



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Carla Sofia Morais Azevedo

março de 2014



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Por Carla Sofia Morais Azevedo
Sob orientação da Professora Aida Maria da Silva Fernandes

março de 2014

Resumo

O presente relatório tem o intuito de demonstrar o trabalho realizado durante o estágio composto por três módulos, que decorreu na Casa de Saúde do Bom Jesus, nomeadamente na Unidade de S. José, Serviço de Reabilitação - Projeto CASA (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem) e Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental, tendo como linha orientadora a Reabilitação Psicossocial.

De acordo com o projeto de estágio foram desenvolvidos diversos programas e intervenções nas diferentes unidades designadamente o Programa de Estimulação Cognitiva (Unidade de S. José), Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se e Programa de Treino da Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro (Serviço de Reabilitação) e Consulta de Enfermagem e Estudo de Caso (Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental).

Considera-se que a escolha da sequência efetuada dos módulos foi pertinente, permitindo percorrer num sentido de maior autonomia das pessoas das diferentes unidades/serviços, adquirindo assim competências variadas e experiências bastante enriquecedoras na área da Reabilitação Psicossocial. A escolha da temática prendeu-se com interesses pessoais e profissionais, particularmente pelo facto de exercer atualmente atividade profissional num serviço de reabilitação psicossocial.

No decorrer do relatório são descritas e analisadas as aprendizagens adquiridas, os objetivos delineados e concretizados, as atividades realizadas, e as competências adquiridas. A análise reflexiva e a tomada de consciência sobre as competências adquiridas na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica permitirão que possa prestar melhores cuidados em situações de particular exigência e complexidade, tendo em vista a maximização da saúde, a prevenção e tratamento da doença, bem como acompanhar as pessoas que se encontram num processo de reabilitação psicossocial.

Palavras-chave: Enfermagem, Reabilitação Psicossocial

Abstract

This report aims to demonstrate the work done during the internship consists of three modules , which took place in the Casa de Saúde do Bom Jesus, in particular Unidade de S. José, Serviço de Reabilitação –Projecto CASA (Coexistence , Autonomy , Solidarity and learning) and Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental, with the guiding line Psychosocial Rehabilitation.

According to the draft stage various programs and interventions have been developed in different units namely Cognitive Stimulation Program (Unidade de S. José) , Training Program of Self Care and Hygiene Arranging up and Training Programme of Effective Use Management cash (Serviço de Reabilitação) and Nursing Consultation and Case Study Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental).

It is considered that the choice of the sequence was performed of relevant modules, enabling you to scroll in the direction of greater independence for people of different units / services, thus acquiring various skills and very enriching experiences in the area of Psychosocial Rehabilitation. The choice of the theme was related to personal and professional interests, particularly because currently work placement in a psychosocial rehabilitation service.

During the report are described and analyzed the lessons learned, and achieved the goals outlined, activities performed, and skills acquired. A reflective analysis and awareness of the skills acquired in the area of specialization in Mental Health Nursing and Psychiatric allow you to provide better care in situations of particular requirement and complexity, with a view to maximizing health, prevention and treatment of disease as well as track people who are in a psychosocial rehabilitation.

Key-Words – Nursing; Psychosocial Rehabilitation

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora Professora Aida Fernandes pelas orientações e ajuda na construção do presente Relatório.

Aos meus tutores nos diferentes Módulos de Estágio pelo apoio, disponibilidade, partilha de conhecimentos e momentos de aprendizagem proporcionados.

À minha família pela paciência e dedicação que demonstraram durante todo este percurso.

Ao Pedro por toda a compreensão e apoio constante ao longo deste caminho de aprendizagem.

À minha amiga e colega de Estágio, Enfermeira Sílvia Peixoto pelo companheirismo e alegria ao longo do percurso realizado.

Agradeço, ainda, a todas as pessoas assistidas da Casa de Saúde do Bom Jesus que contribuíram para a concretização deste trabalho.

