas tanta para as doentes como para a própria equipa. No Módulo I, foi-me sugerido que realizasse um trabalho escrito acerca do novo tratamento para a Hepatite C, uma vez que fazia todo o sentido tendo em conta a população com a qual ali se trabalhava, que é muito suscetível deste tipo de doenças, algo que eu fiz e deixei documentado para a equipa.

No Módulo III, mediante as circunstâncias e as necessidades do serviço, foi-me sugerido que realizasse um questionário que permitisse compreender a razão da fraca adesão à sessão de relaxamento ali desenvolvida diariamente ao fim do dia. Além disto, realizei uma formação para a equipa de enfermagem acerca das técnicas psicoterapêuticas possíveis de serem utilizadas naqueles doentes que não passavam no *Mini-Mental State Examination* ou na Escala de Sócrates, e que por isso não integravam o grupo terapêutico.

4. CONCLUSÃO

Este relatório de estágio pretendeu descrever o meu percurso ao longo dos três módulos de estágio integrantes do currículo do Mestrado com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica. Foram aqui abordadas as competências do enfermeiro especialista dentro dos seus domínios e as atividades realizadas com o propósito de dar resposta às competências exigidas.

O enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica deve ter a capacidade de desenvolver uma visão holística no seu cuidar, sabendo que é essencial desenvolver competências nas áreas da relação interpessoal, da comunicação e da relação de ajuda. Tendo estes aspetos em consideração tentei dar resposta e desenvolver cada um dos domínios preconizados pela Ordem dos Enfermeiros relativamente ao enfermeiro especialista nesta área. Dentro de cada domínio procurei desenvolver atividades e definir estratégias de forma a alcançar o objetivo ao qual me propus.

Este percurso foi de grande aprendizagem e evolução enquanto pessoa e profissional. Como futura enfermeira especialista em saúde mental permitiu-me ter uma noção diferente do doente, desenvolver um olhar holístico, procurando sempre prestar os melhores cuidados possíveis, bem como ter a noção do que realmente é esperado de um enfermeiro especialista nesta área. O desenvolvimento dos domínios do ESMP permitiu-me aprofundar conhecimentos e desenvolver a minha atividade profissional tendo em conta o que é esperado de um enfermeiro especialista. Deu-me uma maior sensibilidade para a individualidade de cada doente e em adequar os tratamentos o melhor possível a cada caso.

As maiores dificuldades com as quais me deparei ao longo do estágio foram o tipo de população com a qual trabalhei em alguns módulos de estágio, que não era a mais colaborante para a realização do meu trabalho, a falta de recursos em alguns casos e o facto de não ter feito a licenciatura em Portugal, o que por vezes me levou a sentir muita insegurança e alguma limitação devido à falta de alguns conhecimentos. Dificuldades estas que fui sempre conseguindo superar, por vezes com grande custo.

Porém devo ressaltar que foi fundamental a orientação e ajuda dada por parte dos tutores de estágio, o que me permitiu atingir os meus objetivos de forma satisfatória.

No final deste percurso, e após todas as reflexões críticas feitas, sinto que evolui muito, e que consegui contornar todos os obstáculos com os quais me deparei, ultrapassando-os da melhor forma, conseguindo assim desenvolver todo o trabalho

necessário para dar resposta aos objetivos aos quais me propus alcançar no Projeto de Estágio.

Considero, portanto, que foi um percurso bastante positivo e com muita partilha de conhecimento o que me enriqueceu bastante e me modificou enquanto pessoa e profissional de enfermagem.

5. BIBLIOGRAFIA

ABREU (2007). Formação e Aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Redhorse: Indústria Gráfica, Lda. ISBN: 978-972-8485-87-0.

CANÁRIO, R. (2005). Formação e adquiridos experienciais: entre a pessoa e o indivíduo. In: FIGARI, G. e outros (Ed.). Avaliação de competências e aprendizagens experienciais: saberes, modelos e métodos. Lisboa: Educa

DIOGO M. (2002). Consulta de Enfermagem em Gerontologia. In: Netto, Mattheus Papaleo (org). Gerontologia: A velhice e o envelhecimento uma visão globalizada. São Paulo: Ed. Ateneu.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, Plano Nacional de Saúde Mental.

GALDEANO LE, ROSSI LA, ZAGO MMF (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, maio-junho; 11(3):371-5.

JESUS, M., CRISTINA, P., et al. (2011). Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. Revista da escola de enfermagem USP., vol.45, n.5, pp. 1229-1236. ISSN 0080-6234.

LEAL, F, (2001). Enfermagem em Neurologia - Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. Lisboa: Edição Sinais Vitais. 220 pp.

LEHTINEN. (2008). Building up good mental health – Guidelines based on existing knowledge. Jyväskylä: Gummerus Printing.

MARTINS, R. (2001) – Questões sobre a identidade da Prática da Psicomotricidade – As práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.) Progressos em Psicomotricidade (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.

MINOSSO, JÉSSICA ET AL, (2010). Validação no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. São Paulo, Brasil: Estudo desenvolvido no Centro de Saúde Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo in Acta Paul Enferm. (2):218-23

MORAIS, A. (2007). Psicomotricidade e Promoção da Qualidade de Vida em Idosos com Doença de Alzheimer. A Psicomotricidade (pp. 25-33).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Edição Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem. In Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). - Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista. [Documento www]. URL. http://www.aesopenfermeiros.org/up/ficheirosbin2_ficheiro_pt_0519813001435324614-724.pdf. (consultado em maio de 2017).

PAIXÃO, JÚNIOR C. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Republic Health: Caderno de Saúde Pública. p.7-19

PHIPPS, WILMA J. ET AL (2003). Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica. Loures: Editora Lusociência. 6ª edição. pp.655-1339.

SEQUEIRA (2006). Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Papelmunde – SMG, Lda. ISN: 989-558086-5.

TOWNSEND, MARY C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica Conceitos. Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda.

VIDEBECK, S. (2012). Enfermagem em saúde mental e psiquiatria, 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

6. APÊNDICES

APÊNDICE I – Estudo de Caso (Módulo I - Promoção de estilos de vida saudável, Diagnóstico e Prevenção)



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

Estudo de Caso

Aluna: Ana Rita Caetano Bernardes

Orientadora: Prof^ª Dr.^ª Aida Fernandes

Tutor: Enf Sérgio Vieira

Serviço: ET de Cedofeita

Porto, Novembro de 2017

"A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original."

Albert Einstein

SIGLAS E ABREVIATURAS

ET – Equipa de tratamento

OE – Ordem dos Enfermeiros

EC – Entrevista Clínica

MMSE – Mini Mental State Examination

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Processo de Enfermagem (Ansiedade)	22
Tabela 2 – Processo de Enfermagem (Memória)	24
Tabela 3 – Processo de Enfermagem (Auto estima)	25
Tabela 4 – Estimulação Cognitiva	27
Tabela 5 – Relaxamento	28
Tabela 6 – Musicoterapia	30
Tabela 7 – Terapêutica Instituída	31
Tabela 8 – Informações pertinentes acerca da Sertalina	32
Tabela 9 – Informações pertinentes acerca do Lorasepam	32
Tabela 10 - Informações pertinentes acerca da Trazadona	33
Tabela 11 - Informações pertinentes acerca da Quetiapina	33
Tabela 12 - Informações pertinentes acerca do Urorec	34

INDICE

INTRODUÇÃO	50
1 depressão – breve reflexão	52
2 caso clínico	54
2.1 Entrevista Clínica	54
2.2 Avaliação Inicial de Enfermagem	56
2.2.1 História Biopsicossocial	56
2.2.2 História Psiquiátrica	57
2.2.3 Vivência da Doença / Adaptação à Doença	58
2.2.4 História Familiar	59
2.2.5 História Social	60
2.2.6 História do Desenvolvimento	61
2.2.7 Exame Físico	61
2.2.8 Hábitos de Vida	62
2.2.9 Exame Psicológico	63
2.2.10 Expetativas	64
3 processo de enfermagem	65
3.1 Intervenções Psicoterapêuticas	70
4 Terapêutica Instituída	76
5 reflexão crítica	80
CONCLUSÃO	82
BIBLIOGRafia	84
ANEXOS	85
.....	86
.....	87

INTRODUÇÃO

O presente trabalho realiza-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Universidade Católica Portuguesa – Porto (ICS-UCP), enquadrando-se na Unidade Curricular de Estágio nomeadamente o Módulo I – Promoção de estilos de vida saudável, Diagnóstico e Prevenção.

Um dos objetivos definidos para o presente estágio foi a elaboração de um estudo de caso, de um doente em plano de substituição de opiáceos por metadona. Posto isto, temos que ter em conta que os profissionais das equipas multidisciplinares, têm no seu trabalho diário como ponto fulcral de intervenção o ser humano, cuja experiência de vida envolve várias dimensões (ambiental, biológica, social, psicológica, cultural, ética, política, familiar). Sendo assim, de maneira a que exista uma perceção mais correta e para que se possa cuidar da melhor forma, é de extrema importância que haja uma abordagem holística do utente.

Com o presente trabalho, pretendo explorar a história de um doente do sexo masculino, utente diário da ET de Cedofeita, com diagnóstico de personalidade esquizoide e depressão. Deste modo pretendo identificar os diversos fatores e situações que contribuíram para o seu atual estado clínico, para que possa compreender qual o papel do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, neste caso em concreto, para proporcionar uma possível recuperação e otimização do dia-a-dia.

Com a elaboração deste Estudo de Caso, pretendendo atingir os seguintes objetivos:

- Breve contextualização teórica acerca da Depressão;
- Conhecer melhor e avaliar a situação clínica da doente;
- Apresentar a avaliação inicial;
- Identificar os focos de atenção sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Desenvolver o processo de enfermagem segundo a CIPE, planeando as ações mais adaptadas à doente;
- Refletir sobre as intervenções realizadas e sobre a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental no âmbito da intervenção em crise no adulto.

O estudo de caso está organizado da seguinte forma:

1. Breve enquadramento Teórico acerca da patologia do doente, Depressão.
2. Apresentação do caso clínico, englobando a descrição de todo o processo de enfermagem e o relato do meu processo de tomada de decisão; por último será apresentada uma breve reflexão crítica.

A metodologia utilizada para a realização do estudo de caso cabe, essencialmente, na revisão bibliográfica, assim como no pensamento crítico-reflexivo acerca do caso clínico. A linguagem utilizada estará assente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Versão 2.0. A pesquisa bibliográfica e fontes utilizadas, foram recolhidas de livros, artigos e Internet.

DEPRESSÃO – BREVE REFLEXÃO

A patologia depressiva é uma das perturbações mentais mais comuns, estando a transformar-se num dos principais problemas de saúde dos países desenvolvidos (Gonçalves; Fagulha, 2004).

A evidência científica tem demonstrado que a depressão é um grave problema de saúde pública. Na população idosa, a depressão apresenta elevados índices de morbilidade e mortalidade, assumindo formas atípicas (relacionada com stress, doenças metabólicas, etc tendo como sintomas hipersensibilidade hipersónia, ansiedade) tornando difícil o diagnóstico e consequentemente o tratamento (Martins, 2016).

De acordo com BAHLS (2000), a depressão afeta uma considerável parcela da população, conforme se apresentam os estudos epidemiológicos: o risco de depressão maior durante a vida, em amostras comunitárias, tem variado de 10 a 25% para as mulheres e de 5 a 12% para os homens. A prevalência de depressão maior em adultos tem variado de 5 a 9% para as mulheres, e de 2 a 3% para os homens, sendo o risco de distímia durante a vida, que se estime aproximadamente de 6%.

Na sequência disto, esta problemática, reveste-se de uma enorme sobrecarga para as sociedades, com maior sobrecarga do cuidador, custos elevados em saúde e uma maior necessidade de institucionalização (Melo, Rua e Santos, 2014).

Segundo o DSM V (2014), depressão designa-se como uma alteração do humor e manifesta-se através de vários sintomas, no mínimo cinco, de entre os quais o humor depressivo (ou irritável) e a perda de prazer ou interesse (anedonia), como sendo os sintomas nucleares. Acompanhados por outras alterações significativas: do peso, do apetite, do sono; agitação ou inibição psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva/inapropriada; diminuição da concentração ou indecisão e pensamentos recorrentes acerca da morte, tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio. Estas alterações deverão estar presentes pelo menos durante duas semanas, todos os dias, durante a maior parte do dia ao ponto de afetar a vida diária, não incluindo, contudo, sintomas inerentes a outra condição médica.

A depressão, para a maioria dos Psiquiatras ocorre em consequência de uma sensação de perdas, quer sejam elas materiais e/ou afetivas. Quando é falada na perda afetiva, esta não está apenas relacionada com a morte ou separação, ou seja, pode mesmo advir de um sentimento de decepção em relação aos outros ou até em relação a si mesmo (Silva, 2001).

No que diz respeito aos fatores psicossociológicos, estes não são menos importantes, pois estão relacionados com o tipo de personalidade e o estilo de vida da pessoa, como por exemplo, personalidade pré-mórbida, privações afetivas precoces, perdas e acontecimentos de vida traumáticos, problemas familiares, stress diário, doenças físicas, problemas sociais graves, desemprego e falta de rede social. Concluimos então que a patologia depressiva não é apenas fruto de um único fator (Kaplan; Sadock, 2007).

A depressão é caracterizada por afetar o estado de humor da pessoa, deixando-a com um predomínio anormal de tristeza, de modo a que leva as pessoas a ficarem sem capacidade para desempenhar as tarefas mais simples, levando-as a perder o interesse pela própria vida (JONES, 2005).

O tratamento dos transtornos do humor deve ser orientado para vários objetivos, de modo a garantir a segurança do paciente; deve-se ter uma boa avaliação diagnóstica, assim como deve ter um plano de tratamento que aborde não apenas os sintomas imediatos, mas, além disso, o bem-estar futuro do paciente, de modo a evitar recaídas (Kaplan, Grebb e Sadock 1997).

De acordo com Galvão (2001), na depressão há um desejo suicida, com tentativa ou não, o indivíduo, muitas das vezes considera ser a única saída para se livrar da dor, angústia e tristeza. Assim, a depressão constitui-se uma das principais causas de suicídio, especialmente, em pessoas deprimidas que vivem isoladamente. Muitas das pessoas podem apresentar dificuldade de atenção, de concentração, de modo a que sentem menos capazes para agir e tomar decisões, deste modo exageram, quando as suas decisões dão erradas, desencadeando pensamentos de menos valia e de aflição.

Entre os transtornos mentais associados ao suicídio, destaca-se a depressão (McGirr, A. et al, 2007). Os transtornos bipolares, abuso de álcool, esquizofrenia e transtornos de personalidade, são os outros transtornos mentais que estão associados à tentativa de suicídio.

CASO CLÍNICO

O estudo de caso considera-se vantajoso, na medida em que é passível de ser aplicado a situações humanas e a contextos de vida real (Dooley, 2002), além de que são holísticos, característica essa descendente da investigação quantitativa (Meirinhos & Osório, 2016).

O doente em questão aceitou de forma livre e espontânea, participar no meu estudo de caso. Assim, os dados a seguir apresentados foram facultados pelo doente, complementados pelos dados disponíveis no processo clínico.

Entrevista Clínica

“A entrevista em cuidados de enfermagem é uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para a qual elabora objetivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de certos problemas” (Phaneuf, p.250, 2005).

Para Sequeira (2016), a entrevista clínica consiste numa interação comunicativa, previamente planeada entre um profissional de saúde e um cliente/grupo/família, em que o principal objetivo é compreender os detalhes do problema de saúde do utente, caracterizar o contexto onde este e o problema se insere, através de um processo organizado de observação e de informações que são recolhidas ao longo da entrevista.

A entrevista clínica foi realizada num gabinete anexo ao gabinete de enfermagem da referida unidade, respeitando a privacidade do cliente e a confidencialidade dos dados colhidos. Os dados recolhidos, com interesse terapêutico foram partilhados e discutidos com a equipa multidisciplinar.

Planeamento da Entrevista Clínica

Data:25-09-2017 Hora:9 H

Duração: 40 minutos

Local: Gabinete de Enfermagem – ET Cedofeita

Destinatário: Utente – J.P.

Objetivos:

- Realizar a colheita de dados.
- Estabelecer uma relação terapêutica com a utente.
- Identificar Diagnósticos de Enfermagem
- Caracterizar a situação/contexto relacionados com um ou mais diagnósticos.

Focos de Atenção:

- Ansiedade
- Memória
- Autoestima

Fases da Entrevista:

Fase inicial: Na fase inicial é importante criar um ambiente terapêutico que permita o estabelecimento da confiança e compreensão, clarificar os objetivos da entrevista e estabelecer um acordo com o cliente sobre os temas a abordar e os objetivos a atingir (Nunes, 2010 cit. por Sequeira, 2016).

- Preparar e gerir o ambiente
- Apresentação
- Explicar o motivo da entrevista
- Garantir privacidade e confidencialidade

Fase Intermédia (Exploratória ou de Desenvolvimento): É nesta fase que o profissional de saúde utiliza técnicas da comunicação (escuta ativa, assertividade) e implementa o guião que preparou. Segundo Sequeira (2016), este guião deve conter essencialmente: definição da área de saúde em análise e perguntas com vista à recolha de dados para o processo diagnóstico. Utilizar estratégias de comunicação de forma a que a utente se sinta calma e tranquila;

- Recolha de dados;
- Observar reações da utente;
- Aplicação do MMSE;
- Aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton, Índice de Barthel, o Índice de Lawton, a Escala de Ansiedade de Hamilton, e a Escala de Auto-Estima de Rosenberg.

Fase Final: A fase final deve solidificar os resultados, sendo que o final da entrevista deve ter em consideração o resumo final e o feedback de ambas as partes (entrevistado e entrevistador), a prescrição para a ação (o profissional informa sobre os próximos passos) e a separação física (Sequeira, 2016).

- Foi estabelecido com o utente um programa de sessões de estimulação cognitiva, musicoterapia e relaxamento.

Avaliação Inicial de Enfermagem

História Biopsicossocial

Nome: J.P.

Nome preferido: J.

Género: Masculino.

Idade: 53 anos.

Estado civil: Solteiro.

Agregado familiar composto por: Irmão.

Cuidadores: Não se aplica.

Cuidador desde: Não se aplica.

Residência: Porto.

Unidade de Saúde: ET Cedofeita.

Naturalidade: Porto.

Nacionalidade: Portuguesa.

Habilitações literárias: 8º Ano.

Profissão: Empregado de balcão, armazenista.

Situação profissional: Desempregado.

Religião: Católica

Pessoa a contactar: Assistente Social do ET de Cedofeita e o irmão.

Relação Parentesco / Vizinhança: Apresenta uma relação instável e por vezes conflituosa com o irmão, e praticamente inexistente com os vizinhos. Tem uma boa relação com os profissionais do CAT.

História Atual da Doença: Utente iniciou programa de metadona no CAT de Cedofeita por historial de consumos.

Diagnóstico: Depressão e personalidade esquizoide.

Aceitação do Estado de Saúde: O doente aceitou e reconheceu o seu estado de saúde embora por vezes se sinta revoltado.

Internamento/Adesão ao programa: Voluntário.

História Psiquiátrica

Utente com antecedentes psiquiátricos.

Episódio: Repetitivo.

Acompanhamento em consulta: Acompanhado no CAT de Cedofeita.

Internamentos anteriores: Não se aplica.

Diagnóstico: Depressão e personalidade esquizoide.

Reação ao internamento/Adesão ao programa: Demonstrou uma adaptação positiva ao programa de substituição por metadona, cumprindo o mesmo, embora inicialmente se mostrasse reticente.

Adesão / Gestão do Regime Terapêutico: Boa

Resposta à medicação: Boa

Psicoterapia: Sim.

Medicação Diária (nome/dose/horário):

- Sertalina 50 mg 8h – 12h – 16h
- Lorazepam 2,5 mg 8h – 12h – 21h
- Trazadona 150 mg 21h
- Quetiapina 200 mg 21h
- Urorec 8 mg 21h

Vivência da Doença / Adaptação à Doença

O J.P. refere que se sente só e que vive angustiado com a solidão, visto que o único familiar próximo que tem é o seu irmão que nem sempre está disponível e com o qual, por vezes, tem algumas divergências. Manifesta-se contente e satisfeito com o relacionamento que tem com as pessoas integrantes do CAT.

História Clínica

- Cognição: Aplicado o MMSE – Sem défice cognitivo.
- Outras Doenças: Apresenta como antecedentes pessoais: consumo de estupefacientes, episódios de alucinação, aneurisma e prostitite.
- Acidentes/traumatismos: Não presentes.
- Risco de quedas: -
- Alergias: Nega

- Próteses, dispositivos de auxílio: Nenhuma

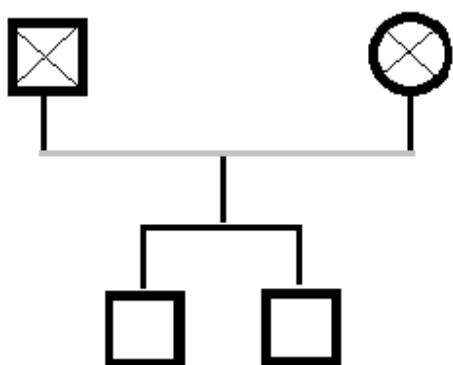
- Transtornos neurológicos: Déficit de memória, episódios de desorientação temporal.

História Familiar

História de doença psiquiátrica: Existente.

Outras Doenças: Nada a referir.

Genograma:



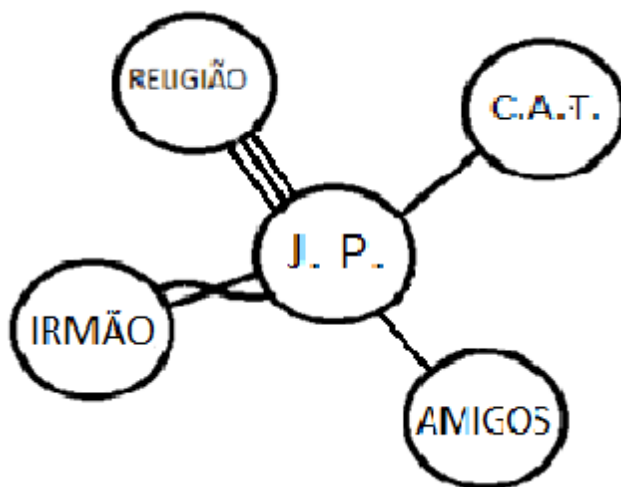
Legenda:






História Social

Reação das pessoas significativas à doença: O irmão, que é o familiar mais próximo, é algo ausente, devido ao trabalho, e diverge em muitas opiniões com o utente. Atualmente o maior suporte social do Sr J.P. é o CAT de Cedofeita onde vem diariamente fazer a toma da metadona. Refugia-se bastante na religião.

Ecomapa:



Legenda:

-  Relação Normal
-  Relação Forte
-  Relação Conflituosa

História do Desenvolvimento

História da Infância: O Sr. J.P., nasceu em 1963, no Porto onde viveu com os pais e o irmão. Refere uma infância feliz, com boas recordações e com boa relação com os pais, os vizinhos e o irmão. Estudou até ao 8º ano e trabalhou como empregado de balcão, armazenista, entre outras coisas.

História da Adolescência: O Sr. J.P. refere uma adolescência conturbada. Recorda o seu período gótico e de início de consumo de estupefacientes com tristeza e amargura.

História da idade adulta: Não casou. Manteve o consumo de estupefacientes. Nesta fase sofreu a perda dos pais algo que o perturba muito, sendo um grande impulsionador da sua depressão.

História Ocupacional e Educacional

Nível de funcionamento escolar: Refere ter sido um aluno problemático.

Nível de funcionamento no trabalho: Bom desempenho.

Exame Físico

Sinais Vitais:

- TA: 125/92 mm Hg
- Pulso: 69 bat/min
- Características: Forte, amplo e rítmico.
- Temp: 36,5 °C
- Respiração: 12 ciclos/min
- Característica: Normal e Regular.
- Dor: Sem queixas.
- Estado Nutricional: Normal

- Peso: 69,5 Kg
- Altura: 1,69 m
- IMC: 24,3 Kg/m²
- Cabeça/Tronco/Membros: Sem alterações de relevo.
- Pele e mucosas: Ligeiramente desidratadas, íntegras e sem edemas.
- Visão: Má.
- Audição: Boa.

Hábitos de Vida

Autocuidado: higiene - Autônomo.

Autocuidado: vestuário – Autônomo.

Autocuidado: arranjar-se -. Autônomo

Autocuidado: comer

- Nº de refeições/dia: 3

- Forma mais habitual de confecção dos alimentos: Variável, dependendo das possibilidades financeiras e da ajuda do irmão.

- O que ingere em cada refeição? Totalidade da refeição.

- Necessita de assistência no autocuidado: comer? Não.

Autocuidado: beber – Autônomo.

Autocuidado: atividade recreativa – Ver televisão, conversar esporadicamente, ouvir música e ir à igreja.

Autocuidado: atividade física – Caminha frequentemente.

Autocuidado: sono-reposo

- Horas de sono: 6 h

- Repouso durante o dia: Sim.

- Recurso a medicação: Sim.
- Qualidade do sono: Refere sono reparador na maioria das vezes.
- Insónias: Esporádicas.

Eliminação

- Eliminação intestinal - padrão: 1 dejeção por dia
- Eliminação urinária - padrão: várias vezes ao dia.

Estilos de vida

- Uso de substâncias: Esporadicamente.

Exame Psicológico

Interação social

- Relação (contato): Fácil

Comunicação: Normal.

Estado de Consciência: Vígil.

Orientação:

- Auto psíquica – Sim
- Alo psíquica – Sim

Comportamento: Adequado

Humor: Distimico. Apresenta-se deprimido.

Memória: Dificuldade na memória a curto e médio prazo.

Fobias: Nenhuma.

Afetividade: Carente.

Percepção: Com alucinações esporádicas.

Pensamento: Sem alterações.

Quanto ao curso – Normal, por vezes lentificado.

- Quanto à forma - Sem alterações.

- Quanto ao conteúdo – Sem alterações.

Ansiedade: Presente.

Autoestima:

- Verbalização de autoaceitação – Sim.

- Manutenção de uma postura ereta – Sim.

- Manutenção do contacto olho-no-olho – Sim.

- Desejo de confrontar os outros – Não.

Descrição de sucesso nos grupos sociais – Não.

Descrição de orgulho de si mesmo – Não.

Sentimentos de autovalorização – Não.

Expectativas

O Sr. J.P. refere vontade de controlar a sua ansiedade e de sair do quadro depressivo. Deseja abandonar totalmente os consumos de estupefacientes. Não refere mais expectativas.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Nesta fase do trabalho, efetua-se a ligação entre os dados descritos até ao momento e os focos/diagnósticos de enfermagem. Esta ligação entre os dados e os focos/diagnósticos, é formalmente denominada de Processo de Enfermagem. O Processo de Enfermagem constitui um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados, visando uma melhoria do estado de saúde da pessoa que vai ser cuidada (Phaneuf, 2001).

Tendo em conta o quadro clínico do senhor J.P. foram detetados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Ansiedade;
- Memória comprometida;
- Autoestima Comprometida.

As escalas de avaliação psicométrica que foram realizadas ao senhor J.P. ao longo do processo de enfermagem encontram-se anexados a este trabalho.

Foco: Ansiedade – <i>“Emoção Negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia”</i> (CIPE, 2.0, p.39).		
Atividades de diagnóstico: <ul style="list-style-type: none">- Realizar entrevista clínica- Avaliar o comportamento- Analisar expressão facial- Analisar Postura- Aplicar Escala de Ansiedade de Hamilton (ANEXO 4)	Dados relevantes para o diagnóstico: <ul style="list-style-type: none">- Utente refere sentir-se ansioso aquando da entrada;- Apresenta-se inquieto- Escala de Ansiedade de Hamilton: SCORE 9 – Ansiedade em Grau moderado.	
Data início: 18/09/17	Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade em Grau moderado	Data termo: 26/10/2017

Objetivos:		
- Diminuir a ansiedade		
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	Termo
	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer Suporte Emocional; - Executar Escuta Ativa; - Planejar técnica de Relaxamento; - Ensinar sobre técnica de Relaxamento; 	
Atividades de avaliação:		
<ul style="list-style-type: none"> - Observar comportamento e atitudes do utente; - Observar fâcias do utente; - Questionar o utente acerca da ansiedade que tem vindo a apresentar; - Aplicar escala de Ansiedade de Hamilton. 		
Resultados obtidos:		
<p>- Ao longo das sessões o utente apresenta-se menos ansioso e no final apresenta 21 valores na Escala de ansiedade de Hamilton, menos 8 valores do que apresentava na fase inicial. Apresenta-se calmo e refere sentir-se melhor, verbalizando-o e sendo notório na sua expressão facial. Participou nas sessões de relaxamento e percebeu como se faz bem como quando as deve utilizar.</p>		

Tabela 1 – Processo de Enfermagem (Ansiedade)

<p>Foco: Foco: Memória – “Processo psicológico: atos mentais através dos quais são armazenadas e recordadas sensações, impressões e ideias; registo mental, retenção e recordação de experiências, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos passados” (CIPE, 2.0, 2015).</p>		
<p>Atividades de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Avaliar a memória a curto/médio prazo -Avaliar a memória a longo prazo -Aplicação do MMSE 		<p>Dados relevantes para o diagnóstico:</p> <p>O Sr J.P. durante a entrevista apresenta alterações a nível da memória a curto/médio prazo, não se lembrando de acontecimentos mais recentes e com lacunas menores na memória a longo prazo. Apresenta um valor de 28 no MMSE.</p>
<p>Data início:</p> <p>18/09/2017</p>	<p>Diagnóstico de Enfermagem:</p> <p>Memória comprometida</p>	<p>Data termo:</p> <p>26/10/2017</p>
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular a memória a curto prazo - Estimular a memória a médio prazo - Melhorar a memória 		
<p>Início</p>	<p>Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gerir ambiente físico - Disponibilizar presença - Planear/Oferecer escuta ativa - Gerir comunicação - Promover suporte emocional - Planear e Executar Estimulação Cognitiva 	<p>Termo</p>

	- Realizar exercícios de treino de memória	
<p>Atividades de avaliação:</p> <p>- Avaliar memória a curto prazo; Avaliar memória a médio prazo; Avaliar através do MMSE.</p>		
<p>Resultados obtidos:</p> <p>O Sr. J.P. apresenta melhoria na memória a curto/médio prazo referindo lembrar-se de mais coisas do passado recente, e também na memória a curto prazo.</p> <p>Apresentou uma melhoria de 1 ponto, após o trabalho realizado, ou seja todas as atividades de musicoterapia e estimulação cognitiva realizadas, no MMSE.</p>		

Tabela 2 – Processo de Enfermagem (Memória)

<p>Foco: Auto-Estima - Opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva (CIPE, 2.0, p.41).</p>		
<p>Atividades de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar entrevista clínica; - Aplicar Escala de Autoestima de Rosenberg 		<p>Dados relevantes para o diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala de autoestima de Rosenberg: grau moderado. - Refere não ter orgulho de si mesmo - Sem sentimentos de Auto valorização
<p>Data início:</p> <p>18/09/17</p>	<p>Diagnóstico de Enfermagem:</p> <p>Auto-Estima diminuída em grau moderado</p>	<p>Data termo:</p> <p>26/10/17</p>
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a Auto-Estima do utente 		
<p>Início</p>	<p>Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar presença; - Planear escuta ativa; - Executar escuta ativa; - Oferecer suporte emocional. 	<p>Termo</p>
<p>Atividades de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento do utente 		
<p>Resultados obtidos:</p>		

- Utente refere sentir-se melhor e já ter orgulho em si mesmo.
- Refere ser uma boa pessoa e ter algumas qualidades.
- Apresenta um valor na escala de autoestima de Rosenberg de 18 valores na fase inicial, apresentando uma auto estima diminuída em grau elevado. No final foi apresentada uma melhoria significativa, sendo de 29 valores o resultado da escala, apresentando assim a auto estima diminuída em grau moderado.

Tabela 3 – Processo de Enfermagem (Autoestima)

Intervenções Psicoterapêuticas

As intervenções psicoterapêuticas em enfermagem podem ser realizadas única e exclusivamente pelo enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Estas intervenções, devem ser planeadas, num local próprio e adequado, de forma sequencial e implicam um procedimento planeado para um conjunto de sessões.

Após a realização da entrevista clínica, e tendo em conta que se detetou a presença de um problema de depressão, ansiedade e falhas de memória a curto/médio prazo, foram planeadas e desenvolvidas sessões de estimulação cognitiva, musicoterapia e relaxamento às quais o utente se mostrou sempre motivado, participativo e recetivo.

Sessões de Estimulação Cognitiva

Sessões de Estimulação Cognitiva		
Data	Identificação da Sessão	Avaliação
04/10/2017	Promover a orientação no tempo e no espaço. Promover a	Participantes: 1 utente.

	<p>socialização (relação terapêutica).</p> <p>Promover a orientação para a realidade.</p> <p>Retardar a deterioração da memória.</p> <p>Estimular a memória.</p> <p>Estimular o funcionamento cognitivo.</p> <p>Promover a auto estima.</p> <p>Promover a sensação de bem estar.</p>	<p>Avaliar a capacidade de orientação no tempo: apresenta desorientação temporal (dia/mês/ano).</p> <p>Avaliar memórias passadas: apresenta memórias preservadas.</p> <p>Avaliar a promoção de sentimentos e autoestima no desenvolvimento desta sessão: demonstrou boa postura e sentimentos de valorização durante a atividade.</p> <p>O utente participou de forma ativa. Participou adequadamente, com boa interação social e com bom desenvolvimento da relação terapêutica.</p>
19/10/2017	<p>Promover a orientação no tempo e no espaço.</p> <p>Promover a socialização (relação terapêutica).</p> <p>Promover a orientação para a realidade.</p> <p>Retardar a deterioração da memória.</p>	<p>Participantes: 1 utente.</p> <p>Avaliar a capacidade de orientação no tempo: apresenta desorientação temporal (dia/mês/ano).</p> <p>Avaliar memórias passadas: apresenta memórias preservadas.</p> <p>Avaliar a promoção de sentimentos e autoestima no desenvolvimento desta 2ª sessão: demonstrou boa postura e sentimentos de valorização durante a atividade.</p> <p>O utente participou de forma ativa. Participou adequadamente, com boa interação social e com bom desenvolvimento da relação terapêutica.</p>

Tabela 4 – Estimulação Cognitiva

Sessões de Relaxamento

Sessões de Relaxamento		
Data	Identificação da Sessão	Avaliação
29/09/2017	<p>Promover a expressão de opinião e sentimentos.</p> <p>Promover o relaxamento através de exercícios de relaxamento de Jacobson.</p> <p>Promover a socialização.</p> <p>Promover a orientação para a realidade.</p> <p>Promover a autoestima.</p>	<p>Participantes: 1 utente</p> <p>O utente participou de forma empenhada e adequada. Mostrou-se satisfeito e relaxado no final da atividade.</p>
12/10/2017	<p>Promover a socialização.</p> <p>Promover a orientação para a realidade.</p> <p>Promover a autoestima.</p>	<p>Participantes: 1 utente.</p> <p>O utente participou de forma empenhada e adequada.</p> <p>Mostrou-se satisfeito e relaxado no final da atividade.</p>

	<p>Promover a expressão de opinião e sentimentos.</p> <p>Promover o relaxamento através de exercícios de relaxamento de Jacobson</p>	
--	--	--

Tabela 5 – Relaxamento

Sessões de Musicoterapia

Sessões de Musicoterapia		
Data	Identificação da Sessão	Avaliação
27/09/2017	Promover a socialização.	<p>Participantes: 1 utente.</p> <p>A atividade foi bem sucedida tendo o utente participado de forma correta e adequada</p>

	<p>Promover a orientação para a realidade.</p> <p>Promover a autoestima.</p> <p>Promover a sensação de bem estar e diminuir a ansiedade.</p> <p>Estimular a memória.</p> <p>Estimular o funcionamento cognitivo.</p> <p>Promover a orientação para a realidade.</p>	<p>. Demonstrou boa memória em relação às músicas.</p> <p>O utente participou de forma ativa e com um bom desenvolvimento da relação terapêutica.</p>
02/10/2017	<p>Promover a socialização.</p> <p>Promover a orientação para a realidade.</p> <p>Promover a autoestima.</p> <p>Promover a sensação de bem estar e diminuição da ansiedade.</p> <p>Estimular a memória.</p> <p>Estimular o funcionamento cognitivo.</p>	<p>Participantes: 1 utente.</p> <p>A atividade foi bem sucedida tendo o utente participado de forma empenhada e adequada.</p> <p>O utente participou de forma ativa e com bom desenvolvimento da relação terapêutica.</p> <p>Verificou-se alguma facilidade em expressar os seus sentimentos e emoções embora lhe fosse um pouco custoso.</p> <p>O utente referiu sentir-se bem ao partilhar os seus sentimentos.</p>

	Promover a orientação para a realidade.	
20/10/2017	<p>Promover a socialização.</p> <p>Promover a orientação para a realidade.</p> <p>Promover a autoestima.</p> <p>Promover a sensação de bem estar e diminuição da ansiedade.</p> <p>Estimular a memória.</p> <p>Estimular o funcionamento cognitivo.</p> <p>Promover a orientação para a realidade.</p>	<p>Participantes: 1 utente.</p> <p>A atividade foi bem sucedida tendo o utente participado de forma empenhada e adequada tendo demonstrado boa capacidade de evocar a memória.</p> <p>O utente participou de forma ativa e com bom desenvolvimento da relação terapêutica.</p> <p>Verificou-se alguma facilidade em expressar os seus sentimentos e emoções.</p> <p>O utente referiu sentir-se bem ao partilhar os seus sentimentos.</p> <p>Referiu sensação de leveza.</p>

Tabela 6 – Musicoterapia

TERAPÊUTICA INSTITUÍDA

A terapêutica é a base do tratamento de qualquer doente em situação de crise, neste caso o Sr. J.P., teve como prescrição a terapêutica abaixo descrita.

Cabe ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, ter um conhecimento alargado relativamente à terapêutica instituída aos doentes, no sentido de monitorizar os efeitos terapêuticos que dela advêm, assim como, monitorizar os possíveis efeitos secundários para assim o poder minimizar.

É da responsabilidade do enfermeiro, administrar a terapêutica ao doente certo, na dose certa, no horário estabelecido, pela via certa, confirmar a data do medicamento, assim como verificar a toma da medicação por parte do doente. Além disto, é suposto que o enfermeiro especialista em saúde mental consiga fazer uma gestão adequada dos psicofármacos quando prescritos em SOS.

Terapêutica instituída:

Medicamento	Dose	Via	Horário
Sertalina	50 mg	oral	8h – 12h – 16h
Lorazepam	2,5 mg	oral	8h – 12h – 21h
Trazadona	150 mg	oral	21h
Quetiapina	200 mg	oral	21h
Urorec	8 mg	oral	21h

Tabela 7 – Terapêutica Instituída

Sertalina	
Grupo Terapêutico: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar possíveis efeitos secundários (náuseas, eritema, insônia, tonturas..)	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários

Tabela 8 – Informações pertinentes acerca da Sertalina.

Lorazepam	
Grupo Terapêutico: Benzodiazepinas	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar possíveis efeitos secundários (sonolência, fadiga, cefaleia...)	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários

Tabela 9 - Informações pertinentes acerca do Lorazepam.

Trazadona	
Grupo Terapêutico: Psicofármacos. Antidepressores	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar padrão de eliminação Vigiar ideação suicida Vigiar possíveis efeitos secundários (ideação suicida, depressão, discrasias sanguíneas...)	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários Apresenta padrão depressivo sem ideação suicida Bom padrão eliminatório

Tabela 10 - Informações pertinentes acerca da Trazadona

Quetiapina	
Grupo Terapêutico: Antipsicóticos	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar possíveis efeitos secundários (sonolência, tonturas, náuseas, vômitos...)	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários Sem outra sintomatologia

Tabela 11 - Informações pertinentes acerca do Quetiapina.

Urorec	
Grupo Terapêutico: Bloqueadores dos recetores adrenérgicos alfa1A.	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar possíveis efeitos secundários (tonturas, ejaculação precoce, diarreia...)	Boa adesão à terapêutica Observam-se efeitos secundários (ejaculação precoce e ocasionalmente tonturas). Sem outra sintomatologia

Tabela 12 - Informações pertinentes acerca do Urorec.

REFLEXÃO CRÍTICA

Com o conhecimento que fui adquirindo ao longo do meu percurso académico e profissional, foi-me possível prestar cuidados de enfermagem de forma a que os utentes possam usufruir dos melhores cuidados possíveis. Com a Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica, obtive formação específica de modo a que as minhas ações sejam uma mais valia para os utentes.

Com a elaboração deste estudo de caso, foi-me possível passar mais uma etapa do percurso formativo e que é de enorme relevância tanto a nível profissional como pessoal, sendo de extrema importância fazer uma reflexão crítica acerca da nossa intervenção. Como tal, é fundamental refletirmos acerca das dificuldades e obstáculos sentidos, bem como expressar e refletir sobre as competências adquiridas e o enriquecimento pessoal obtido com a realização deste estudo de caso. Nenhum enfermeiro poderá ser perito na prestação de cuidados se não os prestar e não refletir criticamente sobre o que faz (Lopes, 2006).

Com a elaboração do mesmo, tive a oportunidade de aprofundar mais a patologia que estava em foco, assim como treinar e aperfeiçoar intervenções de modo a que seja uma mais valia para o utente alvo, assim como para o meu autoconhecimento.

Com o apoio do enfermeiro tutor, foi selecionado um utente que frequenta diariamente o CAT para realizar a toma de metadona. Utente este com a problemática de depressão, baixa auto estima e consumos antigos.

Após a escolha do utente, com a problemática de depressão, com todos os critérios já identificados anteriormente e tendo em conta os gostos do utente, foi estabelecido um programa diversificado utilizando diversas técnicas como a musicoterapia, a técnica de relaxamento de Jacobson e a Estimulação Cognitiva.

Penso que foi um percurso benéfico, pois consegui, realizar uma entrevista clínica, onde me foi possível perceber quais as alterações que este apresentava, utilizando instrumentos de avaliação, de modo a poder estabelecer um programa terapêutico. Consegui transpor para a prática todos os conhecimentos teóricos que me foram lecionados.

É gratificante perceber que através de intervenções autónomas especializadas conseguimos que o utente participe de forma ativa e perceber que tais intervenções são

benéficas e possam contribuir para que o utente alvo de estudo possa sair mais enriquecido e capaz de deixar os consumos e evitar a recaída.

A realização deste estudo de caso foi para mim muito gratificante, pois consegui aplicar várias intervenções especializadas, e perceber o quanto é importante e fundamental para ajudar o utente com o referido diagnóstico de enfermagem.

Com a elaboração deste estudo de caso saio mais enriquecida, quer no que aos consumos diz respeito, quer á patologia abordada pois tive a necessidade de pesquisar exaustivamente a problemática de forma a poder perceber melhor o utente em questão, assim como todo o planeamento e execução das atividades desenvolvidas.

Fiquei muito contente pelo fato de o utente apresentar-se nas sessões de forma ativa, demonstrando empenho e verificar evolução positiva de sessão para sessão. No entanto, devido ao serviço da ET, ser um serviço ambulatorio e sem a presença de qualquer familiar, não foi possível envolver nenhum familiar nem outros utentes.

CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo de caso, penso ter atingido os objetivos aos quais previamente me propus, uma vez que realizei um estudo de caso e consegui implementar uma série de atividades de estimulação cognitiva e de psicomotricidade direcionadas ao doente em questão.

Foi benéfico e enriquecedor, pois consegui transpor para a prática, conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso académico de mestrado, uma vez que me foi possível perceber a patologia da doente, identificar os diagnósticos e instituir um plano de cuidados de modo a que fosse possível planear as intervenções de enfermagem mais adequadas ao mesmo, assim como tirar o melhor proveito delas.

Com a implementação de atividades de estimulação cognitiva, musicoterapia e relaxamento, foi possível ajudar um doente que frequenta os serviços da ET de Cedofeita, a nível cognitivo e pessoal, assim como a mim própria, a nível pessoal, pois foi-me possível treinar e desenvolver competências de modo a aperfeiçoar e aprender com a pesquisa e intervenções instituídas, o que me proporcionou uma enorme aprendizagem e evolução.

Com a elaboração deste estudo de caso, foi possível iniciar uma aprendizagem em contexto de prática clínica, uma vez que me foram criadas todas as condições para poder da melhor forma instituir intervenções especializadas no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica de forma a que o meu conhecimento possa vir a desenvolver-se cada vez mais.

As maiores dificuldades com as quais me deparei foram: selecionar o utente para a realização do estudo de caso e criar o ambiente adequado para a realização das atividades propostas, além de que não foi possível trabalhar com a família do utente, uma vez que esta se resumia a uma pessoa que não estava recetiva a este tipo de trabalho, algo que poderia ser extremamente benéfico para todos.

Pretendo que este trabalho seja o despontar de futuros trabalhos, que contribuam, de forma expressiva, para uma melhoria significativa ao nível dos cuidados de saúde prestados, e para a minha evolução e crescimento enquanto pessoa e profissional.

O enfermeiro como elemento integrante da equipa multidisciplinar pode contribuir para a otimização das funções cognitivas, minimização dos problemas de comportamento e melhoria do funcionamento global, além de possibilitar uma redução do stress dos cuidadores e

consequentemente a prevenção de uma possível institucionalização dessas pessoas (Souza et al, 2009), neste caso não podense incluir a parte dos cuidadores.

BIBLIOGRAFIA

BARBIER, J. – *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora, 1993. ISBN: 972-0-34106-8;

Dooley, L. M. *Case Study Research and Theory Building*. *Advances in Developing Human Resources*(4), pag.335-354, 2002

DSM-V / [American Psychiatric Association, (2014) traduç. Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. - Porto

Lopes, M. *A Relação Enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau – Formação e saúde, Lda, 2006

Martins, R. M.. *A depressão no idoso*. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (34), 119-123, 2016

Meirinhos, M., & Osório, A. O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EduSer-Revista de educação*, 2(2), 2016

PHANEUF, M. — *Planificação de Cuidados: Um Sistema Integrado e Personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

SEQUEIRA, C. *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel, 2016.

SEQUEIRA, C. *Introdução à prática Clínica: do diagnóstico à Intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* – Coimbra: Quarteto, 2006.

SOUZA, P et al. – *Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com demência: uma estratégia de cuidado na enfermagem gerontológica*. In: *Passo Fundo*. V.6, nº3, pp. 362-372, 2009.

ANEXOS

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica		Ação:1		Pré-requisitos: Utente do CAT de Cedofeita com síndrome depressivo, ansiedade marcada e problemas de memória. Escala da Ansiedade alterada e MMSE alterado ao nível da memória.				
Módulo: Sessão de Musicoterapia		Sessão:1						
Data/Hora: 27-09-2017/9h		Duração da sessão: 40 min						
Público-alvo: Utente do CAT de Cedofeita com síndrome depressivo, ansiedade marcada e com problemas de								
Dinamizador: Enfa Rita Caetano								
Objetivos Gerais: Estimulação da sensação de bem-estar e autocontrolo. Promover as relações interpessoais e o relaxamento.								
Objetivos Específicos das Sessões	Fases	Conteúdos	Mét. E Téc. Pedagógicas	Recursos	Atividades	Técnicas Psicoterapêuticas	Tempo	Avaliação
Promover a orientação para a realidade. Promover a autoestima. Promover a sensação de relaxamento. Estimular o funcionamento cognitivo.	Introdução	Apresentação do dinamizador. Verificar pré-requisitos. Explicação da atividade. Objetivo da sessão.	Expositivo. Reforço positivo.	Sala de estar com boas condições de privacidade.	Explicar a importância do exercício mental, da socialização e da capacidade de relaxar. Escolher o	Relação terapêutica.	10 min	Feedback. Observação.
	Desenvolvimento	Audição de duas músicas. Após a audição da músicas preencher umas folhas com a letra das músicas com palavras em falta.	Demonstrativo.	Sala de estar com boas condições de privacidade.	Avaliar a T.A.. Ouvir duas músicas e posteriormente preencher umas folhas que contém as letras das músicas com algumas	Terapia de validação. Reforço positivo. Relação terapêutica. Treino de memória.	20 min	Feedback. Observação.
Conclusão	Promover a expressão de opinião e sentimentos. Promover o relaxamento através de respiração abdominal e alguns		Interrogativo. Demonstrativo.	Sala de estar com boas condições de privacidade.	Escutar a opinião do utente. Permitir a expressão de sentimentos. Avaliação da T.A..	Terapia de validação. Reforço positivo. Relação terapêutica	10 min	Feedback.
Avaliação da sessão: Participantes: 1 utente. A atividade foi bem sucedida tendo o utente participado de forma correta e adequada. Demonstrou boa memória em relação às músicas. O utente participou de forma ativa e com um bom desenvolvimento da relação terapêutica. Verificou-se melhoria do valor da T.A.. T.A. inicial: 138/ 96 FC: 82 bpm. T.A. final:125/92 F.C.:69 bpm.								

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	Ação:1	Pré-requisitos: Utente do CAT de Cedofeita com síndrome depressivo, ansiedade marcada e problemas de memória. Escala da Ansiedade alterada e MMSE alterado ao nível da memória.	
Módulo: Sessão de Musicoterapia	Sessão:2		
Data/Hora: 02-10-2017/11h	Duração da sessão: 30 min		
Público-alvo: Utente do CAT de Cedofeita com síndrome depressivo, ansiedade marcada e com problemas de			
Dinamizador: Enfª Rita Caetano			

Objetivos Gerais: Estimulação da sensação de bem-estar e autocontrolo. Promover as relações interpessoais e a expressão de sentimentos.

Objetivos Específicos das Sessões	Fases	Conteúdos	Mét. E Téc. Pedagógicas	Recursos	Atividades	Técnicas Psicoterapêuticas	Tempo	Avaliação
Promover a orientação para a realidade. Promover a autoestima. Promover a sensação de bem-estar. Estimular o funcionamento cognitivo e a expressão de sentimentos.	Introdução	Apresentação do dinamizador. Verificar pré-requisitos. Explicação da atividade. Objetivo da sessão.	Expositivo. Reforço positivo.	Sala de estar com boas condições de privacidade.	Explicar a importância da socialização, da capacidade de relaxar e de exprimir sentimentos.	Relação terapêutica. Reforço positivo.	5 min	Feedback. Observação.
	Desenvolvimento	Audição de três músicas relacionadas com diferentes épocas festivas do ano. Após a audição das músicas é feita uma reflexão acerca dos sentimentos relacionados com a respetiva época festiva.	Demonstrativo.	Sala de estar com boas condições de privacidade.	Ouvir três músicas e posteriormente falar acerca dos sentimentos e emoções provocadas pelas mesmas.	Terapia de validação. Reforço positivo. Relação terapêutica.	10 min	Feedback. Observação.
	Conclusão	Promover a expressão de opinião e sentimentos. Promover a relação terapêutica.	Interrogativo. Demonstrativo.	Sala de estar com boas condições de privacidade.	Escutar a opinião do utente. Permitir a expressão de sentimentos.	Terapia de validação. Reforço positivo. Relação terapêutica.	15 min	Feedback.

Avaliação da sessão: Participantes: 1 utente. A atividade foi bem sucedida tendo o utente participado de forma empenhada e adequada. O utente participou de forma ativa e com bom desenvolvimento da relação terapêutica. Verificou-se alguma facilidade em expressar os seus sentimentos e emoções embora lhe fosse um pouco custoso. O utente referiu sentir-se bem ao partilhar os seus sentimentos.

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	Ação: 1	Pré-requisitos: Utente do CAT de Cedofeita com síndrome depressivo, ansiedade marcada e problemas de memória. Escala da Ansiedade alterada e MIMSE alterado ao nível da memória.
Módulo: Sessão de Musicoterapia	Sessão: 3	
Data/Hora: 13-10-2017/11h	Duração da sessão: 40 min	
Público-alvo: Utente do CAT de Cedofeita com síndrome depressivo, ansiedade marcada e com problemas de		
Dinamizador: Enfa Rita Caetano		

Objetivos Gerais: Estimulação da sensação de bem-estar e autocontrolo. Promover as relações interpessoais e a expressão de sentimentos.

Objetivos Específicos das Sessões	Fases	Conteúdos	Mét. E Téc. Pedagógicas	Recursos	Atividades	Técnicas Psicoterapêuticas	Tempo	Avaliação
Promover a orientação para a realidade. Promover a autoestima. Promover a sensação de bem-estar. Estimular o funcionamento cognitivo e a expressão de sentimentos.	Introdução	Apresentação do dinamizador. Verificar pré-requisitos. Explicação da atividade. Objetivo da sessão.	Expositivo. Reforço positivo.	Sala de estar com boas condições de privacidade.	Explicar a importância da socialização, da capacidade de exercitar a memória e de exarimir	Relação terapêutica. Reforço positivo.	10 min	Feedback. Observação.
	Desenvolvimento	Audição de seis músicas relacionadas com diferentes épocas festivas do ano. Após a audição das músicas é feita uma reflexão acerca dos sentimentos relacionados com a respetiva música assim	Demonstrativo.	Sala de estar com boas condições de privacidade.	Ouvir seis músicas e posteriormente falar acerca dos sentimentos e emoções provocadas pelas mesmas. Recordar o nome das músicas.	Terapia de validação. Reforço positivo. Relação terapêutica.	20 min	Feedback. Observação.
	Conclusão	Promover a expressão de opinião e sentimentos. Promover a relação terapêutica.	Interrogativo. Demonstrativo.	Sala de estar com boas condições de privacidade.	Escutar a opinião do utente. Permitir a expressão de sentimentos.	Terapia de validação. Reforço positivo. Relação terapêutica	10 min	Feedback.

Avaliação da sessão: Participantes: 1 utente. A atividade foi bem sucedida tendo o utente participado de forma empenhada e adequada tendo de monstado boa capacidade de evocar a memória. O utente participou de forma ativa e com bom envolvimento na relação terapêutica. Verificou-se alguma facilidade em expressar os seus sentimentos e emoções. O utente referiu sentir-se bem ao partilhar os seus sentimentos. Referiu sensação de leveza.

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	Ação:1	Pré-requisitos: Utente do CAT de Cedofeita com síndrome depressiva, ansiedade marcada e problemas de memória. Escala da Ansiedade alterada e MMSE alterado ao nível da memória.	
Módulo: Sessão de Estimulação Cognitiva	Sessão: 1		
Data/Hora: 04.10.2017 / 11h	Duração da sessão: 30min		
Público-alvo: Utente do CAT de Cedofeita com síndrome depressiva, ansiedade marcada e com problemas de			
Dinamizador: Enfª Rita Caetano			

Objetivos Gerais: Estimulação da cognição, permitindo o envolvimento emocional. Promover a memória e a comunicação.

Objetivos Específicos das Sessões	Fases	Conteúdos	Mét. E Téc. Pedagógicas	Recursos	Atividades	Técnicas Psicoterapêuticas	Tempo	Avaliação
Promover a orientação no tempo e no espaço. Promover a socialização (relação terapêutica). Promover a orientação para a realidade. Retardar a deterioração da memória. Estimular a memória. Estimular o funcionamento cognitivo. Promover a auto-estima. Promover a sensação de bem-estar.	Introdução	Apresentação do dinamizador. Verificar pré-requisitos. Explicação da atividade. Objetivo e duração da sessão.	Expositivo.	Gabinete com boa luminosidade.	Explicar a importância do exercício mental. Escolher o dia e hora para a atividade.		5 min	Feedback. Observação.
	Desenvolvimento	Promover a orientação no tempo e no espaço. Promover a memória utilizando imagens de animais em duplicado. Gerir o ambiente. Obter consentimento.	Demonstrativo. Interrogativo.	Gabinete com boa luminosidade. Cartões com imagens de animais.	Associação dos animais semelhantes. Reconhecimento dos animais.	Estimulação da memória. Técnica de validação. Técnica de associação. Reforço positivo.	20 min	Feedback. Observação.
	Conclusão	Promover a expressão de sentimentos e emoções. Promover a sensação de bem estar. Despedida física.	Ativo.	Gabinete com boa luminosidade.	Escutar a opinião do utente.	Reforço positivo.	5 min	Feedback.

Avaliação da sessão: Participantes: 1 utente. Avaliar a capacidade de orientação no tempo: apresenta desorientação temporal (dia/mês/ano). Avaliar memórias passadas: apresenta memórias preservadas. Avaliar a promoção de sentimentos e autoestima no desenvolvimento desta sessão: demonstrou boa postura e sentimentos de valorização durante a atividade. O utente participou de forma ativa. Participou adequadamente, com boa interação social e com bom desenvolvimento da relação terapêutica.

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	Ação: 1	Pré-requisitos: Utente do CAT de Cedofeita com síndrome depressivo, ansiedade marcada e problemas de memória. Escala da Ansiedade alterada e MMSE alterado ao nível da memória.
Módulo: Sessão de Estimulação Cognitiva	Sessão: 2	
Data/Hora: 19.10.2017 / 11h	Duração da sessão: 30min	
Público-alvo: Utente do CAT de Cedofeita com síndrome depressivo, ansiedade marcada e com problemas de		
Dinamizador: Enfa Rita Caetano		
Objetivos Gerais: Estimulação da cognição, permitindo o envolvimento emocional. Promover a memória e a comunicação.		

Objetivos Específicos das Sessões	Fases	Conteúdos	Mét. E Téc. Pedagógicas	Recursos	Atividades	Técnicas Psicoterapêuticas	Tempo	Avaliação
Promover a orientação no tempo e no espaço. Promover a socialização (relação terapêutica). Promover a orientação para a realidade. Retardar a deterioração da memória. Estimular a memória. Estimular o funcionamento cognitivo. Promover a auto-estima. Promover a sensação de bem-estar.	Introdução	Apresentação do dinamizador. Verificar pré-requisitos. Explicação da atividade. Objetivo e duração da sessão.	Expositivo.	Gabinete com boa luminosidade.	Explicar a importância do exercício mental. Escolher o dia e hora para a atividade.		5 min	Feedback. Observação.
	Desenvolvimento	Promover a orientação no tempo e no espaço. Promover a memória utilizando provérbios populares. Gerir o ambiente. Obter consentimento.	Demonstrativo. Interrogativo.	Gabinete com boa luminosidade. Papéis com fragmentos dos provérbios.	Associação dos fragmentos dos provérbios e análise do seu significado. Reconhecimento dos provérbios.	Estimulação da memória. Técnica de validação. Técnica de associação. Reforço positivo.	20 min	Feedback. Observação.
	Conclusão	Promover a expressão de sentimentos e emoções. Promover a sensação de bem estar. Despedida física.	Ativo.	Gabinete com boa luminosidade.	Escutar a opinião do utente.	Reforço positivo.	5 min	Feedback.

Avaliação da sessão: 1 utente. Avaliar a capacidade de orientação no tempo: apresenta desorientação temporal (dia/mês/ano). Avaliar memórias passadas: apresenta memórias preservadas. Avaliar a promoção de sentimentos e autoestima no desenvolvimento desta sessão: demonstrou boa postura e sentimentos de valorização durante a atividade. O utente participou de forma ativa. Participou adequadamente, com boa interação social e com bom desenvolvimento da relação terapêutica.

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica		Ação:1		Pré-requisitos: Utente do CAT de Cedofeita com síndrome depressivo, ansiedade marcada e problemas de memória. Escala da Ansiedade alterada e MMSE alterado ao nível da memória.				
Módulo: Sessão de Relaxamento de Jacobson		Sessão:1						
Data/Hora: 29-09-2017/9h		Duração da sessão: 40 min						
Público-alvo: Utente do CAT de Cedofeita com síndrome depressivo, ansiedade marcada e com problemas de								
Dinamizador: Enfa Rita Caetano								
Objetivos Gerais: Estimulação da sensação de bem-estar e autocontrolo. Promover as relações interpessoais e o relaxamento.								
Objetivos Específicos das Sessões	Fases	Conteúdos	Mét. E Téc. Pedagógicas	Recursos	Atividades	Técnicas Psicoterapêuticas	Tempo	Avaliação
Promover a orientação para a realidade. Promover a autoestima. Promover a sensação de relaxamento. Estimular o funcionamento cognitivo.	Introdução	Apresentação do dinamizador. Verificar pré-requisitos. Explicação da atividade. Objetivo da sessão.	Expositivo. Reforço positivo.	Sala de estar com boas condições de privacidade.	Explicar a importância da capacidade de relaxar. Escolher o dia e hora para a atividade.	Relação terapêutica.	10 min	Feedback. Observação.
	Desenvolvimento	Audição de música enquanto realiza os exercícios de relaxamento de Jacobson.	Demonstrativo. Expositivo.	Sala de estar com boas condições de privacidade.	Avaliar a T.A.. Ouvir música e simultaneamente realizar os exercícios de relaxamento de Jacobson para os quais está a ser avaliada.	Terapia de validação. Reforço positivo. Relação terapêutica. Treino de relaxamento.	20 min	Feedback. Observação.
	Conclusão	Promover a expressão de opinião e sentimentos. Promover o relaxamento através de exercícios de relaxamento de Jacobson.	Interrogativo. Reforço positivo.	Sala de estar ampla com boas condições de privacidade.	Escutar a opinião do utente. Permitir a expressão de sentimentos. Avaliação da T.A..	Terapia de validação. Reforço positivo. Relação terapêutica	10 min	Feedback.
Avaliação da sessão: Participantes: 1 utente. O utente participou de forma empenhada e adequada. Mostrou-se satisfeito e relaxado no final da atividade. T.A. Inicial:142/90 FC:93 bpm. T.A final: 125/86 FC:88 bpm.								

**APÊNDICE II – Estudo de Caso (Módulo II -
Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção
na crise do Adulto)**

Estudo de Caso

Aluna: Ana Rita Caetano Bernardes

Orientadora: Prof^a Dr^a Aida Fernandes

Tutora: Enf^a Susana Costa

Serviço: Internamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar Conde de Ferreira

Porto, Junho de 2017

"A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original."

Albert Einstein

SIGLAS E ABREVIATURAS

CHCF – Centro Hospitalar Conde de Ferreira

OE – Ordem dos Enfermeiros

EC – Entrevista Clínica

MMSE – Mini Mental State Examination

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Processo de Enfermagem (Desorientação temporal)	23
Tabela 2 – Processo de Enfermagem (Memória)	25
Tabela 3 – Processo de Enfermagem (Cognição comprometida)	26
Tabela 4 – Estimulação Cognitiva	28
Tabela 5 – Psicomotricidade	29
Tabela 6 – Musicoterapia	30
Tabela 7 – Terapêutica Instituída	32
Tabela 8 – Informações pertinentes acerca do Carbonato de Cálcio + Colecalciferol	33
Tabela 9 – Informações pertinentes acerca do Donepezilo	33
Tabela 10 - Informações pertinentes acerca da Fluticazona + Salmeterol	34
Tabela 11 - Informações pertinentes acerca da Glucosamina	34
Tabela 12 - Informações pertinentes acerca da Memantina	35
Tabela 13 - Informações pertinentes acerca da Multivitaminas + Sais Minerais	35
Tabela 14 - Informações pertinentes acerca da Olanzapina.	36
Tabela 15 - Informações pertinentes acerca do Paracetamol	36
Tabela 16 - Informações pertinentes acerca do Piracetam	37
Tabela 17 - Informações pertinentes acerca do Quetiapina	37

INDICE

INTRODUÇÃO	98
1 Demência – Breve Reflexão	100
2 Caso Clínico	102
2.1 Entrevista Clínica	102
2.2 Avaliação Inicial de Enfermagem	104
2.2.1 História Biopsicossocial	104
2.2.2 História Psiquiátrica	105
2.2.3 Vivência da Doença / Adaptação à Doença	106
2.2.4 História Familiar	107
2.2.5 História Social	108
2.2.6 História do Desenvolvimento	109
2.2.7 Exame Físico	110
2.2.8 Hábitos de Vida	111
2.2.9 Exame Psicológico	112
2.2.10 Expetativas	113
3 Processo de Enfermagem	114
3.1 Intervenções Psicoterapêuticas	118
4 Terapêutica Instituída	123
5 Reflexão Crítica	130
CONCLUSÃO	132
BIBLIOGRAFIA	133
ANEXOS	134

INTRODUÇÃO

O presente trabalho realiza-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Universidade Católica Portuguesa – Porto (ICS-UCP), enquadrando-se na Unidade Curricular de Estágio nomeadamente o Módulo II - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do Adulto.

Um dos objetivos definidos para o presente estágio foi a elaboração de um estudo de caso, de uma doente em unidade de intervenção na crise. Posto isto, temos que ter em conta que os profissionais das equipas multidisciplinares, têm no seu trabalho diário como ponto fulcral de intervenção o ser humano, cuja experiência de vida envolve várias dimensões (ambiental, biológica, social, psicológica, cultural, ética, política, familiar). Sendo assim, de maneira a que exista uma perceção mais correta e para que se possa cuidar da melhor forma, é de extrema importância que haja uma abordagem holística do utente.

Com o presente trabalho, pretendo explorar a história de uma doente do sexo feminino, internada na Enfermaria Sobral Cid do Centro Hospitalar Conde de Ferreira (CHCF) com diagnóstico de Demência Pós-Traumática. Deste modo pretendo identificar os diversos fatores e situações que contribuíram para o seu atual estado clínico, para que possa compreender qual o papel do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, neste caso em concreto, para proporcionar uma possível recuperação e otimização do dia-a-dia.

Com a elaboração deste Estudo de Caso, pretendendo atingir os seguintes objetivos:

- Breve contextualização teórica acerca da Demência;
- Conhecer melhor e avaliar a situação clínica da doente;
- Apresentar a avaliação inicial;
- Identificar os focos de atenção sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Desenvolver o processo de enfermagem segundo a CIPE, planeando as ações mais adaptadas à doente;
- Refletir sobre as intervenções realizadas e sobre a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental no âmbito da intervenção em crise no adulto.

O estudo de caso está organizado da seguinte forma:

1. Breve enquadramento Teórico acerca da patologia da doente, Demência.
2. Apresentação do caso clínico, englobando a descrição de todo o processo de enfermagem e o relato do meu processo de tomada de decisão; por último será apresentada uma breve reflexão crítica.

A metodologia utilizada para a realização do estudo de caso cabe, essencialmente, na revisão bibliográfica, assim como no pensamento crítico-reflexivo acerca do caso clínico. A linguagem utilizada estará assente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Versão 2.0. A pesquisa bibliográfica e fontes utilizadas, foram recolhidas de livros, artigos e Internet.

DEMÊNCIA – BREVE REFLEXÃO

Demência é o termo utilizado para descrever os sintomas de um grupo alargado de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. É um termo abrangente que descreve a perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais. (<http://alzheimerportugal.org/pt/demencia>) (Portugal, s.d.)

Esta doença pode surgir subitamente em indivíduos jovens quando há alguma lesão grave, uma doença ou devido a certas substâncias tóxicas, como o monóxido de carbono, responsáveis por destruir células nervosas. À medida que a pessoa envelhece, as alterações cerebrais geram perda de memória, especialmente a de fatos recentes, bem como uma deterioração da capacidade de aprendizagem, capacidade de noção do tempo e de reconhecer pessoas, lugares e objetos. Estas alterações não afetam as funções normais. Habitualmente a demência inicia-se de forma lenta, agravando-se gradualmente, sendo que nem sempre é identificada desde o início. Os doentes com esta condição têm dificuldade em encontrar a palavra adequada e de pensar em abstrato.

Determina-se o estado mental através da realização de uma série de perguntas, sendo que para cada resposta, atribui-se uma pontuação determinada. Podem ser necessárias provas mais complexas, como provas neuropsicológicas, para identificar o grau de incapacidade ou para definir se na realidade se trata de uma verdadeira deterioração intelectual.

O diagnóstico é estabelecido devido à situação geral, tendo em conta a idade da pessoa, a história familiar, o início dos sintomas e a sua progressão, assim como a presença de outras doenças, como hipertensão e diabetes.

As alterações de personalidade são comuns e, muitas vezes, exacerba-se um traço peculiar da personalidade.

A característica principal da Demência Devido a Traumatismo Craniano é a presença de uma demência considerada como consequência fisiopatológica direta de traumatismo craniano. O grau e o tipo de prejuízos cognitivos ou perturbações comportamentais dependem da localização e extensão da lesão cerebral.

Existe frequentemente amnésia pós-traumática, bem como um compromisso persistente da memória. Uma variedade de outros sintomas comportamentais podem manifestar-se, com ou sem a presença de déficits motores ou sensoriais. Estes sintomas incluem afasia, problemas de atenção, irritabilidade, ansiedade, depressão ou instabilidade afetiva, apatia, aumento da

agressividade ou outras alterações da personalidade. A Intoxicação devido a álcool ou outra Substância frequentemente está presente em indivíduos com traumatismo craniano. Quando ocorre um dano isolado, a Demência Devido a Traumatismo Craniano geralmente não é progressiva, mas repetidos danos cranianos pode levar a uma demência progressiva. De uma maneira geral, as demências são incuráveis.

CASO CLÍNICO

O estudo de caso considera-se vantajoso, na medida em que é passível de ser aplicado a situações humanas e a contextos de vida real (Dooley, 2002), além de que são holísticos, característica essa descendente da investigação quantitativa (Meirinhos & Osório, 2016).

A doente aceitou de forma livre e espontânea, participar no meu estudo de caso. Assim, os dados a seguir apresentados foram facultados pela doente, complementados pelos dados disponíveis no processo clínico.

Entrevista Clínica

“A entrevista em cuidados de enfermagem é uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para a qual elabora objetivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de certos problemas” (Phaneuf, p.250, 2005).

Para Sequeira (2016), a entrevista clínica consiste numa interação comunicativa, previamente planeada entre um profissional de saúde e um cliente/grupo/família, em que o principal objetivo é compreender os detalhes do problema de saúde do utente, caracterizar o contexto onde este e o problema se insere, através de um processo organizado de observação e de informações que são recolhidas ao longo da entrevista.

A entrevista clínica foi realizada no gabinete de enfermagem da referida unidade de internamento, respeitando a privacidade da cliente e a confidencialidade dos dados colhidos. Os dados recolhidos, com interesse terapêutico foram partilhados e discutidos com a equipa multidisciplinar.

Planeamento da Entrevista Clínica

Data:12-05-2017 Hora:11 H

Duração: 40 minutos

Local: Gabinete de Enfermagem - CHCF

Destinatário: Utente – F.M.

Objetivos:

- Realizar a colheita de dados.
- Estabelecer uma relação terapêutica com a utente.
- Identificar Diagnósticos de Enfermagem
- Caracterizar a situação/contexto relacionados com um ou mais diagnósticos.

Focos de Atenção:

- Orientação
- Pensamento
- Memória
- Cognição

Fases da Entrevista:

Fase inicial: Na fase inicial é importante criar um ambiente terapêutico que permita o estabelecimento da confiança e compreensão, clarificar os objetivos da entrevista e estabelecer um acordo com o cliente sobre os temas a abordar e os objetivos a atingir (Nunes, 2010 cit. por Sequeira, 2016).