A todos, o meu muito obrigado.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

Siglas

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD's – Atividades de Vida Diária
BELS – Basic Everyday Living Skills
CASA – Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem
CSBJ – Casa de Saúde do Bom Jesus
EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria
EPS - Educação para a Saúde
GIS – Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental
MMSE – Mini Mental State Exam
PEC – Programa de Estimulação Cognitiva
PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental
PTACHA – Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se
PTGEUD – Programa de Treino da Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro
UCP – Universidade Católica Portuguesa
USO - Unidade Sócio-Ocupacional Bento Menni
UVP – Unidade de Vida Protegida
UVA – Unidade de Vida Apoiada

Lista de Abreviaturas

Cit. – Citado
Consult. – Consultado
n.º - número
S. – São

Índice

0 – Introdução.....	15
1. Enquadramento Teórico.....	19
2. Da Conceção à Prática.....	23
2.1. Objetivos Transversais aos Módulos de Estágios.....	26
2.1.1. Conhecer a estrutura física, a dinâmica organizacional e funcional das unidades de estágio.....	26
2.1.2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Saúde Mental e Psiquiatria.....	30
2.2. Objetivos Específicos aos Módulos de Estágio.....	36
2.2.1. Executar um programa de estimulação cognitiva às utentes da Unidade de S. José.....	37
2.2.2. Implementar um Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se às utentes da Unidade de Vida Protegida que se encontram num processo de Reabilitação Psicossocial.....	41
2.2.3. Implementar um programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro às utentes das Unidades de Vida Apoiada que se encontram num processo de Reabilitação Psicossocial.....	46
2.2.4. Implementar a Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no GIS.....	52
2.2.5. Prestar cuidados de enfermagem individualizados aos utentes do apoio domiciliário – “ConSentido”.....	54
2.3. Competências Adquiridas.....	59
3. Conclusão.....	63
4. Bibliografia.....	65
4.1. Bibliografia da Legislação.....	70
Anexos.....	71
Anexo I – Programa de Estimulação Cognitiva – Manual.....	73
Anexo II – Resultados do Programa de Estimulação Cognitiva.....	125
Anexo III – Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se.....	135
Anexo IV – Resultados do Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se.....	181
Anexo V – Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro.....	191
Anexo VI – Resultados do Programa de Treino Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro.....	231
Anexo VII – Consulta de Enfermagem.....	241
Anexo VIII – Estudo de Caso.....	291

Índice de Gráficos

Gráfico 1_ Avaliação Inicial e Final	40
Gráfico 2_ Resultados da Participante 3	45

Índice de Quadros

Quadro 1_ Escala de Lawton e Brody	51
--	----

0 – Introdução

O presente Relatório foi elaborado no âmbito do VI Curso do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no Instituto de Ciências da Saúde do Porto, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), estando enquadrado na Unidade Curricular Relatório e diz respeito ao cumprimento de um projeto de estágio individual para a aquisição da Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, correspondendo à descrição dos diferentes módulos de estágio, realizados no período de tempo compreendido entre 13 de maio de 2013 e 1 de fevereiro de 2014, sob orientação da Professora Aida Fernandes. Após a sua discussão pública servirá, ainda, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Este trabalho emerge do cessar de um extenso processo de planeamento, ações e avaliações reflexivas, bem como, de uma compilação de aprendizagens, experiências e vivências significativas ao longo dos diferentes módulos do Estágio, visando o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e competências, académicas e profissionais, no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria.

Para este fim, e de acordo com o plano de estudos do Curso, o Estágio foi dividido em três módulos, cada um deles com 180h de contacto em prática clínica:

Módulo I – Promoção de estilos de vida saudável, Diagnóstico e Prevenção, realizado no Serviço de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ) – Projeto CASA; Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos, efetuado na Unidade de S. José da CSBJ; Módulo III – Opcional, em que o estudante poderá optar, em função do seu projeto profissional, por uma das seguintes áreas: Pedopsiquiatria, Psicogerontologia e Gerontopsiquiatria, Equipas de Psiquiatria Comunitária, Reabilitação e Reinserção, Pessoas com problemas de adição e outros, concretizado no Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental (GIS) na CSBJ.