- Preparar e gerir o ambiente
- Apresentação
- Explicar o motivo da entrevista
- Garantir privacidade e confidencialidade

Fase Intermédia (Exploratória ou de Desenvolvimento): É nesta fase que o profissional de saúde utiliza técnicas da comunicação e implementa o guião que preparou. Segundo Sequeira (2016), este guião deve conter essencialmente: definição da área de saúde em análise e perguntas com

vista à recolha de dados para o processo diagnóstico. Utilizar estratégias de comunicação de forma a que a utente se sinta calma e tranquila;

- Recolha de dados;
- Observar reações da utente;
- Aplicação do MMSE;
- Aplicação da Escala Global de Deterioração, Índice de Barthel, o Índice de Lawton, Escala de Edmonson, e o Teste de Fagerström.

Fase Final: A fase final deve solidificar os resultados, sendo que o final da entrevista deve ter em consideração o resumo final e o feedback de ambas as partes (entrevistado e entrevistador), a prescrição para a ação (o profissional informa sobre os próximos passos) e a separação física (Sequeira, 2016).

- Foi estabelecido com a utente um programa de sessões de estimulação cognitiva e psicomotricidade.

Avaliação Inicial de Enfermagem

História Biopsicossocial

Nome: F.M.

Nome preferido: F.

Género: Feminino.

Idade: 56 anos.

Estado civil: Viúva.

Agregado familiar composto por: Doentes e profissionais da enfermaria Sobral Cid do CHCF.

Cuidadora: Profissionais da enfermaria Sobral Cid do CHCF.

Cuidadora desde: Há anos.

Residência: Rua Costa Cabral, CHCF.

Unidade de Saúde: CHCF.

Naturalidade: Vila do Conde.

Nacionalidade: Portuguesa.

Habilitações literárias: 4ª classe.

Profissão: Desempregada.

Situação profissional: Reformada

Religião: Católica

Pessoa a contactar: Assistente Social do CHCF.

Relação Parentesco / Vizinhança: Apresenta uma relação praticamente inexistente com o filho e a filha bem como com a restante família. Boa relação com os profissionais da enfermaria assim como com as restantes doentes.

História Atual da Doença: Utente deu entrada na enfermaria Sobral Cid do CHCF, por possível diagnóstico de demência pós-traumática.

Diagnóstico: Demência pós-traumática.

Aceitação do Estado de Saúde: A doente aceitou de forma pacífica o seu estado de saúde.

Internamento: Voluntário.

História Psiquiátrica

Utente sem antecedentes psiquiátricos.

Episódio: Único.

Acompanhamento em consulta: Acompanhada no Cri Porto Ocidental.

Internamentos anteriores: Não se aplica.

Diagnóstico: Demência pós-traumática.

Reação ao internamento: Demonstrou uma boa adaptação ao internamento, embora inicialmente se isolasse e demonstra-se maior desorientação e agitação.

Adesão / Gestão do Regime Terapêutico: Boa

Resposta à medicação: Boa

Psicoterapia: Não.

Medicação Diária (nome/dose/horário):

- Carbonato de cálcio 1500mg + Colecalciferol 400U às 12h;
- Donepezilo 10 mg às 21h;
- Fluticasona 100 ug/dose + Salmeterol 50 ug/dose às 9h e em SOS até 1 x dia;
- Glucosamina 1500mg às 9h;
- Memantina 20 mg às 9h;
- Multivitaminas + Sais Minerais às 19h;
- Olanzapina 5 mg às 19h e em SOS até 3 x dia;
- Paracetamol 500 mg em SOS até 3 x dia;
- Piracetam 1200 mg às 9h – 12h – 19h;
- Quetiapina 100 mg às 21h;
- Quetiapina 25 mg às 9h – 16h.

Vivência da Doença / Adaptação à Doença

A F.M. refere que se sente triste em relação aos filhos, visto que nenhum mantém contacto com ela nem se mostra interessado com a sua situação. Manifesta-se contente e satisfeita com o ambiente no internamento, mostrando-se integrada.

História Clínica

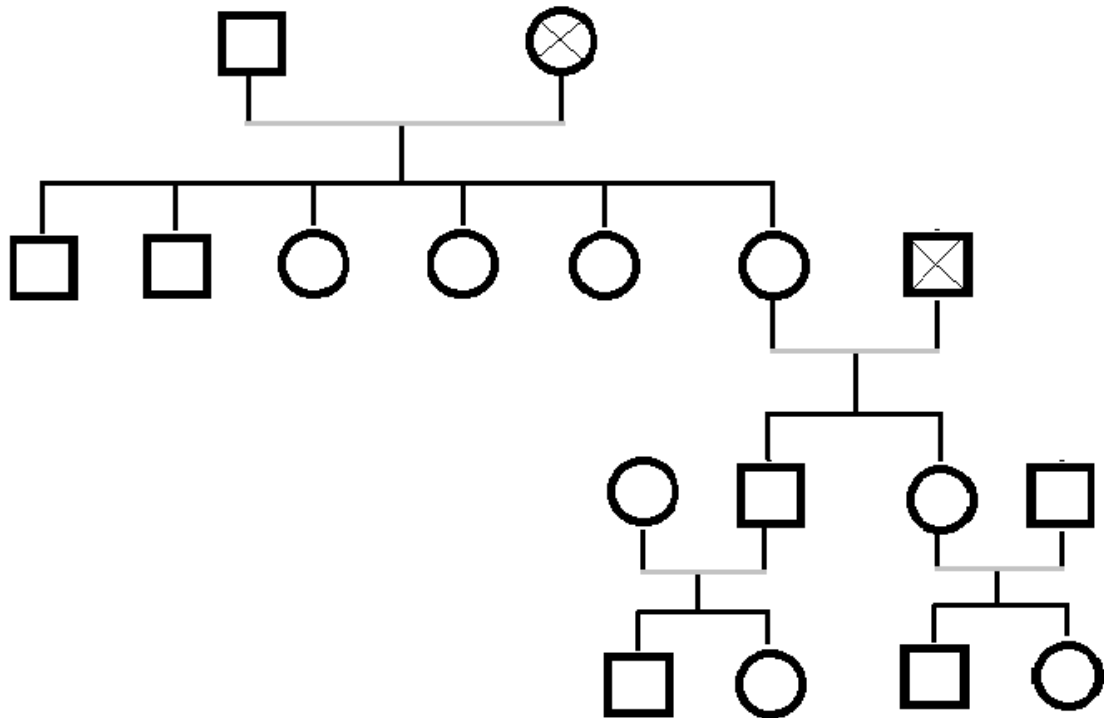
- Cognição: Aplicado o MMSE - Défice Cognitivo Moderado
- Outras Doenças: Apresenta como antecedentes pessoais: bronquite, fumadora, consumo de estupefacientes, Improficiência da perna direita.
- Acidentes/traumatismos: Confirma.
- Risco de quedas: Escala de Morse- 30 pontos
- Alergias: Nega
- Próteses, dispositivos de auxílio: Nenhuma
- Transtornos neurológicos: Desorientada no tempo, orientada no espaço. Demência pós-traumática resultante de TCE.

História Familiar

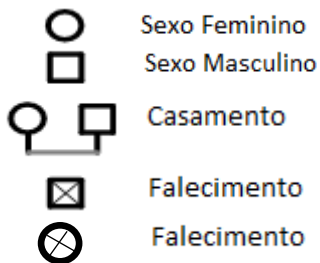
História de doença psiquiátrica: Inexistente.

Outras Doenças: Nada a referir.

Genograma:



Legenda:

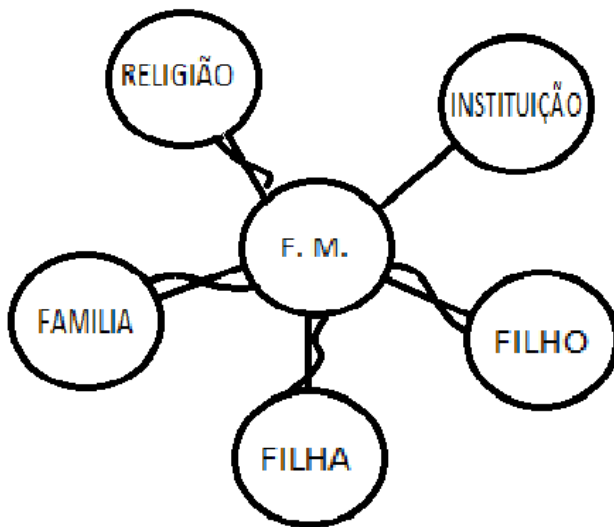


História Social

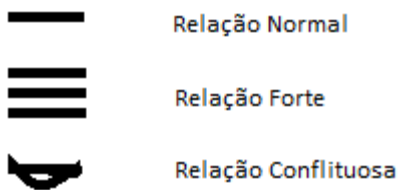
Reação das pessoas significativas à doença: Os filhos, que são os familiares mais próximos, não demonstram muito interesse na situação clínica da mãe. O filho reside no Norte e a filha em Lisboa, não mantendo contacto com a mãe.

Atualmente o maior suporte social da Dona F.M. é a enfermaria de Psiquiatria onde se encontra.

Ecomapa:



Legenda:



História do Desenvolvimento

História da Infância: A Dona F.M. nasceu em 1961, em Vila do Conde onde viveu com os pais e os 5 irmãos. Refere uma infância feliz e com boa relação com os pais, os vizinhos e os irmãos. Estudou até à 4ª classe e depois trabalhou como empregada de balcão num café, onde manteve boa relação com os colegas, mantendo boas recordações desses momentos.

História da Adolescência: A Dona F.M. refere uma adolescência feliz. Recorda com saudades o tempo de escola, referindo que teve de ir trabalhar para ter dinheiro para sobreviver porque os pais não tinham muitas posses para sustentar toda a família.

História da idade adulta: Casou-se e desse casamento resultaram um filho e uma filha. Iniciou consumo de estupefacientes que manteve por anos.

História Ocupacional e Educacional

Nível de funcionamento escolar: Refere ter sido boa aluna.

Nível de funcionamento no trabalho: Durante os anos de trabalho, refere que trabalhava muito e que mantinha uma boa relação com todos os colegas de trabalho.

Exame Físico

Sinais Vitais:

- TA: 117/86 mm Hg
- Pulso: 88 bat/min
- Características: Forte, amplo e rítmico.
- Temp: 35,7 °C
- Respiração: 14 ciclos/min
- Característica: Normal e Regular.
- Dor: Sem queixas.
- Estado Nutricional: Normal
- Peso: 53 Kg
- Altura: 1,50 m
- IMC: 23,55 Kg/m²
- Cabeça/Tronco/Membros: Sem alterações de relevo, só a referir improficiência perna direita.
- Pele e mucosas: Ligeiramente desidratadas, íntegras e sem edemas.
- Visão: Boa.
- Audição: Boa.

Hábitos de Vida

Autocuidado: higiene - Necessita de supervisão.

Autocuidado: vestuário - Necessita de ajuda parcial.

Autocuidado: arranjar-se - Necessita de supervisão.

Autocuidado: comer

- Nº de refeições/dia: 5
- Forma mais habitual de confeção dos alimentos: Alimenta-se de dieta mole.
- O que ingere em cada refeição? Totalidade da refeição.
- Necessita de assistência no autocuidado: comer? Não.

Autocuidado: beber – Independente.

Autocuidado: atividade recreativa – Ver televisão, conversar esporadicamente e participar em algumas atividades realizadas na enfermaria.

Autocuidado: atividade física – Deambula pela enfermaria.

Autocuidado: sono-reposo

- Horas de sono: 6 h
- Repouso durante o dia: Não.
- Recurso a medicação: Sim.
- Qualidade do sono: Refere sono reparador.
- Insónias: Esporádicas.

Eliminação

- Eliminação intestinal - padrão: 1 dejeção por dia
- Eliminação urinária - padrão: várias vezes ao dia, esporadicamente nictúria.

Estilos de vida

- Uso de substâncias: Nenhum.

Exame Psicológico

Interação social

- Relação (contato): Fácil

Comunicação: Pouco alterada.

Estado de Consciência: Vígil.

Orientação:

- Auto psíquica – Sim

- Alo psíquica – Sim

Comportamento: Adequado

Humor: Eutímico; Sem ideação suicida estruturada.

Memória: Amnésia retrógrada.

Fobias: Nenhuma

Afetividade: Sem alterações

Percepção: Sem alucinações

Pensamento: Sem alterações

Quanto ao curso - Brade psiquismo

- Quanto à forma - Sem alterações.

- Quanto ao conteúdo – Sem alterações.

Ansiedade: Ausente.

Autoestima:

- Verbalização de auto aceitação – Sim.

- Manutenção de uma postura ereta – Sim.

- Manutenção do contacto olho-no-olho – Sim.

- Desejo de confrontar os outros – Não.

Descrição de sucesso nos grupos sociais – Não.

Descrição de orgulho de si mesmo – Não.

Sentimentos de auto-valorização – Não.

Expetativas

A Dona F.M. gostava de não se sentir tão só e de ter maior contacto com os filhos e netos. Não refere mais expectativas.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Nesta fase do trabalho, efetua-se a ligação entre os dados descritos até ao momento e os focos/diagnósticos de enfermagem. Esta ligação entre os dados e os focos/diagnósticos, é formalmente denominada de Processo de Enfermagem. O Processo de Enfermagem constitui um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados, visando uma melhoria do estado de saúde da pessoa que vai ser cuidada (Phaneuf, 2001).

Tendo em conta o quadro clínico da senhora F.M. foram detetados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Memória comprometida;
- Orientação afetada;
- Cognição.

As escalas de avaliação psicométrica que foram realizadas à senhora F.M. ao longo do processo de enfermagem encontram-se anexados a este trabalho.

Foco: Foco: Orientação – “Certeza das relações com o ambiente em termos de tempo, como o ano, a estação, o mês, o dia, a hora exata; em termos de lugar, como país, província, cidade, local de trabalho ou casa; em termos de consciência da própria identidade, como a idade e data de nascimento e em termos de reconhecimento das pessoas em redor.” (CIPE, 2.0, 2015).		
Atividades de diagnóstico: - Realizar entrevista clínica; - Avaliar sentimentos da utente.	Dados relevantes para o diagnóstico: A Dona F.M. refere não saber em que mês nem em que ano estamos. Demonstra-se desorientada no tempo.	
Data início: 17-05-2017	Diagnóstico de Enfermagem: Desorientação temporal.	Data termo: 12-06-2017
Objetivos:		

Orientar a Dona F.M. no tempo diminuindo a sensação de desorientação.		
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	Termo
	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar ambiente calmo e seguro - Disponibilizar presença - Planear/Oferecer escuta ativa - Promover interação social - Motivar para a participação nas atividades - Promover orientação temporal 	
Atividades de avaliação:		
Questionar a Dona F.M. acerca da localização temporal; Observar comportamento.		
Resultados obtidos:		
<p>A dona F.M. demonstra motivação na interação com as outras doentes do serviço.</p> <p>Demonstra-se mais orientada no tempo já sabendo referir corretamente quando questionada qual o ano e o mês em que se encontra.</p>		

Tabela 1 – Processo de Enfermagem (Desorientação temporal)

<p>Foco: Foco: Memória – “Processo psicológico: atos mentais através dos quais são armazenadas e recordadas sensações, impressões e ideias; registo mental, retenção e recordação de experiências, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos passados” (CIPE, 2.0, 2015).</p>		
<p>Atividades de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Avaliar a memória a curto prazo -Avaliar a memória a longo prazo -Aplicação do MMSE 		<p>Dados relevantes para o diagnóstico:</p> <p>A dona F.M. durante a entrevista apresenta alterações a nível da memória a médio/longo prazo, não se lembrando de acontecimentos antigos e com lacunas menores na memória a curto prazo. Apresenta um valor de 10 no MMSE.</p>
<p>Data início:</p> <p>17-05-2017</p>	<p>Diagnóstico de Enfermagem:</p> <p>Memória comprometida</p>	<p>Data termo:</p> <p>12-06-2017</p>
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular a memória a curto prazo - Estimular a memória a longo prazo - Melhorar a memória 		
<p>Início</p>	<p>Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gerir ambiente físico - Disponibilizar presença - Planear/Oferecer escuta ativa - Gerir comunicação - Promover suporte emocional - Planear e Executar Estimulação Cognitiva - Realizar exercícios de treino de memória 	<p>Termo</p>
<p>Atividades de avaliação:</p>		

- Avaliar memória a curto prazo; Avaliar memória de longo prazo; Avaliar através do MMSE.
<p>Resultados obtidos:</p> <p>A Dona F.M. apresenta melhoria na memória a médio/longo prazo em que refere lembrar-se de mais coisas do passado, e também na memória a curto prazo.</p> <p>Apresentou uma melhoria de 6 pontos quatro semanas após no MMSE..</p>

Tabela 2 – Processo de Enfermagem (Memória)

Foco: Foco: Cognição – “Processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção, pensamento, raciocínio e memória.” (CIPE, 2.0,2015).		
<p>Atividades de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar entrevista clínica; - Avaliar cognição; - Observar comportamento; - Aplicar MMSE. 	<p>Dados relevantes para o diagnóstico:</p> <p>A dona F.M. apresenta um resultado de 10 valores no MMSE.</p>	
<p>Data início:</p> <p>17-05-2017</p>	<p>Diagnóstico de Enfermagem:</p> <p>Cognição comprometida</p>	<p>Data termo:</p> <p>12-06-2017</p>
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o desempenho cognitivo; - Executar estimulação cognitiva. 		
<p>Início</p>	<p>Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</p>	<p>Termo</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir ambiente físico - Disponibilizar presença - Planear/Oferecer escuta ativa - Gerir comunicação - Promover a comunicação para melhorar a fluência verbal - Executar exercícios de raciocínio lógico - Planear e Executar Estimulação Cognitiva - Realizar reforço positivo 	
<p>Atividades de avaliação:</p> <p>- Avaliar através do Exame Breve do Estado Mental; Avaliar as sessões de estimulação cognitiva.</p>		
<p>Resultados obtidos:</p> <p>A dona F.M. apresenta melhoria ao nível da cognição obtendo um aumento de 6 valores no MMSE. Revela maior desenvoltura e facilidade em interagir e comunicar.</p>		

Tabela 3 – Processo de Enfermagem (Cognição comprometida)

Intervenções Psicoterapêuticas

As intervenções psicoterapêuticas em enfermagem podem ser realizadas única e exclusivamente pelo enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Estas intervenções, devem ser planeadas, num local próprio e adequado, de forma sequencial e implicam um procedimento planeado para um conjunto de sessões.

Após a realização da entrevista clínica, e tendo em conta que se detetou a presença de um problema de Cognição, nomeadamente um défice cognitivo moderado, foram planeadas e desenvolvidas sessões de estimulação cognitiva e de psicomotricidade às quais a utente se mostrou motivada e recetiva.

Sessões de Estimulação Cognitiva

Sessões de Estimulação Cognitiva		
Data	Identificação da Sessão	Avaliação
22-05-2017	<p>Promover a orientação no tempo e no espaço.</p> <p>Promover a socialização (relação terapêutica).</p> <p>Promover a orientação para a realidade.</p> <p>Retardar a deterioração da memória.</p> <p>Estimular a memória.</p> <p>Estimular o funcionamento cognitivo.</p> <p>Promover a auto-estima.</p> <p>Promover a sensação de bem-estar.</p>	<p>Participantes: 1 utente.</p> <p>Avaliar a capacidade de orientação no tempo: apresenta desorientação temporal (dia/mês/ano).</p> <p>Avaliar memórias passadas: apresenta memórias preservadas.</p> <p>Avaliar a promoção de sentimentos e autoestima no desenvolvimento desta sessão: demonstrou boa postura e sentimentos de valorização durante a atividade. A utente participou de forma ativa. Participou adequadamente, com boa interação social e com bom desenvolvimento da relação terapêutica.</p>
25-05-2017	<p>Promover a orientação no tempo e no espaço.</p> <p>Promover a socialização (relação terapêutica).</p> <p>Promover a orientação para a realidade.</p> <p>Retardar a</p>	<p>Participantes: 1 utente.</p> <p>Avaliar a capacidade de orientação no tempo: apresenta desorientação temporal (dia/mês/ano).</p> <p>Avaliar memórias passadas: apresenta memórias preservadas.</p>

	deterioração da memória.	Avaliar a promoção de sentimentos e autoestima no desenvolvimento desta 2ª sessão: demonstrou boa postura e sentimentos de valorização durante a atividade. A utente participou de forma ativa. Participou adequadamente, com boa interação social e com bom desenvolvimento da relação terapêutica.
--	--------------------------	---

Tabela 4 – Estimulação Cognitiva

Sessões de Psicomotricidade

Sessões de Psicomotricidade		
Data	Identificação da Sessão	Avaliação
19-05-2017	Estimular a motricidade. Promover a socialização. Promover a orientação para a realidade. Promover a autoestima. Promover a sensação de relaxamento.	Participantes: 6 utentes As utentes participaram de forma ativa. Participaram adequadamente, com boa interação social e com bom desenvolvimento da relação terapêutica.
24-05-2017	Estimular a motricidade.	Participantes: 7 utentes.

Promover a socialização.	O jogo do dado foi bem sucedido tendo a maioria das doentes respondido e participado de forma correta e adequada.
Promover a orientação para a realidade.	O jogo do capitão manda não foi tão bem sucedido uma vez que nem todas as doentes sabiam como dar uma ordem.
Promover a autoestima.	As utentes participaram de forma ativa.
Promover a sensação de relaxamento.	Participaram adequadamente, com boa interação social e com bom desenvolvimento da relação terapêutica.
Estimular a memória.	
Estimular o funcionamento cognitivo.	
Promover a orientação para a realidade.	

Tabela 5 – Psicomotricidade

Sessões de Musicoterapia

Sessões de Musicoterapia		
Data	Identificação da Sessão	Avaliação
19-05-2017	Estimular a motricidade. Promover a socialização. Promover a orientação para a realidade.	Participantes: 6 utentes. A atividade foi bem sucedida tendo a maioria das doentes respondido e participado de forma correta e adequada. Todas as utentes conseguiram elaborar o instrumento musical e demonstraram boa memória em relação a músicas.

	<p>Promover a autoestima.</p> <p>Promover a sensação de relaxamento.</p> <p>Estimular a memória.</p> <p>Estimular o funcionamento cognitivo.</p> <p>Promover a orientação para a realidade.</p>	<p>As utentes participaram de forma ativa.</p> <p>Participaram adequadamente, com boa interação social e com bom desenvolvimento da relação terapêutica.</p>
--	---	--

Tabela 6 – Musicoterapia

TERAPÊUTICA INSTITUÍDA

A terapêutica é a base do tratamento de qualquer doente em situação de crise, neste caso a Dona F.M., teve como prescrição a terapêutica abaixo descrita.

Cabe ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, ter um conhecimento alargado relativamente à terapêutica instituída aos doentes, no sentido de monitorizar os efeitos terapêuticos que dela advêm, assim como, monitorizar os possíveis efeitos secundários para assim o poder minimizar.

É da responsabilidade do enfermeiro, administrar a terapêutica à doente certa, na dose certa, no horário estabelecido, pela via certa, confirmar a data do medicamento, assim como verificar a toma da medicação por parte da doente. Além disto, é suposto que o enfermeiro especialista em saúde mental consiga fazer uma gestão adequada dos psicofármacos quando prescritos em SOS.

Terapêutica instituída:

Medicamento	Dose	Via	Horário
Carbonato de Cálcio + Colecalciferol	1500 mg + 400U	oral	12 horas
Donepezilo	10 mg	oral	21 horas
Fluticazona + Salmeterol	100 ug/dose + 50 ug/dose	inalatória	9 horas SOS até 1 x dia
Glucosamina	1500 mg	oral	9 horas
Memantina	20 mg	oral	9 horas
Multivitaminas + Sais Minerais	500 mg	oral	19 horas
Olanzapina	5 mg	oral	19 horas SOS até 3 x dia
Paracetamol	500 mg	oral	SOS até 3 x dia
Piracetam	1200 mg	oral	9 horas – 12 horas – 19horas
Quetiapina	100 mg	oral	21 horas
Quetiapina	25 mg	oral	9 horas – 16 horas

Tabela 7 – Terapêutica Instituída

Carbonato de Cálcio + Colecalciferol	
Grupo Terapêutico: cálcio e vitamina D3	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Vigiar Toma da Medicação Colher sangue para INR e ajustar dose de acordo com indicação do serviço de sangue Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Monitorizar quantidade de cálcio na urina. Evitar ingestão de alimentos ricos em ácido oxálico (p.ex. espinafres e ruibarbo..).	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários

Tabela 8 – Informações pertinentes acerca do Carbonato de Cálcio + Colecalciferol

Donepezilo	
Grupo Terapêutico: Enibidores da acetilcolinesterase	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar possíveis efeitos secundários (agitação, náuseas, insónias, comportamento agressivo..).	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários

Tabela 9 – Informações pertinentes acerca do Donepezilo.

Fluticazona + Salmeterol	
Grupo Terapêutico: broncodilatador de longa duração + corticosteroide	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar T.A. Vigiar possíveis efeitos secundários (tonturas, hipotensão, dor de cabeça..)	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários Utente com bom padrão respiratório

Tabela 10 - Informações pertinentes acerca da Fluticazona + Salmeterol

Glucosamina	
Grupo Terapêutico: outros agentes anti-inflamatórios	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar possíveis efeitos secundários (tonturas, urticária, edema..)	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários Utente sem edemas

Tabela 11 - Informações pertinentes acerca da Glucosamina

Memantina	
Grupo Terapêutico: bloqueador do glutamato	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar padrão de eliminação Vigiar ideação suicida Vigiar possíveis efeitos secundários (ideação suicida, depressão, prisão de ventre..)	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários Não apresenta padrão depressivo nem ideação suicida Bom padrão eliminatório

Tabela 12 - Informações pertinentes acerca da Memantina

Multivitaminas + Sais Minerais	
Grupo Terapêutico: Vitaminas e sais minerais	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação	Boa adesão à terapêutica

Tabela 13 - Informações pertinentes acerca da Multivitaminas + Sais Minerais.

Olanzapina	
Grupo Terapêutico: antipsicóticos	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar possíveis efeitos secundários (aumento de peso, sonolência, tonturas...)	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários Bom padrão de sono

Tabela 14 - Informações pertinentes acerca da Olanzapina.

Paracetamol	
Grupo Terapêutico: Analgésicos e antipiréticos	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Monitorizar Sinais Vitais Vigiar possíveis efeitos secundários (náuseas, vômitos, diarreia...)	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários

Tabela 15 - Informações pertinentes acerca do Paracetamol.

Piracetam	
Grupo Terapêutico: nootrópico	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar possíveis efeitos secundários (vertigem, náuseas, vômitos, agitação, ansiedade..)	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários Doente apresenta comportamento adequado

Tabela 16 - Informações pertinentes acerca do Piracetam.

Quetiapina	
Grupo Terapêutico: antipsicóticos	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar possíveis efeitos secundários (sonolência, tonturas, náuseas, vômitos...)	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários Sem outra sintomatologia

Tabela 17 - Informações pertinentes acerca do Quetiapina.

REFLEXÃO CRÍTICA

Com a elaboração do estudo de caso, foi possível pensar mais acerca do nosso percurso formativo, e da nossa evolução pessoal e profissional, sendo de extrema importância fazer uma reflexão acerca do nosso desempenho. Sendo assim, é importante a realização de uma análise crítico-reflexiva do nosso percurso, acerca das dificuldades e dos obstáculos sentidos, bem como refletir sobre as competências adquiridas e o enriquecimento pessoal obtido com a realização deste estudo de caso. Nenhum enfermeiro poderá ser perito na prestação de cuidados se não os prestar e não refletir criticamente sobre o que faz (Lopes, 2006).

Com a elaboração do mesmo, tive a oportunidade de aprofundar mais a patologia em questão, assim como treinar e aperfeiçoar intervenções de modo que seja uma mais valia para a doente alvo.

Com o apoio da tutora, foi selecionada uma doente internada no serviço. Foi de extrema importância o facto da doente ser uma pessoa cooperante e acessível de forma a conseguir participar de forma ativa e empenhada nas atividades que lhe foram propostas, assim como apresentar um défice cognitivo ligeiro/moderado.

Após a escolha da doente, que como foi referido apresentava um défice cognitivo ligeiro/moderado, realizei uma entrevista clínica, onde me foi possível perceber quais as alterações que a mesma apresentava, utilizando instrumentos de avaliação, de modo a poder estabelecer um planeamento adequado de sessões mediante as necessidades que a mesma apresentava.

Posto isto, foram planeadas sessões de estimulação cognitiva e de psicomotricidade, em que foram realizados treinos de memória a curto prazo e a longo prazo, de motricidade fina, de socialização e de orientação espaço temporal.

Percebi que ao longo das intervenções que houve uma melhoria das capacidades cognitivas da doente, assim como uma melhoria no seu processo de socialização.

É gratificante perceber que com intervenções especializadas consegui que a doente em questão, participasse de forma ativa e interessada, e percebesse que tais intervenções são benéficas e que podem representar melhorias significativas para a sua vida.

A realização deste estudo de caso, para mim, foi muito gratificante, porque permitiu-me perceber que de facto, através de atividades devidamente planeadas de estimulação cognitiva e de psicomotricidade, se consegue obter melhorias significativas no estado mental, e não só,

da doente, mas para tal foi fundamental a participação ativa da mesma, assim como todo o apoio da enfermeira Tutora que se mostrou sempre disponível na cooperação do meu estudo.

CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo de caso, penso ter atingido os objetivos aos quais previamente me propus, uma vez que realizei um estudo de caso e consegui implementar uma série de atividades de estimulação cognitiva e de psicomotricidade direcionadas à doente em questão.

Foi benéfico e enriquecedor, pois consegui transpor para a prática, conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso académico de mestrado, uma vez que me foi possível perceber a patologia da doente, identificar os diagnósticos e instituir um plano de cuidados de modo a que fosse possível planear as intervenções de enfermagem mais adequadas à mesma, assim como tirar o melhor proveito delas.

Com a implementação de atividades de estimulação cognitiva e de psicomotricidade, foi possível ajudar uma doente que estava internada no serviço de Psiquiatria a nível cognitivo e pessoal, assim como a mim própria, a nível pessoal, pois foi-me possível treinar e desenvolver competências de modo a aperfeiçoar e aprender com a pesquisa e intervenções instituídas, o que me proporcionou uma enorme aprendizagem e evolução.

Com a elaboração deste estudo de caso, foi possível iniciar uma aprendizagem em contexto de prática clínica, uma vez que me foram criadas todas as condições para poder da melhor forma instituir intervenções especializadas no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica de forma a que o meu conhecimento possa vir a desenvolver-se cada vez mais.

As maiores dificuldades com as quais me deparei foram: o facto de a doente, assim como todas as outras doentes integrantes do serviço, estar a vivenciar uma situação de mudança uma vez que a enfermaria mudou de instalações; manter o ambiente adequado para a realização das atividades propostas e manter a atenção das doentes durante toda a atividade.

Pretendo que este trabalho seja o despontar de futuros trabalhos, que contribuam, de forma expressiva, para uma melhoria significativa ao nível dos cuidados de saúde prestados, e para a minha evolução e crescimento enquanto pessoa e profissional.

O enfermeiro como elemento integrante da equipa multidisciplinar pode contribuir para a otimização das funções cognitivas, minimização dos problemas de comportamento e melhoria do funcionamento global, além de possibilitar uma redução do stress dos cuidadores e consequentemente a prevenção de uma possível institucionalização dessas pessoas (Souza et al, 2009).

BIBLIOGRAFIA

BARBIER, J. – *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora, 1993. ISBN: 972-0-34106-8;

Dooley, L. M. *Case Study Research and Theory Building*. *Advances in Developing Human Resources*(4), pag.335-354, 2002

DSM-V / [American Psychiatric Association, (2014) traduç. Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. - Porto

Lopes, M. *A Relação Enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau – Formação e saúde, Lda, 2006

Martins, R. M.. *A depressão no idoso*. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (34), 119-123, 2016

Meirinhos, M., & Osório, A. O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EduSer-Revista de educação*, 2(2), 2016

PHANEUF, M. — *Planificação de Cuidados: Um Sistema Integrado e Personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

SEQUEIRA, C. *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel, 2016.

SEQUEIRA, C. *Introdução à prática Clínica: do diagnóstico à Intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* – Coimbra: Quarteto, 2006.

SOUZA, P et al. – *Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com demência: uma estratégia de cuidado na enfermagem gerontológica*. In: *Passo Fundo*. V.6, nº3, pp. 362-372, 2009.

ANEXOS

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica		Ação: 1		Pré-requisitos: Utente com défice cognitivo ligeiro/moderado no serviço Sobral Cid do CHCF. MEEM alterado.				
Módulo: Sessão de Estimulação Cognitiva		Sessão: 1						
Data/Hora: 22.05.2017 / 11h		Duração da sessão: 20min						
Público-alvo: Utente com défice cognitivo ligeiro/moderado no serviço Sobral Cid do CHCF								
Dinamizador: Enfa Rita Caetano								
Objetivos Gerais: Estimulação da cognição, permitindo o envolvimento emocional. Promover a memória e a comunicação.								
Objetivos Específicos das Sessões	Fases	Conteúdos	Mét. E Téc. Pedagógicas	Recursos	Atividades	Técnicas Psicoterapêuticas	Tempo	Avaliação
Promover a orientação no tempo e no espaço. Promover a socialização (relação terapêutica). Promover a orientação para a realidade. Retardar a deterioração da memória. Estimular a memória. Estimular o funcionamento cognitivo. Promover a auto-estima. Promover a sensação de bem-estar.	Introdução	Apresentação do dinamizador. Verificar pré-requisitos. Explicação da atividade. Objetivo e duração da sessão.	Expositivo.	Gabinete com boa luminosidade.	Explicar a importância do exercício físico. Escolher o dia e hora para a caminhada.		5 min	Feedback. Observação.
		Promover a orientação no tempo. Promover a memória utilizando imagens de animais. Gerir o ambiente. Obter consentimento.	Demonstrativo. Interrogativo.	Gabinete com boa luminosidade. Cartões com imagens de animais.	Jogo dos pares com 8 cartões. Reconhecimento das imagens.	Estimulação da memória. Técnica de validação. Técnica de associação. Reforço positivo.	10 min	Feedback. Observação.
	Conclusão	Promover a expressão de sentimentos e emoções. Promover a sensação de bem estar. Despedida física.	Ativo.	Gabinete com boa luminosidade.	Fazer respiração abdominal. Escutar a opinião das utentes.	Reforço positivo.	5 min	Feedback.
Avaliação da sessão: Participantes: 1 utente. Avaliar a capacidade de orientação no tempo: apresenta desorientação temporal (dia/mês/ano). Avaliar memórias passadas: apresenta memórias preservadas. Avaliar a promoção de sentimentos e autoestima no desenvolvimento desta sessão: demonstrou boa postura e sentimentos de valorização durante a atividade. A utente participou de forma ativa. Participou adequadamente, com boa interação social e com bom desenvolvimento da relação terapêutica.								

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	Ação: 1	Pré-requisitos: Utente com défice cognitivo ligeiro/moderado no serviço Sobral Cid do CHCF. MEEM alterado.
Módulo: Sessão de Estimulação Cognitiva	Sessão: 2	
Data/Hora: 25.05.2017 / 11h	Duração da sessão: 20min	
Público-alvo: Utente com défice cognitivo ligeiro/moderado no serviço Sobral Cid do CHCF		
Dinamizador: Enf ^a Rita Caetano		
Objetivos Gerais: Estimulação da cognição, permitindo o envolvimento emocional. Promover a memória e a comunicação. Orientar no tempo.		

Objetivos Específicos das Sessões	Fases	Conteúdos	Mét. E Téc. Pedagógicas	Recursos	Atividades	Técnicas Psicoterapêuticas	Tempo	Avaliação
Promover a orientação no tempo e no espaço. Promover a socialização (relação terapêutica). Promover a orientação para a realidade. Retardar a deterioração da memória. Estimular a memória. Estimular o funcionamento cognitivo. Promover a auto-estima. Promover a sensação de bem-estar.	Introdução	Apresentação do dinamizador. Verificar pré-requisitos. Explicação da atividade. Objetivo e duração da sessão.	Expositivo.	Gabinete com boa luminosidade.	Explicar a importância do exercício mental. Escolher o dia e hora para a atividade.		5 min	Feedback. Observação.
	Desenvolvimento	Promover a orientação no tempo. Promover a memória utilizando imagens de paisagens de estações do ano e os nomes das estações. Gerir o ambiente. Obter consentimento.	Demonstrativo. Interrogativo.	Gabinete com boa luminosidade. Cartões com imagens de paisagens das diferentes estações do ano e respetivo nome. Reconhecimento das estações do ano e	Jogo de associação entre as imagens de paisagens das diferentes estações do ano e respetivo nome.	Estimulação da memória. Técnica de validação. Técnica de associação. Reforço positivo.	10 min	Feedback. Observação.
	Conclusão	Promover a expressão de sentimentos e emoções. Promover a sensação de bem estar. Despedida física.	Ativo.	Gabinete com boa luminosidade.	Fazer respiração abdominal. Escutar a opinião da utente.	Reforço positivo.	5 min	Feedback.
Avaliação da sessão: Participantes: 1 utente. Avaliar a capacidade de orientação no tempo: apresenta desorientação temporal (dia/mês/ano). Avaliar memórias passadas: apresenta memórias preservadas. Avaliar a promoção de sentimentos e autoestima no desenvolvimento desta 2ª sessão: demonstrou boa postura e sentimentos de valorização durante a atividade. A utente participou de forma ativa. Participou adequadamente, com boa interação social e com bom desenvolvimento da relação terapêutica.								

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica		Ação: 1	
Módulo: Sessão de Psicomotricidade		Sessão: 1	
Data/Hora: 19.05.2017 / 13h		Duração da sessão: 30min	
Público-alvo: Utentes com défice cognitivo ligeiro/moderado no serviço Sobral Cid do CHCF			
Dinamizador: Enfª Rita Caetano			
Objetivos Gerais: Estimulação da motricidade, permitindo o envolvimento emocional. Promover as relações interpessoais e o relaxamento.			

Objetivos Específicos das Sessões	Fases	Conteúdos	Mét. E Téc. Pedagógicas	Recursos	Atividades	Técnicas Psicoterapêuticas	Tempo	Avaliação
Estimular a motricidade. Promover a socialização. Promover a orientação para a realidade. Promover a autoestima. Promover a sensação de relaxamento.	Introdução	Apresentação do dinamizador. Verificar pré-requisitos. Explicação da atividade. Objetivo da sessão.	Expositivo. Reforço positivo.	Sala de estar ampla com boa luminosidade.	Explicar a importância do exercício físico. Escolher o dia e hora para a caminhada.		5 min	Feedback. Observação.
	Desenvolvimento	Realizar uma caminhada no espaço exterior do CHCF. Promover as relações interpessoais através de conversas. Promover sentimentos positivos através de um ambiente agradável.	Demonstrativo. Interrogativo.	Espaço exterior de CHCF.	Realizar uma caminhada pelo jardim do CHCF.	Terapia de validação. Reforço positivo. Relação terapêutica.	20 min	Feedback. Observação.
	Conclusão	Promover a expressão de opinião e sentimentos. Promover o relaxamento.	Interrogativo. Demonstrativo.	Sala de estar ampla com boa luminosidade.	Fazer respiração abdominal. Escutar a opinião das utentes.			5 min

Avaliação da sessão: Participantes: 6 utentes As utentes participaram de forma ativa. Participaram adequadamente, com boa interação social e com bom desenvolvimento da relação terapêutica.

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica		Ação: 1	
Módulo: Sessão de Psicomotricidade		Sessão: 2	
Data/Hora: 24.05.2017 / 13h		Duração da sessão: 45 min	
Público-alvo: Utentes com défice cognitivo ligeiro/moderado no serviço Sobral Cid do CHCF			
Dinamizador: Enf ^a Rita Caetano			
Objetivos Gerais: Estimulação da motricidade, permitindo o envolvimento emocional. Promover as relações interpessoais e o relaxamento.			

Objetivos Específicos das Sessões	Fases	Conteúdos	Mét. E Téc. Pedagógicas	Recursos	Atividades	Técnicas Psicoterapêuticas	Tempo	Avaliação
Estimular a motricidade. Promover a socialização. Promover a orientação para a realidade. Promover a autoestima. Promover a sensação de relaxamento. Estimular a memória. Estimular o funcionamento cognitivo. Promover a orientação para a realidade.	Introdução	Apresentação do dinamizador. Verificar pré-requisitos. Explicação da atividade. Objetivo da sessão.	Expositivo. Reforço positivo.	Sala de estar ampla com boa luminosidade.	Explicar a importância do exercício físico e mental. Escolher o dia e hora para a atividade.		10 min	Feedback. Observação.
	Desenvolvimento	Jogo do dado em que cada número corresponde a uma categoria da qual a doente tem que dizer um nome. Jogo do capitão manda: cada doente tem que dar uma ordem para os outros	Demonstrativo. Interrogativo.	Sala de estar ampla com boa luminosidade.	Realizar o jogo do dado.	Terapia de validação. Reforço positivo. Relação terapêutica. Técnicas de aprendizagem de habilidades	25 min	Feedback. Observação.
	Conclusão	Promover a expressão de opinião e sentimentos. Promover o relaxamento através de respiração abdominal e alguns	Interrogativo. Demonstrativo.	Sala de estar ampla com boa luminosidade.	Fazer respiração abdominal. Escutar a opinião das utentes.			10 min
Avaliação da sessão: Participantes: 7 utentes. O jogo do dado foi bem sucedido tendo a maioria das doentes respondido e participado de forma correta e adequada. O jogo do capitão manda não foi tão bem sucedido uma vez que nem todas as doentes sabiam como dar uma ordem. As utentes participaram de forma ativa. Participaram adequadamente, com boa interação social e com bom desenvolvimento da relação terapêutica.								

APÊNDICE III – Estudo de Caso (Módulo III - Opcional)



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

Estudo de Caso

Aluna: Ana Rita Caetano Bernardes

Orientadora: Prof^ª Dr.^ª Aida Fernandes

Tutor: Enf^ª Carla Cardoso

Serviço: UDN

Porto, Janeiro de 2017

"A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original."

Albert Einstein

SIGLAS E ABREVIATURAS

UDN – Unidade de desabituação do norte

OE – Ordem dos Enfermeiros

EC – Entrevista Clínica

MMSE – Mini Mental State Examination

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Processo de Enfermagem (Ansiedade).....	22
Tabela 2 – Processo de Enfermagem (Abuso de drogas).....	23
Tabela 4 – Sessão de Grupo.....	23
Tabela 5 – Sessão de Relaxamento.....	24
Tabela 6 – Terapia Comportamental.....	26
Tabela 7 – Terapêutica Instituída.....	27
Tabela 8 – Informações pertinentes acerca Tramadol.....	28
Tabela 9 – Informações pertinentes acerca Tiocolquiosido	28
Tabela 10 – Informações pertinentes acerca da Clonidina.....	29
Tabela 11 – Informações pertinentes acerca do Gabapentina.....	29
Tabela 12 - Informações pertinentes acerca da Diazepam	30
Tabela 13 - Informações pertinentes acerca da Flurazepam.....	30
Tabela 14 - Informações pertinentes acerca do Magnesona.....	31
Tabela 15 - Informações pertinentes acerca do Trazadona.....	31

INDICE

INTRODUÇÃO	6
1 Caso Clínico	10
1.1 Entrevista Clínica	150
1.2 Avaliação Inicial de Enfermagem	152
1.2.1 História Biopsicossocial	152
1.2.2 História Psiquiátrica	153
1.2.3 Vivência da Doença / Adaptação à Doença	154
1.2.4 História Familiar	154
1.2.5 História Social	155
1.2.6 História do Desenvolvimento	156
1.2.7 Exame Físico	157
1.2.8 Hábitos de Vida	158
1.2.9 Exame Psicológico	159
1.2.10 Expetativas	160
2 PROCESSO DE ENFERMAGEM	161
2.1 Intervenções Psicoterapêuticas	164
3 TERAPÊUTICA INSTITUIDA	168
4 REFLEXÃO CRÍTICA	173
CONCLUSÃO	175
BIBLIOGRAFIA	176
ANEXOS	36

INTRODUÇÃO

O presente trabalho realiza-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Universidade Católica Portuguesa – Porto (ICS-UCP), enquadrando-se na Unidade Curricular de Estágio nomeadamente o Módulo III – Opcional.

Um dos objetivos definidos para o presente estágio foi a elaboração de um estudo de caso, de um doente. Posto isto, temos que ter em conta que os profissionais das equipas multidisciplinares, têm no seu trabalho diário como ponto fulcral de intervenção o ser humano, cuja experiência de vida envolve várias dimensões (ambiental, biológica, social, psicológica, cultural, ética, política, familiar). Sendo assim, de maneira a que exista uma perceção mais correta e para que se possa cuidar da melhor forma, é de extrema importância que haja uma abordagem holística do utente.

Com o presente trabalho, pretendo explorar a história de um doente do sexo masculino, utente diário da UDN, com diagnóstico de personalidade esquizoide e depressão. Deste modo pretendo identificar os diversos fatores e situações que contribuíram para o seu atual estado clínico, para que possa compreender qual o papel do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, neste caso em concreto, para proporcionar uma possível recuperação e otimização do dia-a-dia.

Com a elaboração deste Estudo de Caso, pretendendo atingir os seguintes objetivos:

- Breve contextualização teórica acerca da Depressão;
- Conhecer melhor e avaliar a situação clínica da doente;
- Apresentar a avaliação inicial;
- Identificar os focos de atenção sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Desenvolver o processo de enfermagem segundo a CIPE, planeando as ações mais adaptadas à doente;
- Refletir sobre as intervenções realizadas e sobre a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental no âmbito da intervenção em crise no adulto.

O estudo de caso está organizado da seguinte forma:

1. Breve enquadramento Teórico acerca da patologia do doente, Depressão.
2. Apresentação do caso clínico, englobando a descrição de todo o processo de enfermagem e o relato do meu processo de tomada de decisão; por último será apresentada uma breve reflexão crítica.

A metodologia utilizada para a realização do estudo de caso cabe, essencialmente, na revisão bibliográfica, assim como no pensamento crítico-reflexivo acerca do caso clínico. A linguagem utilizada estará assente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Versão 2.0. A pesquisa bibliográfica e fontes utilizadas, foram recolhidas de livros, artigos e Internet.

ADIÇÕES – BREVE REFLEXÃO

No campo das adições podemos falar de uma série de comportamentos problemáticos, cujo desenvolvimento leva a uma situação em que a vida do indivíduo é afetada negativamente nas diversas áreas e de forma contínua. O abuso e a dependência de substâncias representam, claramente, um abandono e descuido da saúde mental e física da pessoa, que com o uso continuado e descontrolado levam, inevitavelmente, à destruição do corpo, da mente e da vida social da mesma.

Segundo Sequeira (2010), a doença mental está associada a um espectro de défices, incapacidades e desvantagens que alteram o estatuto do indivíduo.

As intervenções do EESMP visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental, tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Neste sentido foi pertinente a realização do estágio na Unidade de Desabituação do Norte (UDN), uma vez que é uma unidade de desintoxicação de substâncias como o álcool, drogas e metadona.

Por outro lado, o relatório anual de 2015 do SICAD para o consumo de drogas e toxicodependências (2016), afirma que Portugal regista prevalência de consumo de drogas inferior à média dos países europeus.

O relatório anual do Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência – OEDT (2015), explica que o consumo de todas as drogas é mais elevado no sexo masculino, sendo de longe o cannabis, a droga mais consumida, seguida da cocaína. Entre as drogas estimulantes, a cocaína ocupa o topo da tabela sendo inalada na maior parte dos consumos. O seu consumo regular está associado a problemas cardiovasculares, mentais, neurológicos e dependência. Relativamente aos opiáceos, a heroína é a droga mais consumida a nível europeu, seguida de opiáceos sintéticos como a metadona, buprenorfina e o fentanil que são consumidos de forma indevida.

O SICAD, no seu relatório anual da toxicodependência (2016), revelou que cannabis, ecstasy e cocaína foram as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas pelos portugueses (dos 15 aos 64 anos), havendo uma descida das prevalências de consumos ao longo da vida. No entanto, a heroína foi referida como a droga principal nos utentes com problemas relacionados com o uso de drogas.

Neste período de contínuas mudanças ideológicas, estruturais e políticas, com fortes implicações na saúde mental das pessoas, torna-se crucial o desenvolvimento de novas formas de pensar, tratar e cuidar em saúde mental de forma a melhor responder às exigências/necessidades atuais de saúde da população. Assim, é papel do enfermeiro neste contexto além de assegurar/restabelecer o equilíbrio psíquico da pessoa, ser também agente terapêutico e educativo, favorecendo o desenvolvimento de capacidades e criando condições que favoreçam a integração crítica da pessoa no seu meio social, ajudando-a a aceitar-se a si mesma e a melhorar as suas relações interpessoais (Ballard et al., 2002).

Rotgers (2003) cit. por Rahioui e Reynaud (2008), explica que as teorias cognitivocomportamentais têm contribuído bastante para o avanço dos conhecimentos sobre as origens e o tratamento das adições. A ideia de basear o tratamento no conhecimento do processo psicológico responsável pelo comportamento humano favoreceu a emergência de muitas técnicas terapêuticas, inovadoras e eficazes.

Podemos assim afirmar a importância de manter o doente ativo, adaptar o ambiente às suas capacidades para promover a maior independência possível, promover a segurança, facilitar a comunicação, estimular as funções cognitivas, no sentido de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar dos doentes, aumentar a interação social dos mesmos e preservar as funções cognitivas da melhor forma e máximo tempo possíveis.

Nesta linha de pensamento, os enfermeiros têm um papel de extrema importância na qualidade de vida das populações.

CASO CLÍNICO

O estudo de caso considera-se vantajoso, na medida em que é passível de ser aplicado a situações humanas e a contextos de vida real (Dooley, 2002), além de que são holísticos, característica essa descendente da investigação quantitativa (Meirinhos & Osório, 2016).

O doente em questão aceitou de forma livre e espontânea, participar no meu estudo de caso. Assim, os dados a seguir apresentados foram facultados pelo doente, complementados pelos dados disponíveis no processo clínico.

Entrevista Clínica

“A entrevista em cuidados de enfermagem é uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para a qual elabora objetivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de certos problemas” (Phaneuf, p.250, 2005).

Para Sequeira (2016), a entrevista clínica consiste numa interação comunicativa, previamente planeada entre um profissional de saúde e um cliente/grupo/família, em que o principal objetivo é compreender os detalhes do problema de saúde do utente, caracterizar o contexto onde este e o problema se insere, através de um processo organizado de observação e de informações que são recolhidas ao longo da entrevista.

A entrevista clínica foi realizada num gabinete da referida unidade, respeitando a privacidade do cliente e a confidencialidade dos dados colhidos. Os dados recolhidos, com interesse terapêutico foram partilhados e discutidos com a equipa multidisciplinar.

Planeamento da Entrevista Clínica

Data:09-11-2017 Hora:11 H

Duração: 40 minutos

Local: Gabinete - UDN

Destinatário: Utente – A.S.

Objetivos:

- Realizar a colheita de dados.
- Estabelecer uma relação terapêutica com a utente.
- Identificar Diagnósticos de Enfermagem
- Caracterizar a situação/contexto relacionados com um ou mais diagnósticos.

Focos de Atenção:

- Ansiedade

Fases da Entrevista:

Fase inicial: Na fase inicial é importante criar um ambiente terapêutico que permita o estabelecimento da confiança e compreensão, clarificar os objetivos da entrevista e estabelecer um acordo com o cliente sobre os temas a abordar e os objetivos a atingir (Nunes, 2010 cit. por Sequeira, 2016).

- Preparar e gerir o ambiente
- Apresentação
- Explicar o motivo da entrevista
- Garantir privacidade e confidencialidade

Fase Intermédia (Exploratória ou de Desenvolvimento): É nesta fase que o profissional de saúde utiliza técnicas da comunicação (escuta ativa, assertividade) e implementa o guião que preparou. Segundo Sequeira (2016), este guião deve conter essencialmente: definição da área de saúde em análise e perguntas com vista à recolha de dados para o processo diagnóstico. Utilizar estratégias de comunicação de forma a que a utente se sinta calma e tranquila;

- Recolha de dados;
- Observar reações da utente;

- Aplicação do MMSE;
- Aplicação da Escala de Sócrates.

Fase Final: A fase final deve solidificar os resultados, sendo que o final da entrevista deve ter em consideração o resumo final e o feedback de ambas as partes (entrevistado e entrevistador), a prescrição para a ação (o profissional informa sobre os próximos passos) e a separação física (Sequeira, 2016).

- Foi estabelecido com o utente um programa de sessões de estimulação cognitiva, musicoterapia e relaxamento.

Avaliação Inicial de Enfermagem

História Biopsicossocial

Nome: A.S.

Nome preferido: A.

Género: Masculino.

Idade: 54 anos.

Estado civil: Divorciado.

Agregado familiar composto por: Mãe.

Cuidadores: Não se aplica.

Cuidador desde: Não se aplica.

Residência: Penafiel.

Unidade de Saúde: Centro de Saúde de Penafiel, UDN.

Naturalidade: Penafiel.

Nacionalidade: Portuguesa.

Habilitações literárias: 7º Ano.

Profissão: Manobrador de máquinas.

Situação profissional: Empregado.

Religião: Católica

Pessoa a contactar: Mãe.

Relação Parentesco / Vizinhança: Apresenta uma boa relação. Convive com todos de forma positiva.

História Atual da Doença: Utente iniciou programa de desintoxicação da Heroína, Cocaína e Metadona na UDN. Fazia a toma de metadona em ET de Paços de Ferreira à cerca de 2 anos.

Diagnóstico:

Aceitação do Estado de Saúde: O doente aceitou e reconheceu o seu estado de saúde, problema, pedindo para fazer este tratamento ao seu médico.

Internamento/Adesão ao programa: Voluntário.

História Psiquiátrica

Utente sem antecedentes psiquiátricos.

Episódio: Único.

Acompanhamento em consulta: Acompanhado na ET de Paços de Ferreira.

Internamentos anteriores: Há cerca de 8 anos.

Diagnóstico:

Reação ao internamento/Adesão ao programa: Demonstrou uma adaptação positiva ao programa de desintoxicação, cumprindo o mesmo, mostrando-se empenhado e colaborante.

Adesão / Gestão do Regime Terapêutico: Boa

Resposta à medicação: Boa

Psicoterapia: Sim.

Medicação Diária (nome/dose/horário):

Vivência da Doença / Adaptação à Doença

O A.S. refere que se sentia incomodado pelo transtorno que o consumo lhe causava, por perturbar as suas rotinas. Não se sentia afetado a nível profissional nem pessoal. Manifesta-se contente e satisfeito com o relacionamento que tem com as pessoas integrantes da UDN.

História Clínica

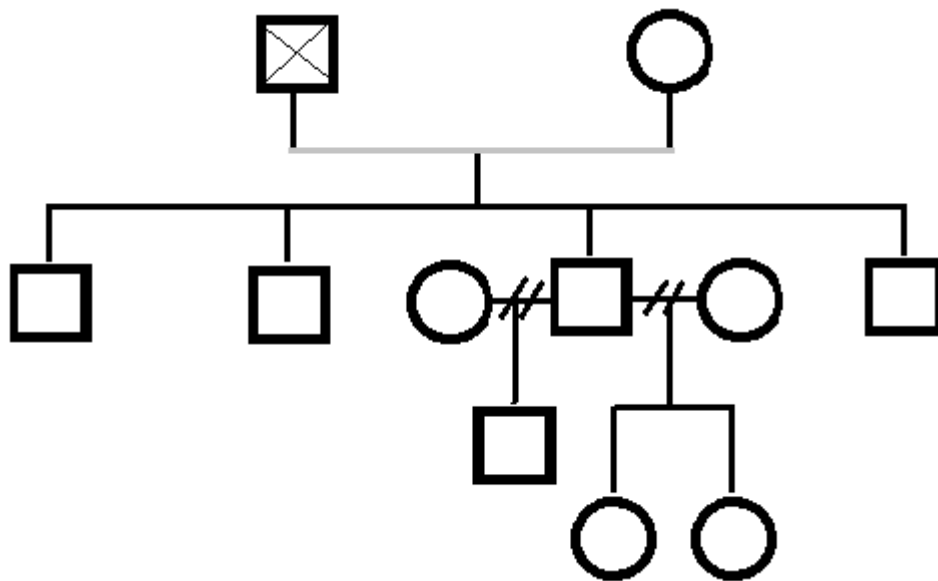
- Cognição: Aplicado o MMSE – Sem défice cognitivo.
- Outras Doenças: Apresenta como antecedentes pessoais: consumo de estupefacientes, pedras na vesícula.
- Acidentes/traumatismos: Não presentes.
- Risco de quedas: -
- Alergias: Nega
- Próteses, dispositivos de auxílio: Nenhuma
- Transtornos neurológicos: Não presentes.

História Familiar

História de doença psiquiátrica: Não existente.

Outras Doenças: Cancro no pulmão.

Genograma:



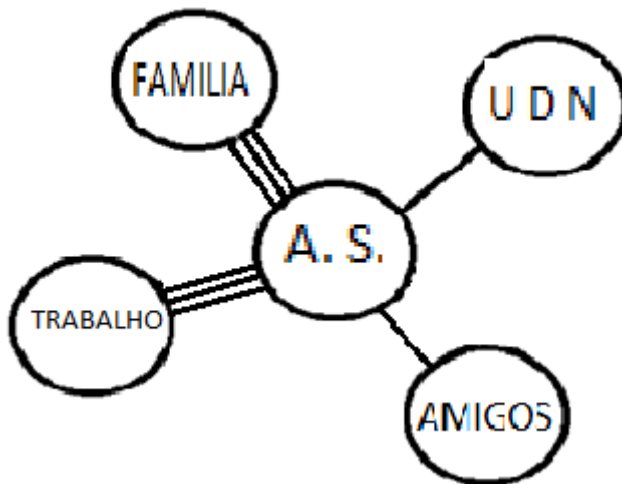
Legenda:



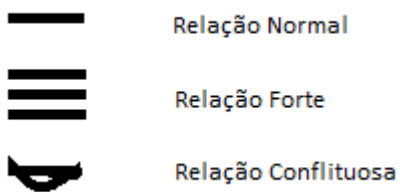
História Social

Reação das pessoas significativas à doença: A mãe, que é o familiar mais próximo, é alguém bastante presente que o apoia sempre. Os restantes familiares não sabiam do problema. Bastante satisfeito com a relação estabelecida com os profissionais e doentes integrantes da UDN.

Ecomapa:



Legenda:



História do Desenvolvimento

História da Infância: O Sr. A.S., nasceu em 1963, em Penafiel onde viveu com os pais e os irmãos. Refere uma infância feliz, com boas recordações e com boa relação com os pais, os vizinhos e os irmãos. Estudou até ao 7º ano.

História da Adolescência: O Sr. A.S. refere uma adolescência boa, com boas experiências. Manteve boas amizades embora se considere solitário, não se abre muito com os amigos.

História da idade adulta: Casou e teve uniões de facto neste momento está divorciado mas mantém uma boa relação com as ex-companheiras. Foi pai 3 vezes. Iniciou nesta fase o consumo de estupefacientes. Nesta fase sofreu a perda do pai algo que o marcou.

História Ocupacional e Educacional:

Nível de funcionamento escolar: Refere ter sido um bom aluno, com um desempenho aceitável.

Nível de funcionamento no trabalho: Bom desempenho. Muito satisfeito com a parte profissional.

Exame Físico

Sinais Vitais:

- TA: 118/69 mm Hg
- Pulso: 65 bat/min
- Características: Forte, amplo e rítmico.
- Temp: 35,8 °C
- Respiração: 11 ciclos/min
- Característica: Normal e Regular.
- Dor: Sem queixas.
- Estado Nutricional: Normal, com ligeiro excesso de peso.
- Peso: 85 Kg
- Altura: 1,82 m
- IMC: 25,7 Kg/m²
- Cabeça/Tronco/Membros: Sem alterações de relevo.
- Pele e mucosas: Ligeiramente desidratadas, íntegras e sem edemas.
- Visão: Boa.
- Audição: Boa.

Hábitos de Vida

Autocuidado: higiene - Autônomo.

Autocuidado: vestuário – Autônomo.

Autocuidado: arranjar-se -. Autônomo

Autocuidado: comer

- Nº de refeições/dia: 5.

- Forma mais habitual de confecção dos alimentos: Variável, tendencialmente saudável, evitando carnes vermelhas.

- O que ingere em cada refeição? Totalidade da refeição.

- Necessita de assistência no autocuidado: comer? Não.

Autocuidado: beber – Autônomo.

Autocuidado: atividade recreativa – Conversar diariamente com os filhos e a mãe, almoçar com amigos, jogar cartas.

Autocuidado: atividade física – A necessária na vida diária. No trabalho caminha muito.

Autocuidado: sono-reposo

- Horas de sono: 8 h

- Repouso durante o dia: Sim.

- Recurso a medicação: Esporádico.

- Qualidade do sono: Refere sono reparador na maioria das vezes.

- Insónias: Não.

Eliminação

- Eliminação intestinal - padrão: 1 dejeção por dia

- Eliminação urinária - padrão: várias vezes ao dia.

Estilos de vida

- Uso de substâncias: Esporadicamente antes do internamento. No presente momento não.

Exame Psicológico

Interação social

- Relação (contato): Fácil

Comunicação: Normal.

Estado de Consciência: Vígil.

Orientação:

- Auto psíquica – Sim

- Alo psíquica – Sim

Comportamento: Adequado

Humor: Eutímico.

Memória: Sem problemas.

Fobias: Nenhuma.

Afetividade: Normal/Adequada.

Percepção: Normal.

Pensamento: Sem alterações.

Quanto ao curso – Normal.

- Quanto à forma - Sem alterações.

- Quanto ao conteúdo – Sem alterações.

Ansiedade: Ausente.

Autoestima:

- Verbalização de autoaceitação – Sim.

- Manutenção de uma postura ereta – Sim.

- Manutenção do contacto olho-no-olho – Sim.

- Desejo de confrontar os outros – Não.

- Descrição de sucesso nos grupos sociais – Sim.

- Descrição de orgulho de si mesmo – Sim.

- Sentimentos de autovalorização – Sim.

Expetativas

O Sr. A.S. pretende passar a empresa para o filho e ir viver para Córsega, mantendo-se afastado dos consumos. Espera conseguir ter auto-controlo.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Nesta fase do trabalho, efetua-se a ligação entre os dados descritos até ao momento e os focos/diagnósticos de enfermagem. Esta ligação entre os dados e os focos/diagnósticos, é formalmente denominada de Processo de Enfermagem. O Processo de Enfermagem constitui um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados, visando uma melhoria do estado de saúde da pessoa que vai ser cuidada (Phaneuf, 2001).

Tendo em conta o quadro clínico do senhor J.P. foram detetados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Ansiedade;
- Abuso de drogas.

As escalas de avaliação psicométrica que foram realizadas ao senhor A.S. ao longo do processo de enfermagem encontram-se anexados a este trabalho.

Foco: Ansiedade – <i>“Emoção Negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia”</i> (CIPE, 2.0, p.39).		
Atividades de diagnóstico: <ul style="list-style-type: none">- Realizar entrevista clínica- Avaliar o comportamento- Analisar expressão facial- Analisar Postura		Dados relevantes para o diagnóstico: <ul style="list-style-type: none">- Utente refere sentir-se ansioso aquando da entrada;- Apresenta-se inquieto
Data início: 18/11/17	Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade em Grau moderado	Data termo: 23/11/2017
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">- Diminuir a ansiedade		

Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	Termo
	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer Suporte Emocional; - Executar Escuta Ativa; - Planear e executar técnica de Relaxamento; - Ensinar sobre técnica de Relaxamento; 	
<p>Atividades de avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar comportamento e atitudes do utente; - Observar fâcies do utente; - Questionar o utente acerca da ansiedade que tem vindo a apresentar. 		
<p>Resultados obtidos:</p> <p>- Ao longo das sessões o utente apresenta-se menos ansioso. Refere sentir-se calmo e melhor, verbalizando-o e sendo notório na sua expressão facial. Participou nas sessões de relaxamento e percebeu como se faz bem como quando as deve utilizar.</p>		

Tabela 1 – Processo de Enfermagem (Ansiedade)

Foco: Abuso de drogas – “Abuso de substâncias: Uso inadequado de drogas.” (CIPE, 2.0, p.37).		
<p>Atividades de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar entrevista clínica - Avaliar o comportamento - Analisar expressão facial 	<p>Dados relevantes para o diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utente apresenta historial de consumo de heroína e cocaína. - Utente faz toma de metadona. 	
Data início:	Diagnóstico de Enfermagem:	Data termo:

18/11/17	Abuso de drogas.	23/11/2017
Objetivos: - Diminuir ou anular os consumos.		
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	Termo
	- Oferecer Suporte Emocional; - Executar Escuta Ativa; - Planear e executar técnica de Modificação de Comportamento; - Ensinar sobre técnicas de modificação de comportamento.	
Atividades de avaliação: - Observar comportamento e atitudes do utente; - Observar fâcias do utente; - Questionar o utente acerca do seu grau de motivação para a mudança; - Aplicar a Escala de Sócrates.		
Resultados obtidos: - Ao longo das sessões o utente participou de forma empenhada e colaborante. Foi feita uma boa reflexão acerca da sua história de consumos e de técnicas possíveis de serem utilizadas para evitar uma recaída. Apesar do empenho e do resultado da aplicação da Escala de Sócrates ter revelado que este se encontrava em fase de manutenção, o utente acabou por abandonar o tratamento ao 11º dia, muito devido ao facto da família não estar informada acerca do processo de desintoxicação.		

Tabela 2 – Processo de Enfermagem (Abuso de drogas)

Intervenções Psicoterapêuticas

As intervenções psicoterapêuticas em enfermagem podem ser realizadas única e exclusivamente pelo enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Estas intervenções, devem ser planeadas, num local próprio e adequado, de forma sequencial e implicam um procedimento planeado para um conjunto de sessões.

Após a realização da entrevista clínica, e tendo em conta que se detetou a presença de um problema de ansiedade e de abuso de substâncias ilícitas, foram planeadas e desenvolvidas sessões de grupo, de terapia comportamental e de relaxamento às quais o utente se mostrou sempre motivado, participativo e recetivo, embora sempre revelando ansiedade e preocupação com a família. Perante os resultados da entrevista inicial, não apresentando o doente défice cognitivo, foram estabelecidas com o doente 3 sessões de terapia comportamental, devido ao seu diagnóstico de abuso de substâncias ilícitas.

Sessão de Grupo

Sessão de Grupo		
Data	Identificação da Sessão	Avaliação
18/11/2017	Promover a socialização (relação terapêutica). Promover o auto-conhecimento e a auto estima. Promover o insight.	Participantes: 17 utentes. Avaliar a capacidade de insight e de relacionamento interpessoal. Participaram adequadamente e de forma ativa, com boa interação social e com bom desenvolvimento da relação terapêutica. Após aplicação de ficha de valiação da sessão conclui-se que a maioria dos utentes consideraram que a sessão ajudou muito a estabelecer boa relação com os outros, a identificar qualidades, a ter melhor

		conhecimento de si mesmo, a ter conhecimento da opinião dos outros acerca de si.
--	--	--

Tabela 4 – Sessão de Grupo

Sessões de Relaxamento

Sessões de Relaxamento		
Data	Identificação da Sessão	Avaliação
18/11/2017	Promover a sensação de relaxamento. Promover o controlo da ansiedade.	Participantes: 2 utentes. Os utentes participaram de forma empenhada e adequada. Mostraram-se-se satisfeitos e relaxados no final da atividade. T.A Inicial: 142/89 mmHg Fc:80 bpm e TA final:136/80 mmHg e Fc: 72 bpm. TA inicial: 138/85 mmHg e Fc: 91 bpm e TA final: 130/82 mmHg e Fc:84 bpm.
19/11/2017	Promover a sensação de relaxamento. Promover o controlo da ansiedade.	Participantes: 5 utentes. Os utentes participaram de forma empenhada e adequada. Mostraram-se-se satisfeitos e relaxados no final da atividade.

		<p>Foram avaliadas T.A.'S no inicio e no final da sessão. Utente 1: TA inicial:114/64 mmHg Fc: 84bpm e TA final: 119/64 mmHg Fc: 80 bpm.</p> <p>Utente 2: TA inicial: 125/73 mmHg Fc: 64 bpm e TA final: 129/85 mmHg Fc: 64 bpm. Utente 3: TA inicial: 123/76 mmHg Fc: 68 bpm e TA final: 121/80 mmHg Fc: 74 bpm. Utente 4: TA inicial: 136/107 mmHg Fc: 109 bpm e TA final: 115/90 mmHg Fc: 98 bpm. Utente 5: TA inicial: 151/93 mmHg Fc:89 bpm e TA final: 145/84 mmHg Fc:87 bpm.</p>
--	--	---

Tabela 5 – Sessões de Relaxamento

Sessões de Terapia Comportamental

Sessões de Terapia Comportamental		
Data	Identificação da Sessão	Avaliação
19/11/2017	<p>Promover a relação terapêutica.</p> <p>Promover a motivação e cinsciencialização da pessoa para a mudança.</p> <p>Identificar as causas e estímulos associados aos comportamentos desestruturados.</p>	<p>Participantes: 1 utente.</p> <p>Os exercícios foram bem sucedidos tendo o utente respondido e participado de forma correta e adequada.</p> <p>O utente participou de forma ativa.</p> <p>Participou adequadamente, com um bom desenvolvimento da relação terapêutica.</p>
21/11/2017	<p>Promover a relação terapêutica.</p> <p>Identificar os mecanismos de</p>	<p>Participantes: 1 utente.</p> <p>Os exercícios foram bem sucedidos tendo o utente respondido e participado de forma correta e adequada.</p>

	<p>aprendizagem dos comportamentos.</p> <p>Analisar as reações perante uma situação que leve ao aparecimento do comportamento a modificar na tentativa de controlar impulsos.</p>	<p>O utente participou de forma ativa refletindo e verbalizando sobre o que lhe foi exposto.</p> <p>Participou adequadamente, com um bom desenvolvimento da relação terapêutica.</p> <p>Verbalizou e mostrou-se sempre ansioso e preocupado com a família, especialmente as filhas, pelo facto de estar a omitir este tratamento, com receio da sua reação e de como lhes explicar a sua ausência.</p>
23/11/2017	<p>Promover a relação terapêutica.</p> <p>Planear estratégias para a modificação de comportamentos indesejáveis.</p> <p>Validar e discutir estratégias para modificação dos comportamentos indesejáveis.</p> <p>Assistir o doente a identificar os seus pontos positivos e reforçá-los.</p>	<p>Participantes: 1 utente.</p> <p>Os exercícios foram bem sucedidos tendo o utente respondido e participado de forma correta e adequada.</p> <p>O utente participou de forma ativa refletindo e verbalizando sobre o que lhe foi exposto.</p> <p>Participou adequadamente, com um bom desenvolvimento da relação terapêutica.</p> <p>Apesar do seu bom desempenho na sessão foi sempre verbalizando que iria abandonar o tratamento ao 11º dia, não os 15 dias, pois não vê a necessidade de se manter cá durante o fim de semana. Demonstra-se bastante ansioso e preocupado com a família por estar a ocultar o facto de estar a fazer este tratamento.</p>

Tabela 6 – Terapia Comportamental

TERAPÊUTICA INSTITUÍDA

A terapêutica é a base do tratamento de qualquer doente em situação de crise, neste caso o Sr. A.S., teve como prescrição a terapêutica abaixo descrita.

Cabe ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, ter um conhecimento alargado relativamente à terapêutica instituída aos doentes, no sentido de monitorizar os efeitos terapêuticos que dela advêm, assim como, monitorizar os possíveis efeitos secundários para assim o poder minimizar.

É da responsabilidade do enfermeiro, administrar a terapêutica ao doente certo, na dose certa, no horário estabelecido, pela via certa, confirmar a data do medicamento, assim como verificar a toma da medicação por parte do doente. Além disto, é suposto que o enfermeiro especialista em saúde mental consiga fazer uma gestão adequada dos psicofármacos quando prescritos.

Terapêutica instituída:

Medicamento	Dose	Via	Horário
Tramadol	50 mg	oral	19h-22h
Tiocolquiosido	2,5 mg	oral	9h-16h-22h
Clonidina	150 mg	oral	9h-16h-22h
Gabapentina	300 mg	oral	9h-19h
Diazepam	5 mg	oral	9h-16h-22h
Flurazepam	15 mg	oral	22h
Magnesona	1500mg/10ml	oral	9h-13h-19h
Trazadona	100 mg	oral	22h

Tabela 7 – Terapêutica Instituída

Tramadol	
Grupo Terapêutico: Analgésico de ação central	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar possíveis efeitos secundários (náuseas, cefaleias, sonolência, tonturas..)	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários

Tabela 8 – Informações pertinentes acerca do Tramadol.

Tiocolquiosido	
Grupo Terapêutico: Relaxante muscular	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar possíveis efeitos secundários (diarreias, náuseas, vômitos, sonolência...)	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários

Tabela 9 - Informações pertinentes acerca Tiocolquiosido.

Clonidina	
Grupo Terapêutico: Anti-hipertensor	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar possíveis efeitos secundários (secura da boca, sedação, náuseas...)	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários Sem outra sintomatologia

Tabela 10 - Informações pertinentes acerca do Clonidina.

Gabapentina	
Grupo Terapêutico: Anticonvulsivantes.	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar possíveis efeitos secundários (sonolência, fadiga, boca seca...)	Boa adesão à terapêutica Verifica-se alguma sonolência. Sem outra sintomatologia

Tabela 11 - Informações pertinentes acerca da Gabapentina.

Diazepam	
Grupo Terapêutico: Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos.	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados

Administrar terapêutica sempre no mesmo horário	Boa adesão à terapêutica
Vigiar Toma da Medicação	Observam-se efeitos secundários (sonolência).
Vigiar possíveis efeitos secundários (sonolência, fadiga, cefaleias...)	Sem outra sintomatologia

Tabela 12 – Informações pertinentes acerca do Diazepam.

Flurazepam	
Grupo Terapêutico: Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos.	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário	Boa adesão à terapêutica
Vigiar Toma da Medicação	Observam-se efeitos secundários (sonolência).
Vigiar possíveis efeitos secundários (sonolência, vômitos, diarreia...)	Sem outra sintomatologia

Tabela 13 – Informações pertinentes acerca do Flurazepam.

Magnesona	
Grupo Terapêutico: Magnésio.	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário	Boa adesão à terapêutica
Vigiar Toma da Medicação	

Vigiar possíveis efeitos secundários (tonturas, ejaculação precoce, diarreia...)	Observam-se efeitos secundários (ejaculação precoce e ocasionalmente tonturas). Sem outra sintomatologia
--	---

Tabela 14 – Informações pertinentes acerca da Magnesona.

Trazadona	
Grupo Terapêutico: Psicofármacos. Antidepressores	
Intervenções de Enfermagem	Efeitos / Resultados
Administrar terapêutica sempre no mesmo horário Vigiar Toma da Medicação Vigiar padrão de eliminação Vigiar ideação suicida Vigiar possíveis efeitos secundários (ideação suicida, depressão, discrasias sanguíneas...)	Boa adesão à terapêutica Não se observam efeitos secundários Sem padrão depressivo Bom padrão eliminatório

Tabela 15 - Informações pertinentes acerca da Trazadona

REFLEXÃO CRÍTICA

Com o conhecimento que fui adquirindo ao longo do meu percurso académico e profissional, foi-me possível prestar cuidados de enfermagem de forma a que os utentes possam usufruir dos melhores cuidados possíveis. Com a Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica, obtive formação específica de modo a que as minhas ações sejam uma mais valia para os utentes.

Com a elaboração deste estudo de caso, foi-me possível passar mais uma etapa do percurso formativo e que é de enorme relevância tanto a nível profissional como pessoal, sendo de extrema importância fazer uma reflexão crítica acerca da nossa intervenção. Como tal, é fundamental refletirmos acerca das dificuldades e obstáculos sentidos, bem como expressar e refletir sobre as competências adquiridas e o enriquecimento pessoal obtido com a realização deste estudo de caso. Nenhum enfermeiro poderá ser perito na prestação de cuidados se não os prestar e não refletir criticamente sobre o que faz (Lopes, 2006).

Com a elaboração do mesmo, tive a oportunidade de aprofundar mais a patologia que estava em foco, assim como treinar e aperfeiçoar intervenções de modo a que seja uma mais valia para o utente alvo, assim como para o meu autoconhecimento.

Com o apoio da enfermeira tutora, foi selecionado um utente que estava em processo de desintoxicação na UDN, de policonsumos. O utente foi abordado de forma a ser pedida a sua colaboração e o seu consentimento para a participação neste estudo de caso, algo que foi prontamente aceite.

Após a escolha do utente, com a problemática de policonsumos excessivos, com todos os critérios já identificados anteriormente e tendo em conta a realidade do utente, foi estabelecido um programa diversificado utilizando diversas técnicas como a terapia de grupo, a técnica de relaxamento de Jacobson e a Terapia Comportamental.

Penso que foi um percurso benéfico, pois consegui, realizar uma entrevista clínica, onde me foi possível perceber quais as alterações que este apresentava, utilizando instrumentos de avaliação, de modo a poder estabelecer um programa terapêutico. Consegui transpor para a prática os conhecimentos teóricos que me foram lecionados.

A realização deste estudo de caso foi uma experiência muito enriquecedora e que me permitiu evoluir muito, pois consegui aplicar várias intervenções especializadas, diferentes,

desenvolvendo-as. Os obstáculos que foram surgindo ao longo deste percurso também contribuíram para o meu crescimento enquanto profissional pois tive que ser capaz de os ultrapassar, tentando sempre motivá-lo utilizando várias estratégias e adaptando as sessões ao seu estado. Também tive a percepção de que neste tipo de utentes a motivação muitas vezes não está presente e que é difícil motiva-los e incentiva-los a cumprir o tratamento a que estão a ser sujeitos. Outro factor que também influencia muito o rumo do tratamento é o meio ambiente circundante, e as influencias dos que lhe são próximos.

Com a elaboração deste estudo de caso saio mais enriquecida, quer no que aos consumos diz respeito, quer á patologia abordada pois tive a necessidade de pesquisar exaustivamente a problemática de forma a poder perceber melhor o utente em questão, assim como todo o planeamento e execução das atividades desenvolvidas.

Apesar do utente ter abandonado o tratamento antes do fim, fiquei satisfeita com a sua participação em todas as sessões, com o seu empenho e sinceridade.

Este estudo de caso permitiu-me ganhar muitos mais conhecimentos sobre este tipo de utentes e esta problemática.

CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo de caso, penso ter atingido os objetivos aos quais previamente me propus, apesar de não ter conseguido realizar a avaliação final, uma vez que realizei um estudo de caso, consegui implementar uma série de sessões de terapia comportamental, de grupo e de relaxamento ao doente em questão.

Foi benéfico e enriquecedor, pois consegui transpor para a prática, conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso académico de mestrado, tendo que os utilizar para ser capaz de motivar o doente para o estudo de caso, assim como ultrapassar os obstáculos com que me fui deparando. Foi possível perceber o problema do doente, identificar o diagnóstico e instituir um plano de cuidados de modo a que fosse possível planear as intervenções de enfermagem mais adequadas ao mesmo, assim como tirar o melhor proveito delas.

Com a implementação de sessões de terapia comportamental, de grupo e de relaxamento, além de ter ajudado o utente foi-me possível treinar e desenvolver competências de modo a aperfeiçoar e aprender com a pesquisa e intervenções instituídas, o que me proporcionou uma enorme aprendizagem e evolução.

Com a elaboração deste estudo de caso, foi possível iniciar uma aprendizagem em contexto de prática clínica, uma vez que me foram criadas todas as condições para poder da melhor forma instituir intervenções especializadas no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica de forma a que o meu conhecimento possa vir a desenvolver-se cada vez mais.

As maiores dificuldades com as quais me deparei foram: selecionar o utente para a realização do estudo de caso, pois não são pessoas muito receptivas e colaboradoras, e lidar com o seu grau de motivação.

Pretendo que este trabalho seja o despontar de futuros trabalhos, que contribuam, de forma expressiva, para uma melhoria significativa ao nível dos cuidados de saúde prestados, e para a minha evolução e crescimento enquanto pessoa e profissional.

O enfermeiro como elemento integrante da equipa multidisciplinar pode contribuir para a minimização dos problemas de comportamento e para a melhoria do funcionamento global da pessoa.

BIBLIOGRAFIA

BARBIER, J. – *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora, 1993. ISBN: 972-0-34106-8;

Dooley, L. M. *Case Study Research and Theory Building*. *Advances in Developing Human Resources*(4), pag.335-354, 2002

DSM-V / [American Psychiatric Association, (2014) traduç. Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. - Porto

Lopes, M. *A Relação Enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau – Formação e saúde, Lda, 2006

Martins, R. M.. *A depressão no idoso*. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (34), 119-123, 2016

Meirinhos, M., & Osório, A. O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EduSer-Revista de educação*, 2(2), 2016

PHANEUF, M. — *Planificação de Cuidados: Um Sistema Integrado e Personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

SEQUEIRA, C. *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel, 2016.

SEQUEIRA, C. *Introdução à prática Clínica: do diagnóstico à Intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* – Coimbra: Quarteto, 2006.

SOUZA, P et al. – *Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com demência: uma estratégia de cuidado na enfermagem gerontológica*. In: *Passo Fundo*. V.6, nº3, pp. 362-372, 2009.

ANEXOS

<p>Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica</p> <p>Módulo: Sessão de Grupo</p> <p>Data/Hora: 18.11.2017 / 15h</p> <p>Público-alvo: Utentes da UDN em regime de internamento para desintoxicação de substâncias.</p> <p>Dinamizador: Enf^a Rita Caetano</p>		<p>Ação: 1</p> <p>Sessão: 1</p> <p>Duração da sessão: 50min</p>		<p>Pré-requisitos: Utentes da UDN em regime de internamento para desintoxicação de substâncias.</p>				
<p>Objetivos Gerais: Aumentar o auto-conhecimento. Promover a reflexão crítica. Promover as relações interpessoais.</p>								
Objetivos Específicos das Sessões	Fases	Conteúdos	Mét. E Téc. Pedagógicas	Recursos	Atividades	Técnicas Psicoterapêuticas	Tempo	Avaliação
<p>Promover a socialização (relação terapêutica).</p> <p>Promover o auto-conhecimento e a auto-estima. Promover o insight.</p>	Introdução	Apresentação do dinamizador. Verificar pré-requisitos. Explicação da atividade. Objetivo e duração da sessão.	Expositivo.	Gabinete com boa luminosidade.	Explicar a importância das relações interpessoais e do auto-conhecimento.		5 min	Feedback. Observação.
	Desenvolvimento	Promover o insight. Promover a socialização. Gerir o ambiente. Obter consentimento.	Demonstrativo. Interrogativo.	Gabinete com boa luminosidade. Papéis e lápis.	Escolher o dia e hora. Auto definição utilizando 4 adjetivos escritos no papel. Após todos se terem descrito são selecionados papéis ao acaso, é lida a	Técnica de validação. Reforço positivo.	40 min	Feedback. Observação.
	Conclusão	Promover a expressão de sentimentos e opiniões. Despedida física. Avaliação da sessão.	Ativo.	Gabinete com boa luminosidade.	Escutar a opinião dos utentes.	Escuta ativa. Reforço positivo.	5 min	Feedback.
<p>Avaliação da sessão: Participantes: 17 utentes. Avaliar a capacidade de insight e de relacionamento interpessoal. Participaram adequadamente e de forma ativa, com boa interação social e com bom desenvolvimento da relação terapêutica. Após aplicação de ficha de validação da sessão conclui-se que a maioria dos utentes consideraram que a sessão ajudou muito a estabelecer boa relação com os outros, a identificar qualidades, a ter melhor conhecimento de si mesmo, a ter conhecimento da opinião dos outros acerca de si.</p>								

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica		Ação: 2		Pré-requisitos: Utentes da UDN em regime de internamento para desintoxicação de substâncias.				
Módulo: Sessão de Relaxamento de Jacobson		Sessão: 1						
Data/Hora: 18-11-2017/22h		Duração da sessão: 30 min						
Público-alvo: Utentes da UDN em regime de internamento para desintoxicação de substâncias.								
Dinamizador: Enfa Rita Caetano								
Objetivos Gerais: Estimulação da sensação de bem-estar e autocontrolo. Promover o relaxamento e induzir o sono.								
Objetivos Específicos das Sessões	Fases	Conteúdos	Mét. E Té. Pedagógicas	Recursos	Atividades	Técnicas Psicoterapêuticas	Tempo	Avaliação
Promover a sensação de relaxamento. Promover o controlo da ansiedade.	Introdução	Apresentação do dinamizador. Verificar pré-requisitos. Explicação da atividade. Objetivo da sessão.	Expositivo. Reforço positivo.	Sala de estar com boas condições de privacidade.	Explicar a importância da capacidade de relaxar. Escolher o dia e hora para a atividade.	Relação terapêutica.	5 min	Feedback. Observação.
	Desenvolvimento	Audição de música enquanto realiza os exercícios de relaxamento de Jacobson.	Demonstrativo. Expositivo.	Sala de estar com boas condições de privacidade.	Avallar a T.A.. Ouvir música e simultaneamente realizar os exercícios de relaxamento de Jacobson para os quais está a ser avaliada.	Relação terapêutica. Treino de relaxamento muscular progressivo.	20 min	Observação.
Conclusão		Promover a expressão de opinião e sentimentos. Promover o relaxamento através de exercícios de relaxamento de Jacobson.	Interrogativo. Reforço positivo.	Sala de estar ampla com boas condições de privacidade.	Escutar a opinião do utente. Permitir a expressão de sentimentos. Avaliação da T.A..	Relação terapêutica. Treino de relaxamento muscular progressivo.	5 min	Feedback.
Avaliação da sessão: Participantes: 2 utentes. Os utentes participaram de forma empenhada e adequada. Mostraram-se-se satisfeitos e relaxados no final da atividade. T.A. Inicial: 142/89 mmHg Fc:80 bpm e TA final:136/80 mmHg e Fc: 72 bpm. TA inicial: 138/85 mmHg e Fc: 91 bpm e TA final: 130/82 mmHg e Fc:84 bpm.								

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica		Ação: 2		Pré-requisitos: Utentes da UDN em regime de internamento para desintoxicação de substâncias.				
Módulo: Sessão de Relaxamento de Jacobson		Sessão: 2						
Data/Hora: 19-11-2017/22h		Duração da sessão: 30 min						
Público-alvo: Utentes da UDN em regime de internamento para desintoxicação de substâncias.								
Dinamizador: Enf ^a Rita Caetano								
Objetivos Gerais: Estimulação da sensação de bem-estar e autocontrolo. Promover as relações interpessoais e o relaxamento.								
Objetivos Específicos das Sessões	Fases	Conteúdos	Mét. E Téc. Pedagógicas	Recursos	Atividades	Técnicas Psicoterapêuticas	Tempo	Avaliação
Promover a sensação de relaxamento. Promover o controlo da ansiedade.	Introdução	Apresentação do dinamizador. Verificar pré-requisitos. Explicação da atividade. Objetivo da sessão.	Expositivo. Reforço positivo.	Sala de estar com boas condições de privacidade.	Explicar a importância da capacidade de relaxar. Escolher o dia e hora para a atividade.	Relação terapêutica.	5 min	Feedback. Observação.
	Desenvolvimento	Audição de música enquanto realiza os exercícios de relaxamento de Jacobson.	Demonstrativo. Expositivo.	Sala de estar com boas condições de privacidade.	Avaliar a T.A.. Ouvir música e simultaneamente realizar os exercícios de relaxamento de Jacobson para os quais está a ser avaliada.	Relação terapêutica. Treino de relaxamento muscular progressivo.	20 min	Observação.
Conclusão		Promover a expressão de opinião e sentimentos. Promover o relaxamento através de exercícios de relaxamento de Jacobson.	Interrogativo. Reforço positivo.	Sala de estar ampla com boas condições de privacidade.	Escutar a opinião do utente. Permitir a expressão de sentimentos. Avaliação da T.A..	Relação terapêutica. Treino de relaxamento muscular progressivo.	5 min	Feedback.
Avaliação da sessão: Participantes: 5 utentes. Os utentes participaram de forma empenhada e adequada. Mostraram-se satisfeitos e relaxados no final da atividade. Foram avaliadas T.A.'S no início e no final da sessão. Utente 1: TA inicial: 114/64 mmHg Fc: 84bpm e TA final: 119/64 mmHg Fc: 80 bpm. Utente 2: TA inicial: 125/73 mmHg Fc: 64 bpm e TA final: 129/85 mmHg Fc: 64 bpm. Utente 3: TA inicial: 123/76 mmHg Fc: 68 bpm e TA final: 121/80 mmHg Fc: 74 bpm. Utente 4: TA inicial: 136/107 mmHg Fc: 109 bpm e TA final: 115/90 mmHg Fc: 98 bpm. Utente 5: TA inicial: 151/93 mmHg Fc: 89 bpm e TA final: 145/84 mmHg Fc: 87 bpm.								

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica		Ação: 1		Pré-requisitos: Utente em regime de internamento na UDN para desabituação de substâncias.				
Módulo: Sessão de Terapia Comportamental		Sessão: 1						
Data/Hora: 19.11.2017 / 13h		Duração da sessão: 45 min						
Público-alvo: Utente em regime de internamento na UDN para desabituação de substâncias.								
Dinamizador: Enfª Rita Caetano								
Objetivos Gerais: Reflexão sobre o passado. Promoção do insight.								
Objetivos Específicos das Sessões	Fases	Conteúdos	Mét. E Téc. Pedagógicas	Recursos	Atividades	Técnicas Psicoterapêuticas	Tempo	Avaliação
Promover a relação terapêutica. Promover a motivação e consciencialização da pessoa para a mudança. Identificar as causas e estímulos associados aos comportamentos desestruturados.	Introdução	Apresentação do dinamizador. Verificar pré-requisitos. Explicação da atividade. Objetivo da sessão.	Expositivo. Reforço positivo.	Sala de estar ampla com boa luminosidade.	Explicar a importância da auto crítica e da reflexão sobre os nossos comportamentos. Escolher o dia e hora		10 min	Feedback. Observação.
		Realização de 2 exercícios. Referir as vantagens e desvantagens do consumo de drogas e refletir sobre elas. Enumerar as vantagens e desvantagens do tratamento e refletir sobre elas.	Expositivo. Demonstrativo. Interrogativo.	Sala de estar ampla com boa luminosidade.	Realizar os exercícios.	Terapia de validação. Reforço positivo. Relação terapêutica. Técnica de aprendizagem de comportamentos.	25 min	Feedback. Observação.
	Conclusão	Promover a expressão de opinião e sentimentos. Promover a relação terapêutica.	Expositivo. Interrogativo. Demonstrativo.	Sala de estar ampla com boa luminosidade.	Escutar a opinião do utente. Permitir a expressão de sentimentos.		10 min	Feedback.
Avaliação da sessão: Participantes: 1 utente. Os exercícios foram bem sucedidos tendo o utente respondido e participado de forma correta e adequada. O utente participou de forma ativa. Participou adequadamente, com um bom desenvolvimento da relação terapêutica.								

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica		Ação: 1		Pré-requisitos: Utente em regime de internamento na UDN para desabituação de substâncias.				
Módulo: Sessão de Terapia Comportamental		Sessão: 2						
Data/Hora: 21.11.2017 / 11h		Duração da sessão: 45 min						
Público-alvo: Utente em regime de internamento na UDN para desabituação de substâncias.		Dinamizador: Enfª Rita Caetano						
Objetivos Gerais: Reflexão sobre o passado. Promoção do insight.								
Objetivos Específicos das Sessões	Fases	Conteúdos	Mét. E Téc. Pedagógicas	Recursos	Atividades	Técnicas Psicoterapêuticas	Tempo	Avaliação
Promover a relação terapêutica. Identificar os mecanismos de aprendizagem dos comportamentos. Analisar as reações perante uma situação que leve ao aparecimento do comportamento a modificar na tentativa de controlar impulsos.	Introdução Desenvolvimento Conclusão	Apresentação do dinamizador. Verificar pré-requisitos. Explicação da atividade. Objetivo da sessão. Realização de 2 exercícios. Referir as vantagens e desvantagens do consumo de drogas e refletir sobre elas. Enumerar as vantagens e desvantagens do tratamento e refletir sobre elas. Promover a expressão de opinião e sentimentos. Promover a relação terapêutica.	Expositivo. Reforço positivo. Expositivo. Demonstrativo. Interrogativo.	Sala de estar ampla com boa luminosidade. Sala de estar ampla com boa luminosidade.	Explicar a importância da auto crítica e da reflexão sobre os nossos comportamentos. Escolher o dia e hora. Realizar os exercícios.	 Terapia de validação. Reforço positivo. Relação terapêutica. Técnica de aprendizagem de comportamentos.	10 min 25 min	Feedback. Observação. Feedback. Observação.
Avaliação da sessão: Participantes: 1 utente. Os exercícios foram bem sucedidos tendo o utente respondido e participado de forma correta e adequada. O utente participou de forma ativa refletindo e verbalizando sobre o que lhe foi exposto. Participou adequadamente, com um bom desenvolvimento da relação terapêutica. Verbalizou e mostrou-se sempre ansioso e preocupado com a família, especialmente as filhas, pelo facto de estar a omitir este tratamento, com receio da sua reação e de como lhes explicar a sua ausência.								

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica		Ação:1		Pré-requisitos: Utente em regime de internamento na UDN para desabituação de substâncias.				
Módulo: Sessão de Terapia Comportamental		Sessão: 3						
Data/Hora: 23.11.2017 / 9:30h		Duração da sessão: 60 min						
Público-alvo: Utente em regime de internamento na UDN para desabituação de substâncias.								
Dinamizador: Enfª Rita Caetano								
Objetivos Gerais: Reflexão sobre o passado. Prespetivas para o futuro. Promoção do insight.								
Objetivos Específicos das Sessões	Fases	Conteúdos	Mét. E Téc. Pedagógicas	Recursos	Atividades	Técnicas Psicoterapêuticas	Tempo	Avaliação
Promover a relação terapêutica. Planear estratégias para a modificação de comportamentos indesejáveis. Validar e discutir estratégias para modificação dos comportamentos indesejáveis. Assistir o doente a identificar os seus pontos positivos e reforçá-los.	Introdução	Apresentação do dinamizador. Verificar pré-requisitos. Explicação da atividade. Objetivo da sessão.	Expositivo. Reforço positivo.	Sala de estar ampla com boa luminosidade.	Explicar a importância da auto crítica e da reflexão sobre os nossos comportamentos. Escolher o dia e hora		10 min	Feedback. Observação.
	Desenvolvimento	Realização de 5 exercícios. Enumerar quais são os seus sinalizadores. Definir estratégias para lidar com os sinalizadores. Elaborar o perfil do dia tipo pós alta. Refletir e referir acerca das dificuldades.	Expositivo. Demonstrativo. Interrogativo.	Sala de estar ampla com boa luminosidade.	Realizar os exercícios.	Terapia de validação. Reforço positivo. Relação terapêutica. Técnica de aprendizagem de comportamentos.	40 min	Feedback. Observação.
	Conclusão	Promover a expressão de opinião e sentimentos. Promover a relação terapêutica.	Expositivo. Interrogativo. Demonstrativo.	Sala de estar ampla com boa luminosidade.	Escutar a opinião do utente. Permitir a expressão de sentimentos.			10 min
Avaliação da sessão: Participantes: 1 utente. Os exercícios foram bem sucedidos tendo o utente respondido e participado de forma correta e adequada. O utente participou de forma ativa refletindo e verbalizando sobre o que lhe foi exposto. Participou adequadamente, com um bom desenvolvimento da relação terapêutica. Apesar do seu bom desempenho na sessão foi sempre verbalizando que iria abandonar o tratamento ao 11º dia, não os 15 dias, pois não vê a necessidade de se manter cá durante o fim de semana. Demonstra-se bastante ansioso e preocupado com a família por estar a ocultar o facto de estar a fazer este tratamento.								

AS: 17/11/17

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? 2017
Em que mês estamos? Novembro
Em que dia do mês estamos? 17
Em que dia da semana estamos? sexta-feira
Em que estação do ano estamos? Outono

Nota: 5

Em que país estamos? Portugal
Em que distrito vive? Porto
Em que terra vive? Paços de
Em que casa estamos? —
Em que andar estamos? 3º andar

Nota: 4

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 ✓
Gato ✓
Bola ✓

Nota: 3

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: 5

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

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

Pêra ✓
Gato ✓
Bola ✓

Nota: 2

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio ✓
Lápis ✓

Nota: 2

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

Nota: 1

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 ✓

Dobra ao meio ✓

Coloca onde deve ✓

Nota: 3

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 ✓

Nota: 1

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

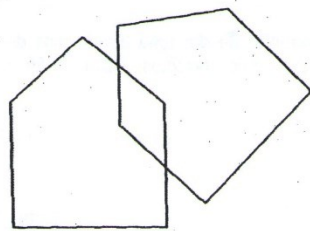
Frase:

*Que Deus me ajude a sair
deste problema*

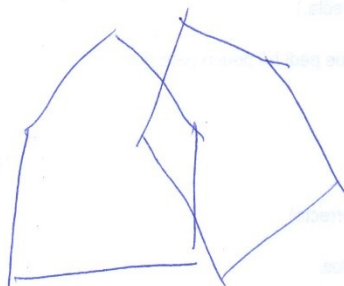
Nota: 1

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: 1

TOTAL(Máximo 30 pontos): 28

Considera-se com defeito cognitivo:

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

SOCRATES 8D

NOME: As DATA: 13/IV/17

SOCRATES 8D						
INSTRUÇÕES: Por favor leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se <i>acerca do seu uso de drogas</i> . Para cada afirmação faça um círculo num número de 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda com cada afirmação <i>neste momento</i> . Por favor coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.						
		Discordo Fortemente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Fortemente
1	Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de drogas	1	2	3	4	5
2	Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente das drogas	1	2	3	4	5
3	Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de drogas os meus problemas vão tornar-se piores	1	2	3	4	5
4	Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação a consumo de drogas	1	2	3	4	5
5	Às vezes pergunto-me se o facto de eu consumir magoa as outras pessoas	1	2	3	4	5
6	Eu tenho um problema com drogas	1	2	3	4	5
7	Não estou só a pensar em mudar em relação às drogas, já estou de facto a fazer algo por isso	1	2	3	4	5
8	Eu já mudei em relação ao consumo de drogas e procuro apreender maneiras que me ajudem a evitar recaídas	1	2	3	4	5
9	Eu tenho um problema sério com drogas	1	2	3	4	5
10	Às vezes pergunto-me a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de drogas	1	2	3	4	5
11	O meu consumo de substâncias esta a causar-me muito mal	1	2	3	4	5
12	Actualmente estou a fazer coisas para parar ou diminuir o meu consumo de drogas	1	2	3	4	5
13	Eu quero ajuda para evitar os mesmos problemas que antes tinha com o consumo de drogas	1	2	3	4	5
14	Eu sei que tenho um problema com drogas	1	2	3	4	5
15	Às vezes pergunto-me se o meu consumo de drogas é excessivo	1	2	3	4	5
16	Eu sou um toxicodpendente	1	2	3	4	5
17	Eu estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de drogas	1	2	3	4	5

SOCRATES (8D)



Nº Processo na UD:	4432	Data Nascimento:	18/11/1963	
Nº	4432	Data:	17/11/2017	Técnico: Enf Julio Alves En 1246
1	Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de drogas			5
2	Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente das drogas			2
3	Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de drogas os meus problemas vão tornar-se piores			5
4	Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação ao consumo de drogas			5
5	Às vezes pergunto-me se o facto de eu consumir magoa as outras pessoas			4
6	Eu tenho um problema com drogas			2
7	Não estou só a pensar em mudar em relação às drogas, já estou de facto a fazer algo por isso			5
8	Eu já mudei em relação ao consumo de drogas e procuro apreender maneiras que me ajudem a evitar recaídas			4
9	Eu tenho um problema serio com drogas			2
10	Às vezes pergunto a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de drogas			2
11	O meu consumo de substâncias está a causar muito mal			2
12	Actualmente estou fazendo coisas para parar ou diminuir o meu consumo de drogas			5
13	Eu quero ajuda para evitar ter os mesmos problemas que antes tinha com o consumo de drogas			4
14	Eu sei que tenho um problema com as drogas			2
15	Às vezes pergunto-me se o meu consumo de drogas é excessivo			2
16	Eu sou um toxicodependente			2
17	Estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de drogas			5

Obs Técnico:

[Redacted text]

Obs Utente:

[Redacted text]

Nº:	4432	Data:	17/11/2017	1246
Acção:	Reconhecimento:	Ambivalência:	RESULTADO: Manutenção	
Positivo	Negativo	Negativo		

Acção: Positivo

Interpretação:

Já está a fazer algo para mudar em relação ao consumo de drogas. Recentemente pode ter feito algumas mudanças com sucesso. A mudança está em acção. Pediu ajuda para manter a mudança ou prevenir recaídas

Reconhecimento: Negativo

Interpretação:

Não tem a intenção de mudar. Nega que os consumos lhe tragam consequências. Rejeita que lhe digam que tem um problema com drogas ou que seja toxicodependente.

Sumário: Manutenção

Interpretação:

O meu problema já não é com as drogas, mas continuo atento e a fazer coisas para não recair.

	Ajudou muito	Ajudou	Ajudou assim assim	Ajudou pouco	Não Ajudou
Estabelecer boa relação com os outros.	<input checked="" type="checkbox"/>				
Identificar as minhas qualidades.	<input checked="" type="checkbox"/>				
Conhecer melhor a mim mesmo.	<input checked="" type="checkbox"/>				
Ter conhecimento da opinião dos outros acerca de mim.	<input checked="" type="checkbox"/>				
Observações:	São desafios como estes que vos ensinam a diferenciar o mal do bem?				

SESSÃO 1

NOME: _____

AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

NOME: _____

DESCRIÇÃO DE UM DIA DE SEMANA TÍPICO

Descreva um dia típico da sua vida, tendo por base os últimos 3 meses

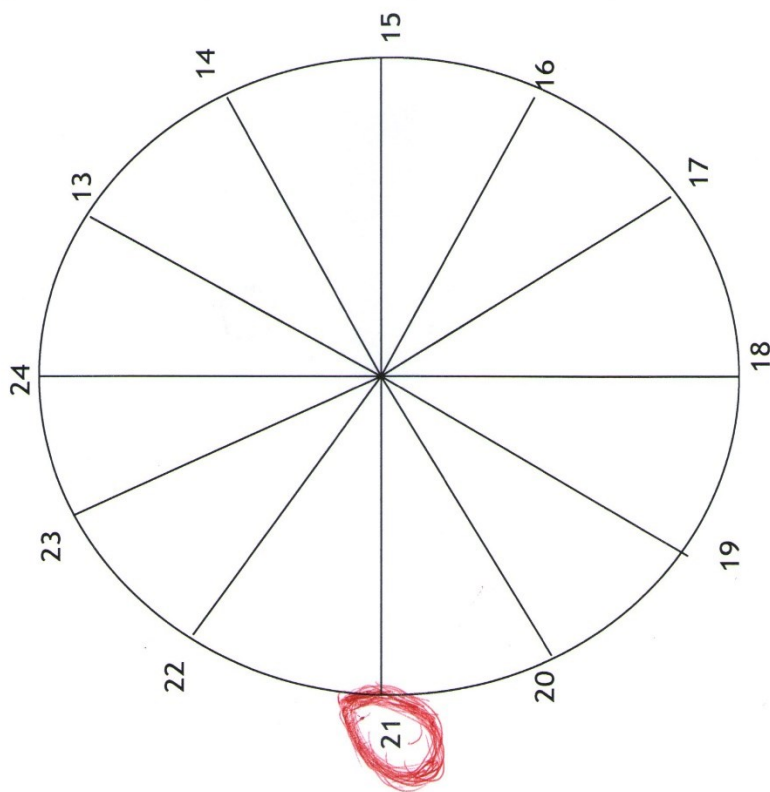
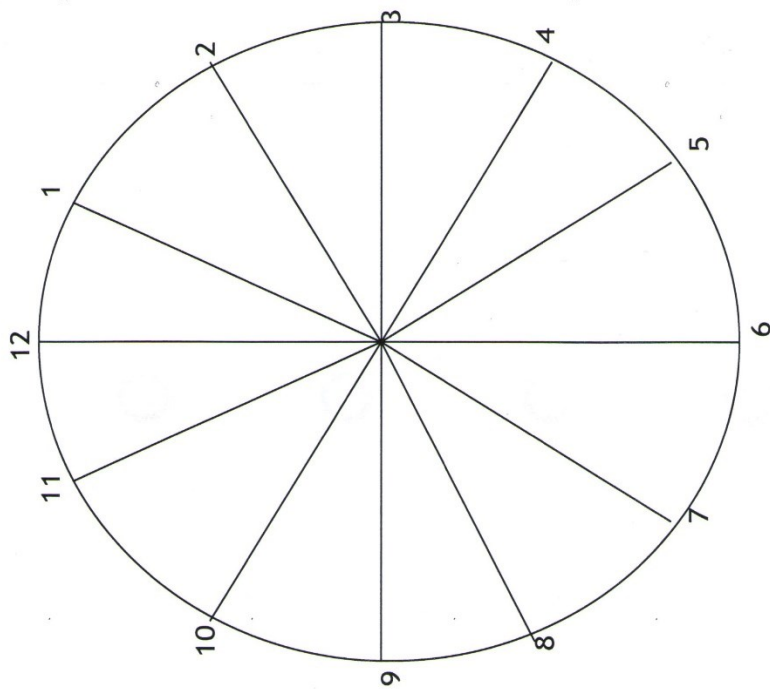
Manhã: Levantou-me sem trabalhar / Almoço / Durmo até 1 hora

Tarde: continuação trabalho 6H a

Noite: N 8:30 chegada a casa / jantar ou tempo em trabalho em entre a família / Desitar 10/11 horas

ASSINALE NOS RELÓGIOS OS SEUS HORÁRIOS DE RISCO

NOME: _____



SESSÃO 2

NOME: A.S.

VANTAGENS DO CONSUMO DE DROGAS	DESVANTAGENS DO CONSUMO DE DROGAS
Ajuda a superar uma fase difícil da vida?	Que a gente não precisa que isto não vai fazer em que não temos culpa do problema?
	não só isso como família?

SESSÃO 3

NOME: A.S.

SINALIZADORES

Sou solitário em compensação defraque que uoquib
em que não dá? Hoje tem bo xaxa uossa

NOME: Assi

ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM SINALIZADORES

Sinto bem com o trabalho e compensação e faz
como que eu liberto destas situações e para contar a chefia
fornecendo mais como que de situações, se souber mais de em
poder apoiar?

NOME: A.S.

PERFIL DO DIA TIPO PÓS ALTA

MANHÃ: Logo às 6h - farto do Citejo e casa sempre pela

TARDE: Continua o trabalho até as 18h faço viagens de casa
14/5

NOITE: Citejo e casa pelas 20h o resto do tempo passe
em família

NOME: A.S.

ÁREAS A SEREM MODIFICADAS. NO MEU ESTILO DE VIDA

1) Física vou me sentir melhor?

2) Psicológica/Emocional Sentir-me mais e capaz de enfrentar estes desafios

3) Comportamento/Atitudes Não quero voltar ao mesmo?

1) Rebeldia e suficiente

- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

A médio prazo (até 3 meses):

1) Espero que ve o meu pais o trabalho e o sucesso

- 2) trabalhar os meus filhos para a futura vida
- 3) trabalhar
- 4) _____
- 5) _____

A longo prazo (até 1 ano):

1) Não estar pior, duque a que estou

- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

7) Espiritualidade *fada a poutar*

NOME: *A.S.*

PLANO DE RECUPERAÇÃO

Qual é mesmo o seu projecto de vida?

Metas e Objectivos

A curto prazo (até uma semana):

4) Família Nada a oferecer

5) Relacionamento Social/Amizades há necessidade e tenho as minhas Amizades

6) Finanças Não tenho necessidade de oferecer

APÊNDICE IV – Panfleto Acerca do Reforço Negativo

Centro Hospitalar Conde de Ferreira:

REFORÇO NEGATIVO
ENFERMARIA SOBREAL CID

REFORÇO
NEGATIVO

ENFERMARIA
SOBREAL CID



Centro Hospitalar Conde de Ferreira Rua Costa Cabral,
1211 – 4200-227 Porto
T +351 225 07 12 00/ Fax: +351 225 07 12 95
www.scmp.pt

REALIZADO POR: ENF RITA CAETANO

Agressões físicas/fuga:

A doente fica 3 dias na enfermaria não frequentando as atividades. As visitas são na enfermaria.

Agressões verbais:

A doente fica 1 dia na enfermaria não frequentando as atividades. As visitas são na enfermaria.

Não é permitido fumar em jejum:

Se tal acontecer a doente fica 1 dia na enfermaria com metade dos cigarros habituais.

Fumar de noite:

A doente fica 1 dia na enfermaria não frequentando as atividades. As visitas são na enfermaria. Recebe metade dos cigarros.

Ficar com cigarros, bolsa ou isqueiro entre as refeições e durante a noite:

A doente fica 1 dia na enfermaria com metade dos cigarros habituais.

Roubar cigarros ou fumar baronias:

A doente fica 1 dia na enfermaria sem fumar.

Não informar a enfermeira de artigos do exterior (comida, bebida, chocolates, cigarros ou outros artigos):

A doente fica 1 dia na enfermaria. As visitas são na enfermaria.

Faltar às atividades:

A doente fica um dia na enfermaria. As visitas são na enfermaria.

COLABORE NO SEU TRATAMENTO, MELHORE A SUA SAÚDE!



OBRIGADA!!

APÊNDICE V – Trabalho sobre o Novo Tratamento do VHS

NOVO TRATAMENTO DO VHC

(Diretrizes 2016)

Trabalho realizado por:
Ana Rita Caetano Bernardes
Aluna do Mestrado com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

AMBITO DE APLICAÇÃO E OBJECTIVOS

O objetivo destas diretrizes é fornecer recomendações baseadas em evidências sobre a triagem, tratamento e cuidados dirigidos a pessoas com infecção crônica por vírus da hepatite c (VHC). Eles são principalmente destinados a fornecer um quadro para o desenvolvimento ou fortalecimento de programas de tratamento de hepatite C.

É uma atualização do documento de diretrizes publicado pela primeira vez pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em abril de 2014, que foram as primeiras diretrizes da OMS sobre o tratamento da hepatite.

O documento inclui novas recomendações para o tratamento da infecção pelo VHC, bem como recomendações que não se alteram em relação ao documento de 2014 sobre o diagnóstico de pessoas com infecção por VHC, tratamento clínico da infecção pelo VHC, incluindo aconselhamento de redução de álcool e avaliação da fibrose hepática.

As diretrizes de 2014 incluíram recomendações para o tratamento com interferão e ribavirina peguilados, boceprevir, simeprevir, sofosbuvir e telaprevir. Desde abril de 2014, vários novos medicamentos antivirais de ação direta (DAA) foram aprovados pelo menos por uma autoridade reguladora rigorosa.

Estes incluem asunaprevir, daclatasvir, ledipasvir e uma combinação de ombitasvir, paritaprevir e dasabuvir. Estes medicamentos, com exceção do asunaprevir, foram adicionados à Lista Modelo OMS de medicamentos essenciais em 2015. As orientações são agora atualizadas para incluir novas recomendações sobre o uso destes DAAS.

Os avanços no desenvolvimento de medicamentos estão a revolucionar o tratamento com VHC. Mais importante ainda, a disponibilidade de vários DAAS permite a sua utilização em combinação, o que elimina a necessidade de interferon.

É importante que as pessoas que administram programas de tratamento de hepatite e clínicos tenham orientação sobre o uso adequado desses medicamentos. Assim, além de recomendações sobre triagem e cuidados, o objetivo dessas diretrizes é fornecer recomendações sobre o uso dos novos medicamentos, especificamente para recomendar combinações "preferidas" de medicamentos a serem utilizados, dependendo do genótipo viral e outros fatores clínicos.

As orientações da OMS sobre o uso destes medicamentos ajudarão os decisores políticos a decidir se devem incluí-los em protocolos nacionais. Além disso, ao acelerar a introdução de DAAs nos países, complementarão outros mecanismos da OMS para promover o acesso a esses

medicamentos. Estes incluem a pré-qualificação de formulações genéricas de DAAS e a prestação de assistência técnica aos funcionários de saúde do país.

PÚBLICO-ALVO

Embora as recomendações destas diretrizes se apliquem a todos os países, o público-chave para essas diretrizes são os políticos dos ministérios de saúde que trabalham em países de baixa e média renda (LMIC), que formulam diretrizes de tratamento específicas do país e planeiam programas e serviços de tratamento de doenças infecciosas.

As recomendações destinam-se a ser utilizadas pelos funcionários públicos como base para o desenvolvimento de políticas, planos e diretrizes de tratamento da hepatite. Para os países com planos / programas nacionais existentes, essas diretrizes podem servir de base para atualizar as diretrizes nacionais de tratamento da hepatite, a fim de decidir quais os medicamentos que devem incluir nos formulários nacionais e quais os regimes a adotar.

Além disso, pessoas que trabalham em organizações não governamentais (ONGs) que organizam serviços de tratamento da hepatite C podem utilizar as diretrizes para informar os elementos necessários dos serviços de tratamento. As diretrizes também se destinam a ser úteis para os clínicos que tratam pacientes com VHC.

ÂMBITO DAS DIRETRIZES

Embora a maioria das recomendações trate de problemas do próprio tratamento, as recomendações relacionadas ao rastreio e cuidados são incluídas para reforçar a importância do contínuo de cuidados que é um elemento-chave da infecção pelo VHC. Cada um desses tópicos é complexo e inclui muitas dimensões que não podem ser avaliadas pelo Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes. Na seção de cuidados, o Grupo avaliou apenas uma intervenção (aconselhamento sobre redução de álcool) e, na área de tratamento, não há recomendações sobre a forma de atuar perante complicações do VHC, incluindo cirrose e carcinoma hepatocelular (HCC).

Triagem para identificar pessoas com infecção por VHC.

Recomendação existente a partir de 2014: recomenda-se que o teste de serologia do VHC seja oferecido a indivíduos que fazem parte de uma população com alta seroprevalência de HCV ou que tenham história de exposição / comportamento de risco de HCV. Forte recomendação, moderada qualidade das provas.

JUSTIFICAÇÃO DA RECOMENDAÇÃO

O resumo da evidência demonstrou que as intervenções baseadas em profissionais e baseadas nos meios de comunicação social são efetivas para aumentar a aceitação de testes, identificar pessoas infectadas com VHC e encaminhá-las para os cuidados. No entanto, as abordagens para alcançar esses resultados foram diferentes nos estudos que foram avaliados. Portanto, o Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes de 2014 não poderia recomendar uma intervenção específica para aumentar a aceitação de testes de VHC. Em vez disso, o Grupo recomendou uma abordagem mais geral de focalizar os esforços de teste em pessoas que pertencem a populações com alta prevalência conhecida de VHC ou que têm histórico de comportamentos que os colocam em risco de infecção por VHC.

Populações com alta prevalência de HCV ou que têm antecedentes de exposição / comportamento ao risco de VHC

- Pessoas que receberam intervenções médicas ou dentárias em ambientes de cuidados de saúde onde as práticas de controle de infecção são inadequadas
- Pessoas que receberam transfusões de sangue antes do tempo quando os testes sorológicos de doadores de sangue para o VHC foram iniciados ou em países onde os testes serológicos de doações de sangue para HCV não são rotineiramente realizados
- Pessoas que injetam drogas (PWID)
- Pessoas que tiveram tatuagens, piercing corporal ou procedimentos de escarificação realizados onde as práticas de controle de infecção são de qualidade inferior
- Crianças nascidas de mães infectadas com HCV
- Pessoas com infecção pelo HIV
- Pessoas que usam / usaram drogas inaladas
- Detidos e pessoas previamente detidas

Em alguns países onde as práticas inseguras de injeção e procedimentos médicos invasivos são comuns, grande parte da população geral seria considerada "de alta prevalência conhecida". A identificação de abordagens para implementar esta recomendação variará com base na composição dos grupos de alta prevalência num país, bem como da disponibilidade de recursos e serviços de testes clínicos e de divulgação.

EQUILÍBRIO DE BENEFÍCIOS E DANOS

O teste direcionado a pessoas pertencentes a grupos de risco e aqueles com alta prevalência de VHC provavelmente aumentará o número de pessoas infectadas pelo VHC que são identificadas, referidas a um especialista e proporcionam acesso ao tratamento, resultando numa maior probabilidade de sucesso do tratamento. Um benefício adicional é que conhecer o estado de infecção por VHC proporciona a oportunidade de reduzir a transmissão para outros, evitando comportamentos como a partilha de equipamentos de injeção que colocam outros em risco de infecção por VHC. Os resultados indesejáveis potenciais não foram avaliados nos estudos que foram revistos, mas o Grupo de desenvolvimento de diretrizes de 2014 reconheceu que pessoas com infecção por VHC podem enfrentar estigma, discriminação e perda potencial de emprego e benefícios para a saúde. Assim, é vital que o teste seja voluntário e que a confidencialidade seja mantida como parte das abordagens para melhorar o teste.

Os membros do Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes de 2014 também expressaram preocupação de que as pessoas com infecção pelo VHC identificadas através de esforços aprimorados de triagem no LMIC podem não ter acesso a cuidados e tratamento. Apesar destas preocupações, o Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes de 2014 sentiu que as pessoas têm o direito de conhecer seu status de VHC e um aumento no número de pessoas que estão cientes de seu diagnóstico pode levar a uma maior procura de tratamento.

O Grupo de Desenvolvimento de 2014 concluiu que os resultados desejáveis superaram os resultados indesejáveis. Atualmente, o WHO está a desenvolver diretrizes separadas de triagem e teste para hepatite B e C, que abordará muitas dessas questões em maior detalhe.

VALORES E PREFERÊNCIAS

Em populações onde a infecção por VHC é maior em grupos marginalizados o teste de VHC direcionado que está vinculado a serviços de prevenção e tratamento pode levar a reduções nas disparidades de saúde. Supondo que os esforços de triagem foram realizados tendo em consideração os elementos de falta de coerção, confidencialidade, sensibilidade cultural e vínculo com os serviços de saúde.

IMPLEMENTAÇÃO

A implementação desta recomendação exigirá uma avaliação da epidemiologia do VHC num país ou região específica que procure expandir os testes. Isso é difícil, pois muitos países não têm ou têm poucos dados sobre a prevalência de infecção por VHC. Duas abordagens são tomadas em países de alta renda para expandir o teste de VHC. O primeiro é especificar os grupos de risco para testes, enquanto uma segunda abordagem recomendada nos Estados Unidos é definir grupos demográficos usando critérios de idade. A identificação do grupo de risco é desafiadora porque muitos indivíduos não desejam reconhecer comportamentos que são estigmatizados, como o uso de drogas.

Em ambos os casos, a implementação bem sucedida exigiria o desenvolvimento de uma política nacional de testes de VHC com sugestões de implementação. São necessários recursos consideráveis para comprar kits de teste, treinar trabalhadores de saúde e pessoal de laboratório e implementar programas de garantia de qualidade. Outro desafio é garantir que os pacientes que são diagnosticados sejam encaminhados para cuidados adequados. Isso inclui avaliação para terapia, fornecimento de conselhos de estilo de vida para reduzir a progressão da doença hepática (por exemplo, reduzindo a ingestão de álcool), bem como as medidas tomadas para prevenir a transmissão.

Considerações em pessoas com co-infecção por HIV / VHC

Nos Estados Unidos e na Europa Ocidental, recomenda-se que todas as pessoas com infecção pelo HIV sejam rastreadas para VHC no momento da inscrição no tratamento do HIV e que aqueles que não estão infectados com VHC, mas praticam comportamentos de risco.

Quando confirmar um diagnóstico de infecção crônica por VHC

Recomendação existente a partir de 2014: sugere-se que o teste de ácido nucleico para a detecção de ARN de VHC seja realizado diretamente após um teste sorológico positivo de VHC para estabelecer o diagnóstico de infecção crônica por VHC, além de testes de ácido nucleico para ARN de VHC como parte da avaliação de iniciação de tratamento para infecção por VHC.

RASTREIO PARA CONSUMO DE ÁLCOOL E ACONSELHAMENTO PARA REDUZIR OS NÍVEIS MODERADOS E ELEVADOS DE CONSUMO DE ÁLCOOL

Recomendação existentes a partir de 2014: recomenda-se uma avaliação da ingestão de álcool para todas as pessoas com infecção por HCV, seguida da oferta de uma intervenção comportamental de redução de álcool para pessoas com consumo de álcool moderado a alto. Recomendação forte, qualidade moderada de evidência.

Nota: O questionário de triagem do WHO Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) pode ser usado para quantificar o nível de consumo de álcool como baixo, moderado ou alto, com base nas respostas a oito questões de triagem que avaliam a frequência de uso e presença de problemas associados ao álcool.

RECOMENDAÇÕES SOBRE CUIDADO DE PESSOAS INFECTADAS COM HCV

O consumo de álcool é consideravelmente maior noutros países, especialmente entre PWID e prisioneiros. O Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes de 2014 considerou que mesmo em países onde a ingestão de álcool é baixa entre a população em geral, os conselhos de redução de álcool podem ter um impacto.

ANTECEDENTES

Ao longo das últimas duas décadas, o sucesso do tratamento para a infecção pelo VHC, conforme medido pelo SVR, aumentou constantemente. Os tratamentos iniciais com interferão padrão resultaram em taxas de RVS de 30-60%, dependendo do genótipo.

A introdução de interferão peguilado aumentou as taxas de RVS para 40-70% e a introdução mais recente de DAAs aumentou a taxa de SVR para o genótipo 1 de 40% para mais de 90%. Apesar destes avanços, muito poucas pessoas no LMIC foram tratadas por infecção pelo HCV.

As razões para isso são muitas e incluem o alto custo do tratamento, a exigência de equipamentos de laboratório caros e testes para avaliar a elegibilidade e resposta ao tratamento e a falta de profissionais de saúde treinados na administração de tratamento para infecção por VHC. Regimes baseados em interferão peguilado e ribavirina também resultam em altas taxas de eventos adversos, que podem ser debilitantes e até mesmo ameaçadoras da vida.

Assim, o Grupo de Desenvolvimento de Diretivas de 2014 considerou importante avaliar a evidência relevante dos benefícios e danos de tratamento versus nenhum tratamento de infecção por VHC.

➤ **Justificação da recomendação0**

EQUILÍBRIO ENTRE BENEFÍCIOS E DANOS

A terapia baseada em interferão, seja com interferão padrão ou peguilado, aumenta a probabilidade de SVR. Embora os estudos avaliados não tenham sido capazes de mostrar uma sobrevivência ou benefício de qualidade de vida de alcançar SVR, outros estudos com períodos mais longos de acompanhamento mostraram essa ligação.

Há evidências, principalmente de estudos observacionais, da eficácia do tratamento para a infecção por VHC entre PWID, incluindo aqueles que continuam a injetar drogas durante o tratamento. O tratamento para a infecção pelo VHC também é eficaz entre as pessoas coinfetadas com o HIV.

O risco de eventos adversos a partir de terapia baseada em interferão para infecção por VHC é alto, com muitas pessoas a interromperem a terapia devido a reações adversas. Os riscos mais significativos são: depressão, aumento do risco de infecção grave e anemia. Além disso, uma síndrome gripal ocorre frequentemente entre pessoas que recebem terapia com interferão.

Os danos adicionais que foram considerados foram os encargos financeiros impostos aos pacientes que são obrigados a pagar um tratamento que é caro e longo. Apesar disso, em vista à substancial morbidade e mortalidade por infecção por VHC não tratada, o Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes de 2014 concluiu que os benefícios do tratamento compensam claramente os danos potenciais. O Grupo considerou que os riscos de danos seriam reduzidos com a introdução das novas DAAS, que têm períodos mais curtos de terapia e perfis de segurança mais favoráveis.

VALORES E PREFERÊNCIAS

Muitas pessoas que são elegíveis para o tratamento do VHC são relutantes em serem tratadas devido ao medo de eventos adversos devido aos medicamentos, particularmente o interferão peguilado. Esta relutância provavelmente diminuirá com a introdução de medicamentos mais seguros e fáceis de administrar.

CONSIDERAÇÕES DE RECURSOS

O custo do tratamento para a infecção pelo HCV é alto. Um regime de tratamento de interferão peguilado mais ribavirina custa entre US \$ 2000 e US \$ 28 000 por pessoa. Esta ampla gama de preços reflete o sucesso em alguns países de negociação com os fabricantes para redução de preços. O tratamento para VHC requer uma infra-estrutura clínica e laboratorial para acompanhamento e monitorização da terapia; portanto, a viabilidade de fornecer tratamento é desafiante.

Vários países expandiram com sucesso o tratamento para VHC. O Egito fornece o exemplo mais impressionante em que mais de 300 000 pessoas que vivem com VHC que foram tratadas em março de 2016. O tratamento também é entregue em vários outros LMIC, como Brasil, China, Índia e Paquistão. Uma análise económica baseada em dados do Egito indicou que o tratamento de pacientes com doença mais avançada (METAVIR F4) foi considerado mais económico do que o tratamento de pacientes com fibrose menos avançada.

As avaliações económicas indicam que o tratamento com VHC para PWID é económico e pode ser mais vantajoso. Estas projeções mostram que o aumento do tratamento para HCV pode ser crítico para reduzir a prevalência de infecção por VHC entre PWID.

TRATAMENTO COM AGENTES ANTIVIRAIS DE AÇÃO DIRETA

A nova recomendação preconiza a utilização de regimes DAA para o tratamento de pessoas com infecção por hepatite C em vez de regimes com interferão / ribavirina peguilados. Considerações de subgrupos: para pacientes com infecção pelo genótipo 3 de VHC com cirrose e pacientes com infecção de genótipos 5 e 6 com e sem cirrose, um regime baseado em interferão - sofosbuvir / interferão / ribavirina peguilado - ainda é recomendado como opção alternativa de tratamento.

ANTECEDENTES

Desde a emissão das primeiras orientações da OMS para o tratamento de pessoas com infecção pelo VHC em abril de 2014, vários medicamentos novos receberam aprovação regulamentar, e evidências de estudos clínicos e coortes observacionais demonstram a segurança e eficácia de esquemas com esses novos medicamentos.

Estes regimes de tratamento (alguns dos quais incluem o interferão peguilado e / ou ribavirina) tem uma duração de tratamento curto (geralmente 12 semanas), são fáceis de administrar (tão poucos como um comprimido / dia), são muito eficazes com taxas de resposta virológica sustentada e bem tolerada com poucos eventos adversos. Eles têm o potencial de ser a base para uma grande expansão no número de pessoas tratadas.

O Grupo de Desenvolvimento das Diretrizes sentiu que era importante para avaliar se havia provas suficientes para recomendar os novos medicamentos DAA em detrimento de tratamentos à base de interferon peguilado.

JUSTIFICAÇÃO PARA A RECOMENDAÇÃO DE BENEFÍCIOS E DANOS

O Grupo de Desenvolvimento das Diretrizes concluiu que não havia evidências de qualidade moderada de que os regimes DAA são superiores aos regimes que incluem interferão peguilado. Além da força da evidência, esta recomendação foi considerada “forte”, porque os benefícios potenciais do SVR com taxas mais elevadas e taxas mais baixas de SAEs e descontinuação do tratamento superam os danos potenciais. A partir de uma perspectiva de valores e preferências, os regimes de DAA são susceptíveis de serem preferidos pelos pacientes por estas razões, e por causa da sua facilidade de administração e menor duração do tratamento.

Além disso, com o declínio dos preços dos medicamentos, terapia DAA é menos caro do que a terapia baseada no interferão em muitos países. Finalmente, a administração de terapia DAA é mais fácil do que a terapia com interferão, o que favorece a sua implementação.

O Grupo de Desenvolvimento Orientações reconhece que há ainda um papel limitado para interferon peguilado e ribavirina em determinados cenários específicos, onde atualmente os dados sejam limitados no apoio de terapias só com DAA. Especificamente, estas são aplicáveis a pessoas infectadas com o genótipo 3 com cirrose hepática compensada, onde, com base em resultados de estudos clínicos, sofosbuvir / peguilado interferão / ribavirina conferir a maior oportunidade de RVS. Da mesma forma, a ausência de dados sobre a utilização de DAAS entre os doentes com genótipos 5 e 6 infecção, sofosbuvir / interferão peguilado / ribavirina é recomendado como um esquema alternativo para estes genótipos.

VALORES E PREFERÊNCIAS

Como mencionado anteriormente, para os pacientes, as probabilidades de uma cura e ausência de eventos adversos são as considerações mais importantes relacionadas com os regimes de tratamento, embora os pacientes também valorizem fatores como o facto de não requererem injeções e duração mais curta de tratamento. Assim, a terapia DAA é susceptível de ser aceitável para os doentes, uma vez que conduz a taxas de cura mais elevadas, é de menor duração, mais fácil de administrar, e conduz a um menor número de eventos adversos.

CONSIDERAÇÕES SOBRE RECURSOS

Os recursos necessários para administrar terapia de VHC pode ser dividido em custos do sistema de saúde (por exemplo, de laboratório e de pessoal) e o preço dos medicamentos. Tratamento de pacientes com DAAS exige menos custos do sistema de saúde, em comparação com o tratamento à base de interferão porque as durações de tratamento são mais curtas, e os exames laboratoriais necessários e eventos adversos são menores.

Quanto aos preços dos medicamentos, estes são variáveis e dinâmicos. Os preços de DAAS são extremamente elevados em alguns países. Apesar disso, estudos de custo-efetividade realizados em alguns países indicam que a relação custo-eficácia da terapia DAA é geralmente abaixo do limiar de disposição para o pagamento desses países.

Poucos estudos de custo-eficácia foram realizados em LMIC. Os pacientes de países mais pobres podem beneficiar de formulações genéricas de baixo custo, onde os acordos de licenciamento foram assinados com as empresas que fabricam medicamentos genéricos. Outros países negociam preços diferenciados diretamente com os fabricantes. Devido a estes regimes de preços, o preço de terapia DAA é na realidade mais baixo do que a terapia com interferão em países como a Mongólia e Ucrânia.

Embora o preço de terapia DAA seja superior no Brasil, quando visto pela perspectiva de preço por SVR, a diferença entre o interferão-base e a base de terapia DAA é pequena.

Mesmo com preços favoráveis de medicamentos, o impacto no orçamento para tratar todos os pacientes já diagnosticados com infecção crônica de VHC será considerável.

IMPLEMENTAÇÃO

A experiência de usar DAAS nos Estados Unidos, Europa Ocidental e Egito demonstra a viabilidade de alargar o acesso ao tratamento do VHC com o uso de DAAS. Noutros exemplos relacionados, nomeadamente HIV, o acesso em larga escala a terapias tem-ses demonstrado viável. Devido aos requisitos de menor monitorização intensiva, os custos indirectos do tratamento relacionados com a monitorização laboratorial será menor quando comparado com aqueles com interferão peguilado e ribavirina.

Como terapia a DAA é mais fácil de administrar e requer menor monitorização do paciente, e ao nível dos quadros de saúde os níveis mais baixos (por exemplo, os médicos de cuidados primários ou enfermeiros) poderiam administrar isto. Isso levaria à disponibilidade de tratamento em mais configurações, incluindo aquelas para as populações, como PWid e migrantes, que estão em alto risco de infecção, mas que têm dificuldade de acesso aos serviços de tratamento.

- Remoção de recomendação para o tratamento com telaprevir ou boceprevir.

Nova recomendação: O uso de boceprevir- ou regimes contendo telaprevir não é recomendada para o tratamento de pessoas com infecções da hepatite C.

Telaprevir e boceprevir são inibidores da protease de primeira geração, que, quando administrados com interferão peguilado / ribavirina para pessoas infectadas com VHC genótipo 1, resultam em taxas de resposta virológica sustentada mais elevadas em comparação com o interferão peguilado e ribavirina sozinha. Como resultado, eles foram incluídos nas orientações VHC, 2014 para a apreciação de tratamento para o genótipo de uma infecção por VHC. No entanto, estes regimes revelam altas taxas de SAEs, incluindo eventos adversos relacionados com o interferão e a ribavirina, bem como os relacionados com telaprevir e boceprevir, em comparação com os DAAS mais recentes. A eficácia do tratamento de telaprevir ou regimes que contenham boceprevir é inferior e os efeitos adversos são mais frequentes. Em particular, os pacientes com doença avançada, tais como aqueles com uma contagem de plaquetas <100 000 / mm³ e albumina de <35 g / L na linha de base (prevista para ser uma percentagem significativa

de doentes tratados nas fases iniciais em muitos países) são mais propensos a morrer ou a ter uma infecção grave ou descompensação.

Embora esses medicamentos ainda possam ser comercializados em certos países, os fabricantes decidiram retirá-los da maioria dos países. Além disso, esses medicamentos já não são recomendados pelas diretrizes de 2015 por EASL ou AASLD (194, 195).

JUSTIFICAÇÃO PARA A RECOMENDAÇÃO DE BENEFÍCIOS E DANOS

O equilíbrio de benefícios e danos fornecidos pelos tratamentos com regimes mais recentes de DAA em relação ao tratamento com boceprevir ou telaprevir por causa das taxas mais elevadas de RVS, e menores taxas de eventos adversos e a interrupção do tratamento. As durações do regime com boceprevir e telaprevir são também mais longas e exigem a co-administração de interferão; portanto, são susceptíveis de serem preferidas pelos pacientes.

Utilizando DAAS mais recentes que não necessitam de interferão em vez de continuar a utilizar telaprevir e boceprevir deve ser associado a benefícios significativos e sem danos.

VALORES E PREFERÊNCIAS

O boceprevir e regimes baseados em telaprevir estão associados a taxas mais elevadas de eventos adversos e eficácia mais baixa do que as terapias mais recentes de DAA.

Os regimes são mais longos na duração do tratamento, requerem injeções semanais, e a monitorização laboratorial de maior intensidade. Eles são, portanto, susceptíveis de ser aceites pelos pacientes na presença de melhores opções.

CONSIDERAÇÕES SOBRE RECURSOS

DAAS requerem uma menor duração da terapia, têm menos requisitos de monitorização e é menos provável que incorrer em custos de gestão dos efeitos colaterais quando em comparação com tratamento com boceprevir ou regimes baseados em telaprevir.

Por causa da duração do tratamento ser mais curto e em alguns países o preço dos DAAS mais recentes tem sido reduzido, 8-12 semanas de tratamento com DAAS mais recentes deverá ser menos dispendioso do que o tratamento com boceprevir ou regimes baseados em telaprevir.

A longo prazo, o tratamento com DAAS mais recentes está prevista com preços apropriadamente negociados, e gasto de menos recursos do que o tratamento com boceprevir-ou regimes baseados em telaprevir.

Implementação

Evitando o uso de interferão peguilado / ribavirina e não ter de gerir PEA frequentemente relacionadas com o interferão, e boceprevir e telaprevir vai facilitar a aplicação de tratamento de VHC. Para garantir que esses medicamentos que já não são prescritos, as agências nacionais de medicamentos devem considerar a remoção de telaprevir e boceprevir de formulários nacionais e diretrizes de tratamento / protocolos.

REGIMES PREFERIDOS E ALTERNATIVOS PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM A INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE C CRÓNICA

Nova recomendação para pessoas com genótipo 1 infecção com e sem cirrose, o tratamento com ledipasvir / sofosbuvir com / sem ribavirina ou Daclatasvir / sofosbuvir com / sem ribavirina é recomendado. Alternativa a regimes de tratamento recomendado para pessoas com genótipo 1 com infecção com e sem cirrose é simeprevir / sofosbuvir com / sem ribavirina ou ombitasvir / paritaprevir / ritonavir / dasabuvir com / sem ribavirina.

Nova recomendação para pessoas com infecção pelo VHC genótipo 2 sem e com cirrose, o tratamento com sofosbuvir / ribavirina é recomendado. O regime terapêutico alternativo recomendado é Daclatasvir / sofosbuvir.

Nova recomendação para pessoas com infecção pelo VHC genótipo 3 sem cirrose, o tratamento com Daclatasvir / sofosbuvir ou sofosbuvir / ribavirina é recomendado. Para pessoas com infecção por VHC genótipo 3 com cirrose, o tratamento com Daclatasvir / sofosbuvir / ribavirina é recomendado. O esquema alternativo sugerido para pessoas com infecção pelo VHC genótipo 3 com cirrose é sofosbuvir com interferão peguilado / ribavirina.

Nova recomendação para pessoas com infecção pelo VHC genótipo 4 com e sem cirrose, o tratamento com ledipasvir / sofosbuvir com / sem ribavirina ou Daclatasvir / sofosbuvir com / sem ribavirina é recomendado. Alternativa a regimes de tratamento recomendados para a infecção com genótipo 4 com e sem cirrose é simeprevir / sofosbuvir com / sem ribavirina ou ombitasvir / paritaprevir / ritonavir com ribavirina.

Regimes com Daclatasvir, ledipasvir e sofosbuvir podem ser prescritos para pacientes sem cirrose, bem como aqueles com cirrose compensada e descompensada. Esquemas com paritaprevir, simeprevir e interferão peguilado pode ser prescrito a pessoas sem cirrose ou com cirrose compensada, mas não para pessoas com cirrose descompensada, porque podem causar insuficiência hepática e morte nessas pessoas.

Portanto, quando receitado para pessoas com cirrose, eles devem ser utilizados apenas em configurações onde atendimento especializado está disponível e onde o grau de cirrose (compensados contra descompensados) possa ser avaliado com precisão.

➤ Alternativa preferencial

Força de recomendação

Pessoas sem cirrose:

	Daclatasvir/ sofosbuvir	Ledipasvir/ Sofosbuvir	Sofosbuvir/ ribavirin
Genótipo 1	12 semanas	12 semanas	
Genótipo 2			12 semanas
Genótipo 3	12 semanas		24 semanas
Genótipo 4	12 semanas	12 semanas	
Genótipo 5		12 semanas	
Genótipo 6		12 semanas	

Pessoas com cirrose:

	Daclatasvir/ sofosbuvir	Daclatasvir/ sofosbuvir/ Ribavirina	Ledipasvir/ sofosbuvir	Ledipasvir/ sofosbuvir / ribavirina	Sofosbuvir/ ribavirina
Genótipo 1	24 semanas	12 semanas	24 semanas	12 semanas	
Genótipo 2					16 semanas
Genótipo 3		24 semanas			
Genótipo 4	24 semanas	12 semanas	24 semanas	12 semanas	
Genótipo 5			24 semanas	12 semanas	
Genótipo 6			24 semanas	12 semanas	

Tratamento alternativo:

Pessoas sem cirrose:

	Simeprevir/ sofosbuvir	Daclatasvir/ sofosbuvir/ Ribavirina	Ombitasvir/ paritaprevir/ ritonavir/ dasabuvir	Ombitasvir/ paritaprevir/ ritonavir/ ribavirina	Sofosbuvir/ interferão peguilado/ ribavirina
Genótipo 1	12 semanas		12 semanas		
Genótipo 2		12 semanas			
Genótipo 3					
Genótipo 4	12 semanas			12 semanas	
Genótipo 5					12 semanas
Genótipo 6					12 semanas

Pessoas com cirrose:

	Daclatasvir/ sofosbuvir	Simeprevir/ sofosbuvir	Simeprevir/ sofosbuvir/ ribavirina	Ombitasvir/ paritaprevir/ ritonavir/ dasabuvir	Ombitasvir/ paritaprevir/ ritonavir/ ribavirina	Sofosbuvir/ interferão peguilado/ ribavirina
Genótipo 1		24 semanas	12 semanas	24 semanas		
Genótipo 2	12 semanas					
Genótipo 3						12 semanas
Genótipo 4		24 semanas	12 semanas		24 semanas	
Genótipo 5						12 semanas
Genótipo 6						12 semanas

Desde as primeiras diretrizes de tratamento da OMS da hepatite C foram emitidos em 2014, vários novos regimes de DAA ganharam aprovação regulamentar. Estes esquemas têm sido estudados em diferentes combinações e entre os diferentes grupos de pacientes (isto é, por genótipo, experiência de tratamento, a presença / ausência de cirrose e a co-infecção). Como resultado, os diferentes regimes de tratamento estão indicados para os diferentes grupos de

pacientes. Esta profusão de regimes resulta em confusão entre os profissionais de saúde sobre qual o tratamento que deve ser prescrito para cada paciente. Com o movimento para a terapia à base de DAA, o Grupo de Desenvolvimento de orientações sentiu que é importante que a orientação seja fornecida acerca de como os regimes foram preferidos para os vários genótipos e grupos de pacientes.

Os genótipos evidência 1 e 4

Numerosos estudos avaliaram a eficácia de regimes de DAA entre pacientes em grupo de estudo com genótipos 1 e 4 com infecção. Destes, Daclatasvir / sofosbuvir, ombitasvir / paritaprevir / ritonavir ± dasabuvir, ledipasvir / sofosbuvir, e simeprevir / sofosbuvir todos resultaram em taxas de resposta virológica sustentada de > 96% em doentes sem tratamento prévio com genótipo 1. Uma taxa de RVS de 46,9% foi obtido para o interferão peguilado / ribavirina, 77,3% para sofosbuvir / ribavirina, 80,5% para simeprevir / interferão peguilado / ribavirina, e 83,1% para asunaprevir / Daclatasvir.

Os resultados foram similares entre os pacientes sujeitos a tratamento prévio.

* As durações de tratamento estão adaptadas às orientações da AASLD e EASL de 2015. Se um doente infectado genótipo-1a é positivo para a variante Q80K, um regime simeprevir / sofosbuvir não deve ser escolhido. Para pacientes infectados com o genótipo 1a, tratar com ombitasvir / paritaprevir / ritonavir / dasabuvir e ribavirina durante 24 semanas; para pacientes infectados com o genótipo 1b, tratar com ombitasvir / paritaprevir / ritonavir / dasabuvir e ribavirina durante 12 semanas.

PESSOAS COM CIRROSE

Estes regimes devem ser prescritos apenas para pessoas com cirrose compensada, porque eles podem causar insuficiência hepática e morte quando prescrito às pessoas com cirrose descompensada. Portanto, eles devem ser usados somente em ambientes onde a assistência especializada esteja disponível e onde o grau de cirrose (compensado vs descompensada) pode exatamente ser avaliado.

Daclatasvir / sofosbuvir

Simeprevir / sofosbuvir

Simeprevir / sofosbuvir / ribavirina

Ombitasvir / paritaprevir / ritonavir / dasabuvir

Ombitasvir / paritaprevir / ritonavir / ribavirina

Sofosbuvir / interferon peguilado / ribavirina

Genótipo 1

24 semanas 12 weeksa 24 weeksb Genótipo 2 Genótipo 12 semanas 12 semanas
3 genótipo 4 24 semanas 12 semanas 24 weeksa genótipo 5 12 semanas 6 Genótipo 12
semanas

O Grupo de Desenvolvimento das diretrizes recomenda regimes preferenciais específicos entre aqueles que apresentam um comportamento semelhante, com base na sua segurança e eficácia, aceitação dos pacientes, complexidade dos regimes, a necessidade de genotipar e DDIs prováveis importantes. Com base nestes critérios, Daclatasvir / sofosbuvir e ledipasvir / sofosbuvir são considerados regimes preferenciais.

Para as pessoas sem cirrose, simeprevir / sofosbuvir e ombitasvir / paritaprevir / ritonavir ± dasabuvir foram tidas como escolhas alternativas, devido à necessidade de testes Q80K antes da terapia com simeprevir e, para ombitasvir / paritaprevir / ritonavir, a necessidade de dosagem de duas vezes ao dia e frequência de DDIs. Além disso, ombitasvir / paritaprevir / ritonavir ± dasabuvir poderiam levar a resistência do HIV ARV se prescrito para pessoas com infecção não diagnosticada HIV que iriam inadvertidamente ser prescritos com um único fármaco de tratamento do HIV (isto é, o ritonavir).

Os inibidores de protease e simeprevir paritaprevir bem como o interferão peguilado representam uma preocupação adicional. Quando prescritos para pacientes com cirrose descompensada, eles podem precipitar insuficiência hepática e morte. Por esta razão, de acordo com a FDA e EMA, estes medicamentos podem ser usados em pessoas com cirrose compensada (Child-Pugh Classe A), mas são contraindicados para indivíduos com cirrose descompensada (Child-Pugh Classe B e C). Portanto, eles devem ser usados somente em ambientes onde a assistência especializada esteja disponível e onde o grau de cirrose (compensado vs descompensada) possa ser avaliada com precisão.

Genótipo 2

Na avaliação sistemática, 17 braços do estudo avaliaram os resultados do tratamento entre a tratamento prévio e experimental em pacientes com infecção genótipo 2. Regimes DAA que foram avaliados incluíram sofosbuvir / ribavirina, e Daclatasvir / sofosbuvir ± ribavirina. Devido à escassez de dados, um modelo de meta-análise de rede não foi possível; assim, as comparações são baseadas nas taxas de resposta virológica sustentada reunidas de forma directa.

A taxa de RVS reunida para doentes sem tratamento prévio tratados com sofosbuvir / ribavirina foi de 94,5% (95% IC 91,9%, 96,6%) e com o interferão peguilado / ribavirina foi de 78,3% (95% IC 68,6%, 86,7%). A taxa de RVS reunida para pacientes sujeitos a tratamento prévio tratados com sofosbuvir / ribavirina durante 12 semanas foi de 91,0% (95% IC 85,7%, 95,1%) e 24 semanas foi de 88,0% (95% IC 74,7%, 96,8%). Um total de 21 pacientes estavam nos três braços de estudo com Daclatasvir/ sofosbuvir (19 sem tratamento prévio e 2 sujeitos a tratamento prévio), todos os quais alcançaram SVR.

Um estudo adicional com dados sobre Daclatasvir / sofosbuvir / ribavirina em cinco pacientes que foram sujeitos a tratamento experimental. Nestes, 80% (IC 95% 28,4%, 99,5%) foi conseguida RVS. A taxa de interrupção devido a acontecimentos adversos foi ≤0.05%, a taxa de PEA foi ≤0.03%, e a taxa de mortalidade foi de zero entre vários grupos experimentais em pacientes com infecção genótipo 2. A taxa de interrupção devido a acontecimentos adversos foi ≤0.05%, a taxa de PEA foi ≤0.03%, e a

taxa de mortalidade foi de zero em ambos os grupos experimentais de pacientes com infecção genótipo 2. A taxa de interrupção devido a acontecimentos adversos foi $\leq 0.05\%$, a taxa de PEA foi $\leq 0.03\%$, e a taxa de mortalidade foi de zero em pacientes com infecção genótipo 2.

Genótipo 3

Vinte e um braços do estudo avaliaram diferentes regimes de DAA entre os pacientes com infecção genótipo 3. Apesar das diferentes durações de tratamento, entre doentes sem tratamento prévio, as taxas de resposta virológica sustentada reunidas foram comparáveis: para os doentes tratados com sofosbuvir / ribavirina 92,2% (95% IC 88,1%, 95,5%), sofosbuvir / interferão peguilado / ribavirina 93,3% (95% IC 83,4%, 99,0%), ou Daclatasvir / sofosbuvir 12 semanas 90,1% (95% IC 83,0%, 95,0%) e Daclatasvir / sofosbuvir 24 semanas 100,0% (95% IC 90,7%, 99,8 %). A taxa de RVS reunida para Daclatasvir / sofosbuvir / ribavirina entre os pacientes sujeitos a tratamento prévio foi de 91,5% (95% IC 85,6%, 97,4%) para a duração do tratamento de 12 semanas e 16 semanas.

Em pessoas com cirrose, até à data, os dados de estudos clínicos demonstram suporte limitado para regimes só com DAA. Daclatasvir / sofosbuvir durante 12 semanas sem resultados de ribavirina numa taxa de RVS de 62,2% (95% IC 46,6%, 77,8%), sofosbuvir / ribavirina durante 24 semanas tem uma taxa de RVS de 77,7% (95% IC 69,9%, 85,5%) em pessoas com cirrose (198, 199).

As taxas de descontinuação foram as mais elevadas (10,4%) entre os pacientes tratados com interferão peguilado / ribavirina durante 24 semanas, seguido de 5,0% entre as pessoas com experiência de tratamento tratados durante 24 semanas com sofosbuvir / ribavirina. A taxa de interrupção de regimes DAA foi $\leq 0.03\%$. A taxa de PEA foi $\leq 0.04\%$, mas foi mais elevada em pacientes sujeitos a tratamento prévio, 0,01- 9,4%. A mortalidade foi zero em todos os braços do estudo.

Genótipos 5 e 6

Quatro estudos que abrangeram 77 pacientes avaliaram a eficácia do tratamento entre os pacientes infectados com HCV genótipos 5 e 6. O primeiro estudo avaliou sofosbuvir / interferão peguilado / ribavirina em pacientes com genótipo 5 e 6 e todos SVR alcançada.

O segundo braço de estudo avaliou sofosbuvir / interferão peguilado / ribavirina em 5 pacientes com genótipo 6 e um tratamento em pacientes com genótipo 5 e todos alcançaram SVR. Um estudo forneceu dados para 21 variantes de tratamento em 20 pacientes sujeitos a tratamento prévio infectadas com o genótipo 5, enquanto um outro estudo incluiu 25 pacientes sem tratamento prévio e já infectadas com o genótipo 6, que foram tratados com 12 semanas de ledipasvir / sofosbuvir.

SVRs em ambos os estudos foram de $\geq 95\%$. Resultados em pacientes infectados com genótipos 5 e 6 parecem consistentes com os resultados para os doentes com genótipos 1 e 4 (apesar de não existirem dados para avaliar a utilização de ombitasvir / paritaprevir / ritonavir \pm dasabuvir).

Como tal, os dados limitados de ensaios clínicos que apoiam a utilização de ledipasvir / sofosbuvir em pacientes infectados com genótipos 5 e 6 e os resultados mostram-se comparáveis aos de pacientes infectados com os genótipos 1 e 4, que dão apoio à sua utilização como terapia de primeira linha.

No entanto, dada a escassez de dados, o Grupo de Desenvolvimento de orientações também defende a utilização de sofosbuvir / interferão peguilado / ribavirina como regimes alternativos. Em configurações onde as primeiras linhas recomendadas são regimes que ainda não estão disponíveis, durante o período de transição para regimes mais aconselhados o uso de sofosbuvir / ribavirina ou sofosbuvir / interferon peguilado / ribavirina podem ser considerados.

- **Justificação para a recomendação**

EQUILÍBRIO ENTRE BENEFÍCIOS E MALEFÍCIOS

Os regimes preferenciais foram seleccionados com base na evidência de taxas mais elevadas de cura, menores taxas de acontecimentos adversos, e a facilidade de administração, em comparação com outros esquemas.

Com excepção dos doentes com cirrose infectadas com genótipos 3, 5 e 6, o grupo de desenvolvimento de orientações foi capaz de identificar regimes preferenciais ou alternativos que não requerem interferão peguilado e ribavirina.

Estes dois medicamentos têm toxicidade muito maior do que os DAAS. Assim, os benefícios da utilização de regimes seleccionados ultrapassam os danos, levando a recomendações fortes para a maioria dos regimes seleccionados, incluindo para os genótipos 2 e 3, onde a força da evidência foi considerada baixa.

O Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes sentiu que se justificava uma forte recomendação porque os benefícios dos regimes recomendados com DAA superaram em muito os danos, porque os pacientes são propensos a preferir muito os regimes com DAA, e porque os regimes mais recentes são mais baratos do que os baseados no interferão em muitos países.

VALORES E PREFERÊNCIAS

Os regimes seleccionados são susceptíveis de serem aceites para os pacientes devido à sua elevada eficácia e segurança, e facilidade de utilização. Os regimes preferenciais são todos por via oral, feita com uma duração relativamente curta, e uma vez por dia.

O Grupo de Desenvolvimento de Orientações reconhece que, no momento da elaboração destas diretrizes, há variações interpaíses substanciais no preço e na disponibilidade destes regimes. Entre os regimes recomendados, Daclatasvir / sofosbuvir e ledipasvir / sofosbuvir são os regimes preferenciais ou alternativos para todos os genótipos excepto para os doentes com genótipo 3 com infecção com cirrose.

Os medicamentos para estes dois regimes estão incluídos em acordos de licenciamento voluntários assinados entre as empresas de medicamentos originais e as empresas de genéricos. Daclatasvir / sofosbuvir e ledipasvir / sofosbuvir já estão disponíveis em formulações genéricas em alguns países. A introdução de formulações genéricas resulta em preços mais baixos; o preço para um regime de 12 semanas de sofosbuvir genérico é relatado para ser inferior a US \$ 500 / paciente na Índia.

A implementação em larga escala do tratamento HCV será facilitada por esta rápida redução no preço de DAAS.

IMPLEMENTAÇÃO

A situação ideal de seleção de um regime seria ter um único regime para todos os genótipos e para todos os pacientes, independentemente do seu grau de cirrose e experiência de tratamento anterior. Os regimes recomendados nestas diretrizes são um passo significativo nessa direção. Além disso, os regimes preferencialmente seleccionados proporcionam aos médicos a oportunidade de prescrever regimes de interferão livre de ribavirina para todos (excepto em pacientes que têm o genótipo 2 com cirrose e infecção genótipo 3). Isto simplifica a implementação, diminuindo a necessidade de testes de genótipo (em países onde predomina um único genótipo), bem como reduzindo o risco da suspensão do tratamento devido a eventos adversos.

O Grupo de Desenvolvimento de Orientações reconhece que, apesar destes avanços, a implementação das recomendações pode não ser imediata. Além dos preços elevados, esses medicamentos ainda não receberam aprovação regulamentar em muitos países.

Os médicos em muitos países não estão cientes da disponibilidade desses medicamentos. Espera-se que estas recomendações forneçam aos decisores políticos uma estrutura para iniciar a implementação de terapias com potencial para o fornecimento em larga escala de tratamento, devido à alta eficácia e menor necessidade de exames médicos e intervenções antes, durante e após o tratamento.

Embora o tratamento para a infecção por VHC se esteja a afastar do uso de interferão, ainda é o único medicamento recomendado para crianças e adolescentes e, como um esquema alternativo, para certos genótipos.

Quando os regimes de tratamento incluem interferão, a formulação peguilado é o padrão aceite de assistência em países desenvolvidos, porque tem uma semi-vida mais longa, resultando na necessidade de injeções menos frequentes e porque resulta em taxas de RVS mais elevadas do que o interferão padrão.

Apesar disso, o interferão padrão continua a ser usado em algum LMIC porque é muito menos dispendioso do que o interferão peguilado. O Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes de 2014 sentiu que foi importante para analisar as provas e fornecer uma recomendação clara sobre qual a forma de interferão preferível.

EVIDÊNCIA

A revisão sistemática foi realizada para avaliar a eficácia do interferão peguilado / ribavirina contra interferão / ribavirina em adultos sem tratamento prévio e crianças com infecção crônica de VHC. Foram avaliados: SVR, doença hepática descompensada, HCC, todas as causas de mortalidade, eventos adversos e qualidade de vida.

Os estudos não encontraram nenhuma diferença nas taxas de descontinuação do tratamento devido a eventos adversos quando se compara interferão peguilado com interferão padrão. Os dados sobre eventos adversos foram avaliados como sendo de qualidade moderada e não revelaram nenhuma diferença significativa na taxa de cessação do estudo devido a acontecimentos adversos em pacientes em que foi administrado interferão peguilado em vez de interferão padrão.

Dados limitados estavam disponíveis com alguns resultados, incluindo a mortalidade relacionada com o fígado, descompensação hepática e carcinoma hepatocelular. A partir dos dados disponíveis, verificaram-se menos 14 casos de HCC por 1000 casos que ocorreram com interferão peguilado (linha de base de 21 por 1000), menos 3 casos de descompensação hepática (a partir de 17 por 1000) e menos 5 casos de mortalidade relacionada com o fígado (a partir de 15 por 1000).

Mais um paciente por 1.000 terminou o tratamento devido a eventos adversos (a partir de 118 por 1000).

EQUILÍBRIO ENTRE BENEFÍCIOS E MALEFÍCIOS

O Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes de 2014 concluiu que não há evidência de alta qualidade de que o interferon peguilado e ribavirina são mais eficazes do que o interferon padrão e ribavirina. Além disso, não houve diferença nas taxas de eventos adversos ou resultados de longo prazo. Portanto, sentiram que os benefícios do interferon peguilado em relação ao interferon padrão superaram claramente os riscos.

VALORES E PREFERÊNCIAS

A opção que foi considerada mais aceitável para os pacientes foi o interferão peguilado que é mais fácil de administrar. Ele requer injeções menos frequentes do que o interferão padrão e está associado a uma possibilidade substancialmente mais elevada de RVS sem um aumento em efeitos colaterais.

CONSIDERAÇÕES SOBRE RECURSOS

A razão para que o interferão padrão continue a ser utilizado em alguns países é porque é menos caro do que o interferão peguilado. A principal barreira para um uso mais extenso de interferão peguilado é o seu alto custo.

O interferão peguilado é fabricado por um número limitado de empresas, e o custo de um regime de 48 semanas de interferão peguilado e ribavirina varia entre US \$ 2000 no Egito e US \$ 28 000 no Vietname.

Modelando demonstrou que o tratamento de pacientes com cirrose compensada é eficaz economicamente neste contexto. A viabilidade é susceptível de variar substancialmente em diferentes contextos clínicos.

O tratamento requer infra-estrutura clínica para acompanhamento e monitorização em terapia, mas foi implementado com sucesso em vários LMIC. Em particular, o Egito fez um tratamento disponível para um grande número de pacientes.

IMPLEMENTAÇÃO

A duração do tratamento recomendada varia, dependendo da combinação com os DAAS , o genótipo, o estadio da doença, a co-infecção com o HIV e uma resposta inicial a um tratamento. A sobreestimativa é de 12 e 24 semanas após o tratamento para confirmar a erradicação bem sucedida do vírus.

- **As pessoas que injetam drogas**

O uso de drogas injetáveis é prevalente em muitos países ao redor do mundo, afetando as pessoas em países de baixo, médio e alto desenvolvimento. Globalmente, cerca de 67% de PWid têm evidência de infecção por VHC (isto é, anticorpos anti-VHC); 10 milhões de 16 milhões de pessoas em 148 países. PWid estão em maior risco de doença relacionada com o VHC e de transmissão, bem como para todas as causas de morbidade e mortalidade, e, por conseguinte, necessitam de cuidados especializados e devem ser consideradas como uma prioridade para o tratamento do VHC.

Na realidade, muitas PWid com infecção pelo VHC não sabem que estão infectados e as taxas de tratamento de VHC entre eles são muito baixas. Isto é devido a uma série de razões, incluindo a proibição do uso de drogas, bem como a discriminação e o estigma nos serviços de saúde.

Quando cuidar de PWid, os princípios fundamentais da relação e não discriminação deve ser seguido, e a aderência adicional e apoio psicológico dado como necessário.

Uma vez que são uma população com alta prevalência de infecção por VHC, a todos os PWid deve ser oferecida a triagem para a VHC como um componente integral de um pacote abrangente de intervenções de redução de danos.

A triagem repetida é necessária em indivíduos em risco permanente de reinfecção, e a possibilidade de reinfecção após eliminação espontânea ou tratamento bem sucedido também deve ser considerada. Aqueles que foram previamente infectados devem ser novamente testados usando os testes de ARN, como o anticorpo permanece positivo após a primeira infecção. A reinfecção potencial não deve ser um argumento para suspender o tratamento de PWid.

A detecção de casos de VHC e tratamento em serviços especializados de dependência de drogas também foi considerado rentável em ambientes de altos

rendimentos. Quanto mais elevada for a taxa de tratamento, mais rentável se torna a detecção de casos de VHC, quanto mais casos identificados mais vão ser tratados, e um impacto maior na população seria visto. A triagem para VHB e HIV também é recomendado em PWid.

Cuidados

O tratamento de VHC em PWid requer integração de serviços, como outras necessidades de saúde, incluindo o tratamento de HIV e tuberculose, bem como de drogas e álcool

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

A dependência, muitas vezes está também presente. Estratégias de redução de danos, incluindo a provisão de OST e equipamento de injeção estéril, são necessários a fim de impedir a aquisição de VHC e de outros vírus transmitidos pelo sangue, tais como VHB e HIV.

Em todos os momentos, deve-se evitar a discriminação ou estigmatização de PWid o que é essencial. Os cuidados devem ser prestados apenas com o consentimento informado. Além disso, a aceitação de serviços é um componente vital dos cuidados de saúde, e as intervenções de pares pode ajudar a reduzir o uso de drogas injetáveis e promover práticas de injeção mais seguras.

Orientação sobre intervenções comportamentais breves está disponível como parte do processo de prestação de cuidados. PWid estão em risco de infecção por VHB e devem ser vacinados usando o esquema de vacinação rápida, como descrito noutras orientações da OMS.

Programas de agulhas e seringas também devem fornecer seringas e agulhas esterilizadas com baixo espaço morto a PWid.

É comum ser uma infecção concomitante do HIV e / ou a tuberculose em PWid e estes requerem consideração adicional.

TRATAMENTO

O tratamento para a infecção por VHC é ao mesmo tempo eficaz e de custo eficaz em PWid e, por conseguinte, a OMS recomenda que todos os adultos e crianças com infecção crónica pelo VHC, incluindo PWid, devem ser avaliados para o tratamento antiviral. O tratamento é também uma medida de prevenção eficaz, como por exemplo para pessoas curadas da infecção pelo VHC não transmitirem o vírus.

O aumento da taxa de tratamento entre PWid exigirá novas abordagens, tais como testes de diagnóstico, ligando os indivíduos aos cuidados do VHC, e aumentar a absorção de tratamento, a adesão e as taxas de tratamento bem sucedido.

A coordenação e integração de serviços de tratamento VHC com programas de agulhas e seringas ou serviços de dependência de drogas estão a ser avaliados para facilitar o acesso ao tratamento entre PWid.

Estratégias bem sucedidas para aumentar o teste de VHC e diagnóstico entre PWid incluem acesso, aconselhamento e testar, ponto de testes, atendimento e acompanhamento, bem como a avaliação baseada no risco e aconselhamento.

Além disso, o rastreio para avaliação da doença do fígado através da elastografia transitória (por exemplo, FibroScan®) é uma estratégia muito útil para aumentar a ligação ao cuidado e identificar a maioria dos pacientes em necessidade de tratamento.

Modelos de atenção baseados na gestão de processos e apoio aos pares pode ainda aumentar a ligação ao cuidado e adesão ao tratamento nesta população.

PWid tratados com interferão peguilado / ribavirina têm resultados semelhantes aos entre os não-PWid, mas há poucos dados sobre o sucesso de DAAS entre PWid. Um relatório recente de um estudo clínico de grazoprevir e elbasvir entre PWid OST foi documentado um RVS de 96%, apesar do facto de que 79% dos indivíduos tinham drogas ilícitas detectadas em testes de urina realizados durante o tratamento.

Isso suporta o uso de terapia baseada em DAA entre PWid, mesmo para aqueles que são usuários ativos de drogas ilícitas.

Deve-se considerar os possíveis DDIs entre ambos os medicamentos prescritos e não prescritos.

- **As pessoas com HIV / VHC**

As pessoas com co-infecção HIV / VHC geralmente têm mais rápida progressão da fibrose hepática, especialmente aqueles com uma contagem de células CD4 de <200 células / mm³. Além disso, mesmo entre pacientes nos quais ART conduz a um controlo bem sucedido da infecção pelo HIV (isto é, carga viral indetectável), o risco de descompensação hepática entre os pacientes co-infectados é maior do que entre os pacientes com monoinfecção por VHC. Por estas razões, todas as pessoas com co-infecção HIV / VHC devem ser consideradas para o tratamento do VHC.

O tratamento de tais pacientes no passado com interferão e ribavirina foi muito difícil, muitos pacientes tiveram de interromper o tratamento devido a efeitos colaterais como a depressão ou a perda de peso, assim como anemia grave, trombocitopenia e neutropenia. Além disso, as taxas de resposta virológica sustentada em pacientes co-infectados foram menores do que entre os pacientes só com VHC.

Resultados da terapia de VHC com DAAS em pessoas com a co-infecção de HIV são comparáveis àqueles com monoinfecção VHC. Assim, a terapia DAA simplificou substancialmente o tratamento de pessoas com HIV e co-infecção pelo VHC.

Há menos DDIs entre DAAS e medicamentos anti-retrovirais, e as taxas de resposta virológica sustentada com a terapia baseada em DAA entre pessoas com co-infecção pelo HIV são mais elevados do que 95%, mesmo para aqueles com o fracasso do tratamento do VHC antes ou fibrose avançada.

Por conseguinte, já não há a necessidade de considerar pacientes com HIV / VHC como uma população paciente especial, difíceis de tratar. A necessidade de verificar a existência de DDIs entre os medicamentos do HIV e VHC, deve ser enfatizado.

É aconselhável primeiro iniciar o tratamento para o HIV e conseguir a supressão do HIV antes de iniciar o tratamento do VHC, embora haja alguns casos em que pode fazer sentido tratar a infecção pelo VHC em primeiro lugar e, em seguida, iniciar a terapia para o HIV.

Isto poderia incluir pessoas com fibrose moderada a grave com risco de rápida progressão da doença do fígado se a infecção por HIV não está associada com imunossupressão significativa no tempo de tratamento. Além disso, tendo em conta a curta duração do tratamento do VHC, o risco de DDIs entre VHC e medicamentos para o HIV e o aumento do risco de hepatotoxicidade relacionados com ART na presença de infecção por VHC, o tratamento de infecção pelo VHC em primeiro lugar pode simplificar dependendo do regime disponível localmente.

Pessoas co-infectadas com HIV estão em maior risco de desenvolvimento de efeitos secundários da terapia de VHC, e devem ser monitorizados mais de perto. Antes de iniciar a terapia VHC, a consideração cuidadosa de DDIs é essencial.

Onde DDIs são susceptíveis, as substituições de drogas anti-retrovirais devem ser feitas antes do início da terapia de VHC. É particularmente importante estar ciente da infecção por HIV quando se considera tomar ritonavir.

As terapias de base (tal como paritaprevir / ombitasvir / dasabuvir), a fim de evitar o tratamento de fármaco único de infecção por HIV, poderá conduzir a resistência aos fármacos anti-retrovirais.

Dado que muitos países não terão acesso a uma ampla variedade de terapias de VHC, podem ter oportunidades limitadas para o re-tratamento, e é essencial que os doentes co-infectados sejam cuidadosamente avaliados e que se tenha em atenção quaisquer interacções medicamentosas, o que poderia reduzir a eficácia ou aumentar o risco de efeitos colaterais.

Efeitos nocivos potenciais de medicamentos ARV incluem os seus efeitos hepatotóxicos. Vários estudos têm demonstrado a hepatotoxicidade como sendo um resultado do ART que pode ser agravada na presença de infecção por VHC concomitante.

No entanto, as maiores taxas de hepatotoxicidade foram observadas com fármacos anti-retrovirais que não são os mais vulgarmente utilizados ou recomendados, incluindo estavudina (d4T), didanosina (ddl), nevirapina (NVP) ou ritonavir-dose completa (600 mg duas vezes por dia). Para a maioria das pessoas co-infectadas com HIV / VHC, incluindo aqueles com cirrose, os benefícios da ARTE superam preocupações em relação à lesão hepática induzida por drogas.

O aumento das enzimas hepáticas pode ser o resultado de toxicidade induzida por droga ARTE e / ou infecções oportunistas, levando à ativação do fígado o que leva a elevações enzimáticas mais problemáticas do que em pacientes com infecção pelo VHC. A ALT e AST devem ser monitorizadas 1 mês após o início da TARV e depois a cada 3-6 meses. Um aumento significativo de AST / ALT pode solicitar uma avaliação cuidadosa de outras causas específicas, suspeitas de causar a elevação da insuficiência da função hepática (por exemplo, hepatite alcoólica, doença hepatobiliar), e pode requerer a interrupção de um curto prazo do regime medicamento de ARTE.

MONITORIZAÇÃO DE TERAPIA EM PESSOAS COM HIV / VHC

O Ledipasvir / sofosbuvir pode ser dado a todos os ARVs. No entanto, devido a um aumento das concentrações de tenofovir quando um potenciador farmacocinético (ritonavir ou cobicistat) está presente num esquema anti-retroviral, estas combinações devem ser usadas com monitorização frequente da função renal, se não estiverem disponíveis outras alternativas. A concentração de tenofovir também é aumentada em regimes contendo efavirenz e também é necessário ter cuidado com o que diz respeito à monitorização renal.

Regimes baseados no interferão estão associados com um declínio de CD4 reversível (média de 140 células / mm³) e uma elevada taxa de descontinuação do tratamento devido a (25% dos pacientes no estudo de damasco) efeitos colaterais.

Monitorização da contagem de CD4 é recomendada em pessoas co-infectadas em tratamento. O aumento do risco de supressão hematológica também está presente em pessoas com infecção por HIV; estas são efeitos colaterais importantes que limitam a dose, especialmente com a co-administração de certas drogas anti-retrovirais.

Monitorização durante o tratamento com interferão e ribavirina com ou sem terapia de inibidor de protease é, portanto, recomendada em vários pontos de tempo (Tabela 8.4). Os pontos de tempo adicionais podem ser necessários para pessoas com evidência de efeitos secundários e em pessoas com maior risco (por exemplo, pessoas com cirrose e HIV, e aqueles em terapia de inibidor de protease). A monitorização adicional da função hepática é recomendada em pessoas com cirrose, incluindo a albumina, testes de bilirrubina e de coagulação. Pessoas com evidência de neutropenia, trombocitopenia e anemia requerem monitorização 1-2 vezes por semana.

- **Crianças e adolescentes**

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança define criança como um indivíduo com idade inferior a 18 anos; OMS define um adolescente como uma pessoa entre as idades de 10 e 19 anos. Em países onde os adultos têm uma elevada prevalência de infecção por VHC, um aumento da prevalência em crianças também pode ser esperado. Esta taxa é significativamente mais elevada em certos subgrupos, tais

como os expostos a intervenção médica. A transmissão iatrogênica tem sido relatada em hospitais.

A redução da transmissão do VHC em unidades de cuidados de saúde é uma prioridade. Taxas de soroprevalência de 10-20% foram relatadas entre crianças que foram tratadas no hospital por doença maligna, insuficiência renal necessitando de hemodiálise, oxigenação extracorporal e procedimentos cirúrgicos a que se submeteram.

A triagem alvo é indicada para crianças que tiveram intervenções médicas ou que tenham recebido produtos sanguíneos em países onde a triagem do sangue não é realizada rotineiramente ou em equipamentos médicos inadequadamente esterilizados. Crianças nascidas de mães com infecção por VHC também estão em risco; o risco de transmissão vertical (mãe para filho) é de cerca de 4-8% e é substancialmente mais elevada em crianças nascidas de mães infectadas com HIV (10,8-25%).

CUIDADOS

Os cuidados de saúde integrados é um aspecto fundamental da prestação de cuidados de saúde da criança. A interligação é necessária com os serviços de saúde materno-infantil, cuidados primários, serviços para PWid e, se necessário, o encaminhamento para cuidados e tratamento do HIV.

TRATAMENTO

Nenhum dos DAAS foram aprovados para uso entre as crianças; assim, o único tratamento aprovado para crianças continua a ser o interferão peguilado / ribavirina, que é recomendado para crianças com mais de 2 anos. Os ensaios clínicos são urgentemente necessários para fornecer os dados de segurança e eficácia necessários para permitir a aprovação regulamentar de DAAS entre as crianças.

A literatura do produto de interferão peguilado relata que os doentes pediátricos tratados com a terapia de combinação da ribavirina tinham um atraso no peso e altura aumentado após 48 semanas de tratamento em comparação com os valores base.

No entanto, até ao final de 2 anos de seguimento, a maioria dos sujeitos tinham voltado à linha de base dos percentis da curva de crescimento para o peso e a altura (média de peso para idade percentual foi de 64% na linha de base e 60% no pós-tratamento de 2 anos; significa percentil de altura era de 54% na linha de base e 56% no pós-tratamento de 2 anos).

- **As pessoas com cirrose**

O espectro da doença em indivíduos infectados com o VHC estende-se a partir de fibrose leve a cirrose compensada ou descompensada e, em seguida, o HCC. Entre 15% e 30% das pessoas infectadas com VHC vão continuar a desenvolver a cirrose do fígado dentro de 20 anos e uma proporção destes irá progredir para HCC.

O risco é marcadamente aumentado nas pessoas que consomem álcool em excesso e naqueles que estão co-infectados com VHB e / ou HIV, particularmente aqueles que não têm acesso à TAR. Pessoas com cirrose têm menos tempo disponível para o tratamento, e têm mais a perder e muito a ganhar com a realização SVR.

O tratamento da infecção por VHC deve ser iniciado antes do aparecimento da doença descompensada porque a gestão médica é mais complicada e alguns medicamentos podem precipitar insuficiência hepática e morte se administrados nesta fase.

O exame clínico regular e a monitorização da concentração de bilirrubina, albumina e perfil de coagulação são necessários em pessoas com cirrose no tratamento com interferão, com a finalidade de detetar a doença descompensada.

O tratamento de pessoas com tais regimes contendo interferão têm um maior risco de efeitos secundários graves, e a utilização de fatores hematopoiéticos é recomendado em configurações onde estes estão disponíveis.

O uso de certos regimes de DAA entre pessoas com cirrose demonstrou ser seguro e eficaz, especialmente em pacientes com doença compensada. A adição de ribavirina ao tratamento aumenta o risco de PEA, principalmente naqueles relacionados com a anemia, e requer monitorização adicional.

Simeprevir e ombitasvir / paritaprevir / ritonavir / dasabuvir não são aprovados para uso em pacientes com doença hepática descompensada. Daclatasvir, ledipasvir e sofosbuvir têm sido estudados em pessoas com cirrose descompensada e a sua utilização tem demonstrado ser viável e eficaz. No entanto, a proporção de pacientes com doença hepática descompensada irá deteriorar-se em tratamento e, atualmente, não há preditores de pré-tratamento para identificar esses pacientes.

Assim sendo, o tratamento de pacientes com cirrose hepática descompensada deve ser considerada apenas em centros com os conhecimentos necessários para gerir complicações e, idealmente, onde o acesso ao transplante de fígado está disponível.

Avaliação e acompanhamento para a progressão da doença e para a evidência de HCC é uma parte essencial do cuidado de pessoas com diagnóstico de VHC com cirrose. A cirrose compensada também pode evoluir ao longo do tempo para cirrose descompensada associada com ascite, e varizes gástricas e, eventualmente, insuficiência hepática, insuficiência renal e sepsis, todos os quais são fatais.

O diagnóstico de doença hepática descompensada é obtido em laboratório e por avaliação clínica e, portanto, um cuidadoso exame médico dos pacientes deve ser feito antes de iniciar o tratamento.

Pessoas com cirrose (incluindo aqueles que alcançaram RVS) devem ser rastreadas para HCC com o exame de ultra-som semestral e estimativa de α -fetoproteína, e deve ter a endoscopia a cada 1-2 anos para excluir varizes esofágicas.

- **As pessoas com doença renal crónica**

Existe uma necessidade não satisfeita para o tratamento DAA em pacientes com doença renal grave (EGFR <30 mL / min / 1,73 m²) e aqueles que necessitam de hemodiálise. Não

sofosbuvir, que é usado em muitos regimes aprovados, não tem os dados de segurança e eficácia para apoiar a sua utilização nestas situações.

A farmacocinética preliminar e dados de estudos clínicos sugerem que a utilização de ombitasvir / paritaprevir / ritonavir e dasabuvir é viável e que os resultados iniciais sugerem possível eficácia. Regimes futuros estão preparados para abordar esta necessidade não atendida.

A ribavirina e o interferão peguilado exigem ajuste da dose em pessoas com insuficiência renal. Peguilado a2a interferão é eliminado pelo fígado e a2b interferão peguilado através dos rins. Enquanto uma acumulação teórica de interferão a2b peguilado pode ocorrer em pessoas em hemodiálise, não foram relatadas clinicamente diferenças.

Em pessoas com doença renal grave (EGFR <30 mL / min / 1,73 m²), incluindo aqueles em hemodiálise, uma dose reduzida de interferão a2a peguilado 135 ug uma vez por semana é recomendado. A dose de ribavirina também deve ser diminuída tendo em conta o risco de eventos adversos relacionados com a anemia que é elevado.

Em indivíduos com insuficiência renal crónica submetidos a hemodiálise, a ribavirina pode ser administrada a uma dose de 200 mg por dia ou 200 mg em dias alternados. A ribavirina é removida por hemodiálise com uma taxa de extracção de aproximadamente 50%.

Os pacientes que receberam medicamentos anti-retrovirais em combinação com o tenofovir e sofosbuvir podem requerer monitorização renal reforçada.

- **As pessoas com coinfeção VHB / VHC**

É importante verificar a presença de infecção por VHB antes de iniciar o tratamento de VHC. A co-infecção com VHB e VHC pode resultar num curso da doença acelerado; VHC é considerado o principal motor da doença.

Pessoas co-infectados com VHC e VHB podem ser tratadas com terapia antiviral para VHC; as taxas de resposta virológica sustentada é provável que seja semelhante à das pessoas só infetadas com VHC.

Durante o tratamento e após o desembaraço de VHC, existe um risco de reativação de VHB, e isto pode requerer tratamento com a terapia anti-viral anti-VHB concorrente. DDIs devem ser verificados antes de iniciar o tratamento. Telbivudina, em particular, pode ser associada a um maior risco de neuropatia, se administrada com regimes contendo interferão. Para mais informações, consulte as Diretrizes da OMS para a prevenção, cuidado e tratamento de pessoas com hepatite B.

- **As pessoas com co-infecção TB / VHC**

As pessoas com maior risco de infecção por VHC também têm muitas vezes um maior risco de infecção por TB. Por isso, o rastreio de tuberculose activa deve ser parte da avaliação clínica dos pacientes a ser considerada para o tratamento de VHC. A OMS recomenda um algoritmo de triagem de quatro sintomas para descartar TB activa.

Se o paciente não tem qualquer um dos seguintes sintomas - tosse actual, febre, perda de peso ou suores noturnos – a TB pode ser razoavelmente excluída; de outra forma, o paciente deve submeter-se a novas investigações para a tuberculose ou outras doenças.

A maior parte dos DAAS interagem com vias metabólicas no fígado, o que aumenta e / ou diminui o nível de droga DAAS quando co-administradas com medicamentos antimicrobianos, tais como rifabutina, rifampina e rifapentina.

Portanto, o tratamento concomitante de infecção pelo VHC e TB devem ser evitados. TB activa deve, geralmente, ser tratada antes de iniciar a terapia para o VHC. Além disso, em pessoas com a infecção por VHC a serem tratadas para a tuberculose, é importante controlar os testes de função hepática, tal como o risco de hepatotoxicidade antimicobacteriana induzida é maior em doentes com co-infecção de TB / VHC do que naqueles com monoinfecção TB, embora o risco de hepatotoxicidade grave seja raro.

O tratamento concomitante de infecção pelo VHC e tuberculose multi-resistente é particularmente complicado por causa de muitos DDIs entre DAAS e antimicrobianos de segunda linha. Existem poucos dados sobre a gestão de pessoas co-infectadas com VHC e HIV e tuberculose, mas tais casos necessitam de julgamento clínico, a fim de reduzir os efeitos colaterais de aditivos, a carga de comprimidos e DDIs.

Os médicos precisam de estar conscientes do risco de reativação da TB, se a pessoa, em particular, estiver co-infectada com HIV e recebe a terapia com interferão, como terapia à base de interferão pode aumentar a incidência de TB activa.

Os testes de função hepática de linha de base para os indivíduos com doença hepática crónica são aconselhados antes do início do tratamento para a infecção por tuberculose latente.

Para indivíduos com resultados do teste de linha de base anormais, os testes laboratoriais de rotina periódica devem ser efectuados durante o tratamento de infecção por tuberculose latente.

Até recentemente, a terapia de VHC necessitava de um tratamento prolongado com interferão peguilado e ribavirina, com taxas de sucesso subóptimas e altas taxas de PEA. Assim, o tratamento foi geralmente reservado para pacientes com fibrose e cirrose avançada, para quem o risco de eventos adversos é compensado pelos benefícios potenciais de uma cura.

Quando DAAS foram introduzidos em países de elevado rendimento, a elegibilidade de tratamento foi também muito limitada com base na gravidade da doença ou noutros fatores, a fim de minimizar o impacto orçamental.

Esta dinâmica agora está a mudar por várias razões. Primeiro, o preço dos DAAS está a cair em alguns países. Em segundo lugar, há uma melhor compreensão dos benefícios do tratamento precoce da infeção pelo VHC, antes do desenvolvimento de fibrose.

Estudos recentes mostram que pacientes que alcançam SVR tendem a ter melhorias na inflamação do fígado e fibrose, e também em produtividade no local de trabalho e qualidade de vida. SVR também está relacionada com a melhoria das manifestações extra-hepáticas independentes do estadió da doença hepática subjacente.

Finalmente, as novas DAAS são muito mais seguras e produzem altas taxas de cura. Por estas razões, os critérios de elegibilidade estão a tornar-se mais liberais, e em alguns países estão a expandir os seus programas de tratamento do VHC, para que possam tratar praticamente todas as pessoas com infeção pelo VHC e “eliminar” VHC nas suas populações.

Apesar destes desenvolvimentos, na maioria dos países, a alocação de tratamento será inicialmente muito restrita por causa do alto preço dos medicamentos e falta de laboratórios e infra-estrutura de cuidados de saúde. Portanto, uma estrutura para ajudar os decisores políticos a decidir a quem dar prioridade para o tratamento é importante.

QUESTÕES OPERACIONAIS E DE IMPLEMENTAÇÃO

A alocação de medicamentos caros é um desafio perene que tem implicações éticas e económicas complexas. Vários princípios foram propostos, incluindo os valores moralmente relevantes, tais como tratar as pessoas igualmente, dando prioridade à pior situação e salvar o maior número de vidas.

Como na maioria dos países, o tratamento será racionado com base na disponibilidade de recursos; isto pode significar prioridade no tratamento para populações de “alto risco”.

O objetivo desta secção é ajudar os decisores políticos, fornecendo um quadro de orientação para auxiliar os processos de tomada de decisão para as fases iniciais de implementação de estratégias de tratamento do VHC.

Dois critérios amplos podem ser usados para priorizar o tratamento - minimizando mortalidade e morbidade, priorizando as pessoas com doença hepática relacionada com o VHC avançado ou que têm fatores que os tornam mais propensos a evoluir para cirrose; e maximizando o benefício da prevenção, priorizando as pessoas com maior risco de infecção por transmissão do VHC, por exemplo, PWid.

- **Fatores a serem considerados na definição de prioridades de quem recebe tratamento**

Aumento do risco de morte

Os pacientes com fibrose avançada e cirrose estão em maior risco de morte, principalmente devido a complicações de cirrose e carcinoma hepatocelular, mas também a mortalidade por todas as causas.

O sucesso do tratamento está associado a complicações reduzidas e moralmente relacionadas com o fígado. Uma mudança de paradigma para o tratamento de VHC é o surgimento de interferão DAA livre eficaz, tolerável e seguro.

Deve-se reconhecer que uma pequena proporção de pacientes com cirrose descompensada tende a deteriorar-se durante o tratamento. O manejo clínico desses pacientes é um desafio, uma vez que é difícil prever quais os pacientes que irão experimentar esta deterioração.

Portanto, o tratamento da infecção por VHC deve ser considerado somente sob estrita supervisão de equipas de especialistas com experiência no tratamento e gestão de complicações.

- **O tratamento após o transplante de fígado**

O tratamento de pacientes após transplante de fígado melhora as hipóteses de sobrevivência de enxerto de fígado a longo prazo. Após o transplante de fígado, mais de 95% dos fígados enxertados irão tornar-se re-infectados com VHC e tipicamente a fibrose desenvolve-se mais rapidamente.

Retransplantações em pacientes com VHC são complicadas pelos maus resultados em comparação com retransplantações feitas por outras causas, e, por conseguinte, o objectivo seria para tratar antes do desenvolvimento de cirrose no fígado enxertado.

O tratamento com interferão e ribavirina após o transplante é viável, mas as chances de RVS são geralmente baixas. Novas terapias DAA são vantajosas, com DDIs reduzidas, melhor tolerabilidade e melhoram as taxas de resposta virológica sustentada.

- **Risco de fibrose acelerado**

- A co-infecção com o HIV**

De acordo com as orientações existentes de tratamento do HIV, todos os pacientes co-infectados com HIV devem ser considerados para o tratamento de VHC. Aproximadamente 2,3 milhões de pessoas estão co-infectadas com VIH globalmente. A co-infecção de HIV está associada com a progressão mais rápida da fibrose do fígado.

Foi reduzido o acesso ao transplante de fígado aos doentes com co-infecção HIV e os resultados são pobres. Assim, o tratamento pode ser benéfico em fases mais precoces da doença do fígado.

Muitos pacientes com a co-infecção HIV já estão em tratamento para HIV e, portanto, de fácil acesso. As taxas de resposta virológica sustentada com terapias à base de interferão contra o VHC são mais baixas em pacientes co-infectados com HIV, em comparação com pacientes VHC monoinfectados.

No entanto, quando tratados com DAAS, as taxas de resposta virológica sustentada são comparáveis entre os pacientes com a mono e a co-infecção. DDIs em pacientes no tratamento para o HIV são importantes e devem ser cuidadosamente consideradas antes da dosagem de DAA.

Co-infecção com VHB

Pessoas com a co-infecção por VHB também devem ser dados como prioritários para o tratamento do VHC, devido a um aumento do risco de progressão da fibrose do fígado e carcinoma hepatocelular, independentemente do desenvolvimento de cirrose. O tratamento de cada vírus deve ser realizado em pacientes com monoinfecção.

Síndrome metabólica

Em pacientes com VHC, a obesidade e a síndrome metabólica estão associadas com a progressão da doença do fígado e o aumento do risco de HCC. Além disso, o VHC parece estar fortemente associado com a diabetes tipo 2 e a resistência à insulina. O tratamento de infecção pelo VHC em pessoas com diabetes resulta numa menor incidência de complicações cardiovasculares e renais, em comparação com controlos não tratados.

Os doentes com diabetes Tipo 2 e com resistência à insulina têm uma resposta inadequada à terapia à base de interferão.

- **Manifestações extra-hepática de infecção crônica de VHC**

Fadiga

A maioria das pessoas com VHC não têm sintomas; no entanto, alguns apresentam sintomas graves e, por vezes, debilitantes relacionados com a infecção pelo VHC e podem beneficiar fortemente do tratamento. A fadiga é um sintoma comum, que na maioria dos casos não impede atividades da vida diária, mas tem um impacto negativo na qualidade de vida. A melhoria destes sintomas foi demonstrada após SVR.

A avaliação da qualidade de vida após o tratamento com regimes DAA em pacientes dentro de 3 estudos clínicos demonstrou melhoria na fadiga e projetou um aumento do benefício económico-social.

Vasculites e doenças linfoproliferativas

Desordens linfoproliferativas e crioglobulinemia estão associadas com a infecção por VHC, e pode ser melhorado ou resolvido seguindo a cura do VHC. Os pacientes com estas

condições são, portanto, considerados uma prioridade para o tratamento. Crioglobulinas estão frequentemente presentes em pacientes infectados pelo VHC.

No entanto, uma proporção desenvolve evidência de dano do órgão final, tal como doença renal, neuropatia periférica, artropatia, e vasculite do sistema nervoso periférico e central.

O tratamento com interferão é viável; no entanto, ele pode imitar as manifestações de crioglobulinemia. A doença renal pode ser melhorada com o tratamento do VHC, com inversão da proteinúria e da síndrome nefrótica.

MAXIMIZAR A REDUÇÃO NA INCIDÊNCIA

PWid que se dedicam a drogas e comportamentos de risco relacionados com o consumo e com HIV positivo, com práticas sexuais de alto risco têm uma alta incidência de infecção pelo VHC e, através dessas condutas, podem transmitir o vírus a outros.

Enquanto aumenta a consciencialização sobre a doença, as medidas para reduzir o risco são importantes, apenas o tratamento do VHC pode reduzir a prevalência atual entre essas populações. As pessoas que alcançam a cura não são mais um risco de transmissão subsequente de VHC.

Modelos matemáticos sugerem que mesmo um modesto aumento da cobertura do tratamento pode resultar em reduções na prevalência do VHC. Estes modelos também demonstram que o efeito de prevenção de tratamento do VHC é aumentado se for combinado com serviços de redução de danos, tais como OST, e programas de agulhas e seringas.

De acordo com avaliações sistemáticas dos esquemas baseados no interferão, a eficácia do tratamento em PWid é equivalente à da adesão como não-PWid. Enquanto permanecerem medos sobre a reinfeção do VHC em populações PWid, os estudos sugerem que as taxas de reinfeção em pacientes tratados com sucesso são baixas, desde que o tratamento seja combinado com outras medidas de redução de danos.

Aumentos significativos na incidência de VHC foram relatados em pacientes com HIV na Europa, Estados Unidos, Austrália e Ásia, com taxas de reinfeção nesta população entre 6% e 33%. Tratar MSM poderia levar a uma redução no risco de transmissão.

Transmissão de mãe para filho

A transmissão da mãe para a criança a partir de mães mono-infectadas ocorre em 4-8% dos bebês e a partir de matrizes co-infectadas com HIV em 10,8-25% dos lactentes. Ao contrário do que acontece com o VHB e HIV, não há intervenções para reduzir este risco de transmissão vertical do VHC durante a gravidez.

O tratamento de momento não pode ser recomendado durante a gravidez, especialmente com regimes baseados em ribavirina, e também por causa da falta de dados para os novos regimes DAA. O sucesso do tratamento em mulheres infectadas com VHC antes da gravidez é a única medida que pode anular qualquer risco de transmissão de mãe para filho.

Populações prisionais

Entre as populações detidas, a incidência de VHC é alta e a prevalência pode ser tão elevada como 60%, principalmente porque muitos são presos PWid. No Reino Unido, estima-se que o tratamento é custo-efetivo, e, na verdade, resulta em economia de cuidados de saúde.

As principais barreiras relacionadas com a gestão de terapias à base de interferon nessas instituições impedem um tratamento adequado, assim como a alta rotatividade e circulação de pessoas detidas. Mais curtos, os regimes de tratamento mais toleráveis com necessidades de monitorização menores podem ajudar a contornar esses problemas.

Hemodiálise

Os eventos de transmissão nosocomial continuam a ser uma causa importante de transmissão do VHC. As pessoas que realizam hemodiálise são particularmente propensas à infecção, com o comprimento de tempo de diálise aumentando o risco de aquisição de VHC. A melhoria da educação e precauções universais estritas pode reduzir drasticamente o risco de transmissão nosocomial entre os pacientes de diálise, mas ainda, particularmente em contextos de recursos limitados, esta prática não é sempre respeitada.

A infecção por VHC, também tem um impacto negativo sobre o transplante renal pós sobrevivência do enxerto.

As opções de tratamento permanecem limitadas em pacientes com doença renal grave, uma taxa de filtração glomerular $<30 \text{ mL / min / } 1,73 \text{ m}^2$ e aqueles em hemodiálise. A dose de ribavirina deve ser reduzida e deve ser feita uma monitorização cuidadosa da anemia. DDIs devem ser cuidadosamente considerados.

Profissionais de saúde

Os trabalhadores de cuidados de saúde com evidência de replicação viral activa (nos Estados Unidos > 10⁴ equivalentes de genoma / mL) são impedidos de executar procedimentos propensos a exposição.

O sucesso do tratamento, portanto, elimina qualquer risco de transmissão para os pacientes e aumenta a disponibilidade de profissionais de saúde para atividades clínicas mais abrangentes.

Serviço

O planeamento de serviços requer uma estimativa da carga local da doença, e uma avaliação da disponibilidade de recursos e infra-estruturas para implantar-se o tratamento. Os programas nacionais são obrigados a planejar estratégias de rastreio e tratamento. Atualmente, muitos países têm pouca documentação da prevalência da infecção; isto é particularmente o caso dos países menos desenvolvidos.

O relatório global de política sobre a prevenção e controlo da hepatite viral de 2013 fornece informações específicas de cada país sobre as políticas e estruturas já em vigor para combater a hepatite viral.

Com base nestas políticas e estruturas será necessário aumentar a disponibilidade de tratamento para os infetados. As estimativas de quantas pessoas são susceptíveis de serem afectadas podem ser feitas através da avaliação das populações de alto risco, bem como as taxas de prevalência e incidência documentadas anteriormente. Por conseguinte, é necessário o rastreio sentinela regular de populações específicas utilizando sorologia e NAT para facilitar o planeamento do serviço e é o primeiro passo para aumentar o acesso aos cuidados e tratamento para a hepatite C.

As melhorias em ferramentas moleculares para a triagem rápida, incluindo a mancha de sangue seco e testes de fluido oral, bem como plataformas polivalentes para NAT, aumentaria o número de pacientes infetados identificados.

Eles também permitiriam a expansão dos serviços de triagem para o campo, bem como entre as populações de difícil acesso, como PWid. A integração de rastreio do VHC com HIV, VHB e serviços de triagem TB podem ser adequados em muitos contextos como as vias de transmissão são comuns.

A barreira central ao tratamento é o custo o que inclui o custo dos medicamentos, impostos, taxas de importação, instalações médicas apropriadas e funcionários, bem como

meios de diagnóstico e monitorização. A negociação dos custos de droga é necessária e prioridades de grupos particulares, por exemplo, pacientes com doença hepática avançada pode não ser necessária. A integração dos serviços, de diagnóstico e tratamento, pode ajudar a minimizar os custos e é provável que facilite a entrega ao tratamento. Task-shifting é o processo de partilha de responsabilidades de gestão clínica, com pessoal treinado, como enfermeiros, clínicos e farmacêuticos.

Esse pessoal deve ter acesso a consultas com os membros da equipa especializada e é provável que exijam formação, a fim de facilitar a prestação de cuidados de saúde adequados. O abastecimento de medicação e negociação de preços a um nível central pode também minimizar os custos.

A cobertura patente e a disponibilidade de agentes biológicos similares pré-qualificados ou formulações genéricas é outra consideração central - isso é provável que seja de importância fundamental como novos DAAS serem licenciados.

As instalações clínicas e de laboratório para triagem e acompanhamento de pacientes em tratamento são um componente essencial da prestação de cuidados de saúde. O desenvolvimento e a aplicação de métodos simples para avaliar a carga viral do VHC e do genótipo, bem como para os testes necessários para monitorizar a toxicidade do medicamento são importantes para aumentar a acessibilidade ao tratamento em configurações com menores recursos.

O teste de carga viral de VHC pode ser necessário em algumas configurações, a fim de facilitar o tratamento apropriado. As instalações de farmácia e espaço de armazenamento de drogas, incluindo o espaço de refrigeração para o interferão, devem ser incluídas no planeamento de novos centros de tratamento.

Também é necessário Sourcing e planeamento de distribuição. O registo de novos medicamentos em cada país pode ser demorado e requer um planeamento adequado.

Os componentes programáticos fundamentais de prestação de serviços são a infraestrutura adequada clínica, laboratorial e serviços de diagnóstico, fornecimento de medicamentos confiável, recursos humanos (médicos, enfermeiros, pessoas treinadas para prestar apoio psicológico), um sistema de referência, monitorização e avaliação, e a participação da sociedade civil.

Melhorar o acesso ao tratamento requer a identificação de pacientes infetados. Por conseguinte, tem que ser dada prioridade e feito rastreio alvo às populações de alto risco realizando implementação de triagem para o VHC. Posteriormente, pessoas com infeção pelo VHC requerem acesso a instalações médicas para tratamento, com permanente

acompanhamento e monitorização da toxicidade e eficácia. Interação com serviços pré-existent, tais como os já estabelecidos para o HIV seria de valor acrescentado.

A prestação de serviços pode ser alcançada mais prontamente fornecendo os regimes de tratamento padronizados e simplificados ao nível da população. A prestação descentralizada de serviços já permitiu o tratamento de um grande número de pessoas infectadas com o HIV. A prestação de serviços deve fazer uso de diretrizes operacionais simplificadas, materiais de treino e abordagens para a tomada de decisão clínica, bem como formulários limitados.

Uma avaliação clínica inicial é essencial antes de se iniciar a terapia, a fim de avaliar a presença de doenças pré-mórbidas que possam descartar ou atrasar o tratamento, tais como doenças intercorrentes graves, por exemplo, a tuberculose, cirrose descompensada ou gravidez.

A avaliação psicológica neste momento e avaliação de potenciais DDIs também são essenciais. A educação para a doença, a preparação do paciente para efeitos colaterais durante o tratamento, e apoio apropriado informou que pré e pós-teste são necessários.

O acesso aos meios de diagnóstico adequados para a toxicidade e a eficácia de monitorização é de importância crítica e pode ser facilitada, utilizando as mesmas ou semelhantes plataformas atualmente a ser utilizadas para o HIV.

Para o tratamento, os regimes padronizados devem ser utilizados em combinação com ferramentas de tomada de decisão clínica simplificadas e monitorização padronizada. Pacotes mínimos de cuidados e tratamento necessitam de ser formulados localmente, o tratamento e a monitorização deve ter em conta os algoritmos desenvolvidos.

Tais algoritmos devem incluir informação sobre quando deve começar a terapia, quando parar, os efeitos secundários e folhas de fluxo de gestão. Gestão de DDIs é importante, particularmente no indivíduo infetado com HIV. Monitorização e avaliação dos centros de tratamento de pessoas com VHC é um componente essencial na gestão adequada.

A implementação de registos padrão para controle de progresso, como os desenvolvidos para uso em programas de tratamento da TB, vai permitir a monitorização e avaliação do progresso após saída de tratamento. Aumento da supervisão dos locais é provável que seja importante durante as fases iniciais de tratamento. Outra orientação sobre a entrega de tratamento para VHC para as pessoas em LMIC foi desenvolvido pela Médicos Sem Fronteiras.

APÊNDICE VI – Questionário sobre Sessões de Relaxamento

QUESTIONÁRIO SOBRE SESSÕES DE RELAXAMENTO

Foi dada uma explicação acerca do que consiste o relaxamento.	
Os utentes foram questionados pessoalmente sobre a intenção de participar.	
Foram informados acerca do enfermeiro que vai realizar a sessão.	
Utentes que estão a desintoxicar álcool.	
Utentes que estão a desintoxicar drogas ilícitas.	
Número de camas ocupadas.	
Número de participantes.	
Dia de internamento.	
Tipo de personalidade dos utentes que participaram na sessão.	
Tipo de personalidade dos utentes que não participaram na sessão.	
Os utentes que participaram na sessão recorrem a medicação em SOS.	
Os utentes que não participaram na sessão apresentam algum problema físico.	

APÊNDICE VII – Trabalho sobre Técnicas Psicoterapêuticas Aplicadas a Doentes com Déficit Cognitivo

TÉCNICAS PSICOTERAPÊUTICAS APLICADAS A DOENTES COM DÉFICE COGNITIVO

TRABALHO REALIZADO POR: ENFª RITA CAETANO
ALUNA DO MESTRADO COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

PSICOMOTRICIDADE

- A psicomotricidade considera o corpo e a mente como uma unidade, estudando as relações e as influências recíprocas entre o psiquismo e a motricidade. Valoriza o movimento, não o encarando apenas pela sua restrita dimensão neurofisiológica, mas integrando simultaneamente inteligência, afetividade e linguagem, fazendo a motricidade parte de uma relação significativa e significante.
- Um dos objetivos consiste em promover um conjunto de vivências que meciem a procura e a mudança de atitude do sujeito consigo próprio, e consequentemente com os diferentes contextos onde interage, através do investimento no seu Eu corporal, nas suas manifestações e significados (Melo, 2014).

O trabalho efetuado em sessões de psicomotricidade engloba uma intervenção dirigida para as seguintes temáticas:

- expressar e regular emoções,
- aumentar a tolerância à frustração,
- diminuir comportamentos impulsivos,
- melhorar as interações sociais,
- estabelecer limites,
- melhorar a autoconfiança,
- melhorar o conhecimento do Eu,
- lidar com medo ou com falhanço,
- desenvolver a autorreflexão,
- explorar a atual vida emocional e social, e proporcionar um melhor insight dos conflitos inter e intra psíquicos.
- Pode não se conseguir resolver o problema subjacente, mas o terapeuta procura melhorar a forma como o cliente lida com os seus problemas. (Melo, 2014).

APLICAÇÃO DA PSICOMOTRICIDADE AO CONTEXTO DAS PROBLEMÁTICAS ADITIVAS

- Considera-se que a intervenção psicomotora se destina a todos os grupos etários e utiliza diversas metodologias: técnicas de relaxamento e consciência corporal, terapias expressivas, atividades lúdicas, atividades de recreação terapêutica, atividade motora adaptada e atividades de consciencialização motora, associando sempre a atividade representativa e simbólica (in <http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>).

SESSÕES DE PSICOMOTRICIDADE

Os objetivos da realização das sessões de psicomotricidade adaptada às problemáticas aditivas são:

- Preparar o utente para a alta ajudando no processo de modificação de comportamento;
- Promover a autoestima;
- Estimular a socialização;
- Promover a comunicação;
- Reduzir a ansiedade;
- Executar treino de memória;
- Promover a interajuda/ coesão grupal.

De acordo com a dinâmica instituída na UDN, considera-se pertinente que a primeira sessão e a segunda sessão de psicomotricidade sejam realizadas à segunda-feira de tarde e à terça-feira de tarde respetivamente.

Modelo de Plano da Sessão de Psicomotricidade adaptada às Problemáticas Aditivas

Fase	Objetivos	Procedimento	Recursos	Duração
Orientação	Potenciar a orientação temporal.	Questionar o grupo relativamente ao dia (do mês e da semana), o mês, o ano e a estação do ano; Procurar a participação de todos os elementos do grupo.		10 minutos
Apresentação	Estimular o conhecimento mútuo; Promover a comunicação.	- Jogo da Teia: Cada utente faz a sua apresentação, dizendo o motivo do internamento e, quando concluída, passa o novelo a um outro utente/profissional à sua escolha. Pretende-se a formação de uma rede criando ligações entre profissionais e utentes.	- Cadeiras confortáveis; - Novelo de lã; - Dado;	
Aquecimento	Estimular capacidade física dos utentes; Motivar os utentes para o exercício físico; Mostrar a importância do exercício.	- Através de exercícios simples, e com acompanhamento de uma música, exercitam-se todas as partes do corpo: cabeça, ombros, braços, mãos, tronco, pernas e pés.	- Folha com perguntas Verdadeiro/Falso (V/F); - Música apropriada para o relaxamento;	5 minutos
Dinâmica de Grupo	Verificar conhecimentos sobre alcoolismo; Promover o autoconhecimento sobre os fatores precipitantes; Estimular a consciencialização e verbalização dos efeitos do álcool nas diferentes vertentes da vida de cada um.	1º- Lançar afirmações relativamente a problemática do álcool tendo que referir se são verdadeiros ou falsos (V/F); 2º- Situações que precipitam o consumo/ modelagem (recorrendo ao jogo da cadeira); 3º- Cada utente lança o dado e, mediante o número que sair e uma lista afixada, aborda os prós e os contras do alcoolismo face a uma de 6 áreas da sua vida.	- Caneta; - Questionário de avaliação.	30 minutos
Relaxamento	Promover o relaxamento e o bem-estar; Promover um sono mais repousante e reparador; Reduzir a ansiedade.	- Explicar o procedimento (Imaginação Guiada), e o seu objetivo, aos utentes; - Preparar o ambiente – calmo, com o mínimo de ruídos - e ajustar luminosidade.		10 minutos
Avaliação	Verificar aquisição de conhecimentos; Estimular verbalização de sentimentos relativamente à sessão.	Dar a oportunidade aos utentes de expressarem o que sentiram; Aplicar um questionário de avaliação.		5 minutos

Modelo de Plano da Sessão de Psicomotricidade adaptada às Problemáticas Aditivas

Fase	Objetivos	Procedimento	Recursos	Duração
Orientação	Potenciar a orientação temporal.	Questionar o grupo relativamente ao dia (do mês e da semana), o mês, o ano e a estação do ano; Procurar a participação de todos os elementos do grupo.	<ul style="list-style-type: none"> - Cadeiras confortáveis; - Dado; - Música apropriada para o relaxamento; - Caneta; - Questionário de avaliação. 	10 minutos
Apresentação	Estimular o conhecimento mútuo; Promover a comunicação.	- Cada utente apresentará a pessoa que está do seu lado direito e o quanto importante é para a pessoa estar no internamento.		5 minutos
Aquecimento	Estimular capacidade física dos utentes; Motivar os utentes para o exercício físico; Mostrar a importância do exercício.	- Através de exercícios simples, e com acompanhamento de uma música, exercitam-se todas as partes do corpo: cabeça, ombros, braços, mãos, tronco, pernas e pés.		30 minutos
Dinâmica de Grupo	Motivar os utentes para a necessidade de mudança; Estimular os utentes a encontrar alternativas ao consumo de álcool.	1º- Cada utente lança o dado e, mediante o número que sair e uma lista afixada, referir o que pretende mudar face a uma das vertentes da sua vida; 2º- Cada utente retira um papel e terá de terminar a frase "Quando tiver vontade de beber,...". Deverá continuar a frase, usando os seguintes temas –Bebidas, locais, amigos ou atividades alternativas.		10 minutos
Relaxamento	Promover o relaxamento e o bem-estar; Promover um sono mais repousante e reparador; Reduzir a ansiedade.	Explicar o procedimento (Imaginação Guiada), e o seu objetivo, aos utentes; Preparar o ambiente – calmo, com o mínimo de ruídos - e ajustar luminosidade.		5 minutos
Avaliação	Verificar aquisição de conhecimentos; Estimular verbalização de sentimentos relativamente à sessão.	- Dar a oportunidade a todos os utentes de expressarem o que sentiram;		

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

AS SESSÕES DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA PRETENDEM PRESERVAR OU MELHORAR O DESEMPENHO OU AS FUNÇÕES COGNITIVAS DAS PESSOAS, COMO SEJAM A MEMÓRIA, A ATENÇÃO, O RACIOCÍNIO, A CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS, ENTRE OUTRAS.

APLICAÇÃO DA ESTIMULAÇÃO COGNITIVA AO CONTEXTO DAS PROBLEMÁTICAS ADITIVAS

Goldman e colaboradores (1990) desenvolveram um PEC, que incidiu nas áreas da aprendizagem, atenção, resolução de problemas e capacidades visuo-espaciais, com população dependente de álcool. O seu trabalho integrou duas componentes de intervenção: (1) repetição de várias tarefas; e (2) a desconstrução de tarefas complexas nos componentes simples. Os autores concluíram que os dois métodos de intervenção tiveram um impacto positivo no funcionamento cognitivo geral.

Para aprender, armazenar e aplicar as estratégias apresentadas pelas intervenções psicoterapêuticas, para a prevenção da recaída, é necessário que a memória, aprendizagem e funções executivas estejam normalizadas. A normal tomada de decisão, o controlo impulsivo e escolhas de vida saudáveis são necessárias para manter a abstinência e influenciam os resultados do tratamento. Logo, a diminuição da reserva das capacidades cognitivas dificulta a manutenção da abstinência (Stavro et al., 2013). Segundo, Sofuoglu e colaboradores (2013) juntamente com a medicação e as abordagens comportamentais, as funções cognitivas devem ser abordadas no tratamento, especialmente as funções executivas, memória de trabalho, inibição e atenção sustentada

SESSÕES DE PSICOMOTRICIDADE

- Os objetivos da realização das sessões de psicomotricidade adaptada às problemáticas aditivas são:
- Preparar o utente para a alta ajudando no processo de modificação de comportamento;
- Promover a autoestima;
- Estimular a socialização;
- Promover a comunicação;
- Reduzir a ansiedade;
- Executar treino de memória;
- Promover a interajuda/ coesão grupal.

De acordo com a dinâmica instituída na UDN, considera-se pertinente que a primeira sessão e a segunda sessão de psicomotricidade sejam realizadas à segunda-feira de tarde e à terça-feira de tarde respetivamente.

Associados a ganhos em saúde:

- Cognição
 - Humor
 - Bem-estar
 - Atividade funcional
 - Qualidade de vida (QV)
 - Competências comunicacionais
 - Diminui a sobrecarga do cuidador e o consumo de recursos humanos e económicos.
- menor risco de declínio cognitivo, pelo que deverá ser iniciada o mais cedo possível.
 - Aumentar as reservas cerebrais e cognitivas
 - prevenindo a dependência e a incapacidade do idoso para se autocuidar

Princípios – chave na EC (boa prática)

- Focar-se em opiniões mais do que em factos, de forma a enaltecer os pontos fortes da pessoa. Ao questionar a opinião da pessoa, afastar-se do dualismo certo ou errado inerente aos factos, e obtêm-se respostas que podem ser divertidas, tristes, ..., mas não erradas.
- Utilizar a reminiscência enquanto auxílio no "aqui" e no "agora". Utilizar memórias passadas pode tornar-se útil e divertido durante as sessões de EC. A reminiscência pode ser utilizada para celebrar a vida familiar, personalidade, percurso profissional, passatempos e realizações da PcPNC.
- Proporcionar estímulos que suportem a memória. Quando em contacto com vários sentidos a memória desenvolve-se favoravelmente. ... as sessões de EC devem ser munidas de atividades que desencadeiem simultaneamente a visão, audição, olfacto, paladar e o tato.

Fase	Objetivos	Procedimento	Recursos	Duração
Orientação	- Potenciar a orientação temporal.	Questionar o grupo relativamente ao dia (do mês e da semana), o mês, o ano e a estação do ano; Procurar a participação de todos os elementos do grupo.	<ul style="list-style-type: none"> - Cadeiras confortáveis; - Jogo de cartas Dooble - Música apropriada para o relaxamento; - Caneta; - Questionário de avaliação. 	10 minutos
Apresentação	Estimular o conhecimento mútuo; Promover a comunicação.	- Cada utente faz uma breve apresentação sua.		
Aquecimento	Estimular capacidade cognitiva dos utentes; Motivar os utentes para o exercício mental; Mostrar a importância da motivação.	- Através de exercícios de anamnese simples, faz-se uma breve história de vida relacionada com a problemática.		5 minutos
Dinâmica de Grupo	Motivar os utentes para a necessidade de mudança; Estimular os utentes a nível cognitivo	- Realizar o jogo do Dooble, em grupo. Consiste num jogo com cartas em que todas elas têm um elemento em comum. Cada pessoa tem que referir qual é o elemento em comum e ir-se descartando até ficar sem cartas. O primeiro a ficar sem cartas ganha.		30 minutos
Relaxamento	Promover o relaxamento e o bem-estar; Promover um sono mais repousante e reparador; Reduzir a ansiedade.	Explicar o procedimento (Imaginação Guiada), e o seu objetivo, aos utentes; Preparar o ambiente – calmo, com o mínimo de ruídos - e ajustar luminosidade.		
Avaliação	Verificar aquisição de conhecimentos; Estimular verbalização de sentimentos relativamente à sessão.	Dar a oportunidade aos utentes de expressarem o que sentiram; Aplicar um questionário de avaliação.		5 minutos

Fase	Objetivos	Procedimento	Recursos
Orientação	- Potenciar a orientação temporal.	Questionar o grupo relativamente ao dia (do mês e da semana), o mês, o ano e a estação do ano; Procurar a participação de todos os elementos do grupo.	<ul style="list-style-type: none"> - Cadeiras confortáveis; - Música apropriada para o relaxamento; - Caneta; - Questionário de avaliação.
Apresentação	Estimular o conhecimento mútuo; Promover a comunicação.	- Cada utente faz uma breve apresentação sua.	
Aquecimento	Estimular capacidade cognitiva dos utentes; Motivar os utentes para o exercício mental; Mostrar a importância da motivação.	- Através de exercícios de anamnese simples, faz-se uma breve história de vida relacionada com a problemática.	
Dinâmica de Grupo	Motivar os utentes para a necessidade de mudança; Estimular os utentes a nível cognitivo.	- Utilizar vários provérbios populares impressos; divide-se o provérbio em partes; baralha-se os provérbios e cada pessoa tem que tentar completar um. No final reflete-se um pouco sobre cada provérbio.	
Relaxamento	Promover o relaxamento e o bem-estar; Promover um sono mais repousante e reparador; Reduzir a ansiedade.	Explicar o procedimento (Imaginação Guiada), e o seu objetivo, aos utentes; Preparar o ambiente – calmo, com o mínimo de ruídos - e ajustar luminosidade.	
Avaliação	Verificar aquisição de conhecimentos; Estimular verbalização de sentimentos relativamente à sessão.	Dar a oportunidade aos utentes de expressarem o que sentiram; Aplicar um questionário de avaliação.	

BREVE REFLEXÃO

AO DESENVOLVERMOS ESTE PROGRAMA PERMITIMOS QUE ESTES UTENTES FOSSEM INCLUÍDOS NUMA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA COM O OBJETIVO DE OS CONSCIENCIALIZAR PARA A NECESSIDADE DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO, ADQUIRINDO CONHECIMENTOS NO ÂMBITO DOS MALEFÍCIOS DO ÁLCOOL/ SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS, DANDO OPORTUNIDADE PARA A EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS BEM COMO ENVOLVÊ- LOS DE FORMA ATIVA NO PROCESSO TERAPÊUTICO OBTENDO ASSIM GANHOS EM SAÚDE.