A Unidade S. José é uma unidade de médio/longo internamento, que se encontra quase sempre na sua lotação máxima. As ações dos colaboradores vão ao encontro do bem-estar das utentes, na procura de uma promoção da saúde e atitudes cuidadoras perante cada utente, como seres holísticos com necessidades individuais. Todos os colaboradores contribuem, no âmbito de intervenções previamente planeadas, com a equipa multidisciplinar, para o bom funcionamento desta unidade. A escolha deste local de estágio prendeu-se, sobretudo, com o facto de esta unidade estar vocacionada para a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com vista à melhoria da qualidade de vida, sendo que, na maioria das vezes, é esta unidade que referencia as pessoas com doença mental para o Serviço de Reabilitação da mesma instituição.

O Serviço de Reabilitação da CSBJ engloba o projeto CASA, sendo este serviço composto por uma residência de treino (Unidade de Vida Protegida - UVP) e três apartamentos terapêuticos (Unidade de Vida Apoiada - UVA). É precisamente uma mudança (apoiada) de contexto social que se pretende com o projeto CASA, uma iniciativa que pretende potenciar a vida autónoma de pessoas portadoras de doença mental.

Este serviço tem como objetivos: Assegurar a individualização e a estabilidade dos utentes numa vida normalizada, quer na vertente relacional (tanto na Unidade como na comunidade), quer na vertente laboral; reintegração comunitária de doentes hospitalizados, que pelas suas características poderão reingressar na vida comunitária, evitando-se desta forma o prolongamento do internamento que poderia levar a uma cronicização da sua evolução; e integração na comunidade de doentes já vinculados ao programa, tanto a nível laboral, atividades de lazer. Os objetivos descritos pretendem de forma global a obtenção de maior autonomia, melhoria da qualidade de vida e integração na comunidade, sendo também o serviço onde exerço funções, motivo que me levou à escolha deste campo de estágio com o intuito de experienciar com uma visão diferente de estagiária as intervenções adequadas a este contexto.

O GIS disponibiliza um conjunto de serviços integrados de reabilitação psicossocial na comunidade, promovidos por uma equipa multidisciplinar, nomeadamente: Consultas da Especialidade, Unidade Sócio-Ocupacional (USO), Formação e Integração Profissional e o Apoio Domiciliário. Ao nível das intervenções realizadas prendem-se com Atividades Ocupacionais, Formação

Profissional Inicial, Reabilitação Cognitiva, Treino Competências Sociais, Treino de Atividades de Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's). Os destinatários deste gabinete são pessoas adultas com doença mental, cuidadores informais e profissionais de saúde. Neste sentido a escolha da área da Saúde Mental Comunitária, para o Módulo III, mais particularmente as Equipas de Psiquiatria Comunitária, prendeu-se sobretudo com o facto de esta unidade estar vocacionada para a reabilitação psicossocial, bem como permitir o contacto com as duas tipologias de respostas acima descritas nomeadamente a Unidade Sócio-Ocupacional (USO) e a equipa de apoio domiciliária. De referir que os cuidados na comunidade, bem como a participação comunitária são valores do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016.

A seleção dos locais de estágio prendeu-se com a escolha da sua linha orientadora, nomeadamente a Reabilitação Psicossocial por ter sentido a necessidade de intervir e avaliar as necessidades individuais, da família e comunidade na gestão de problemas de saúde mental a nível da reabilitação. A Reabilitação Psicossocial é um processo importante que tem o objetivo de facilitar o desenvolvimento das potencialidades de cada pessoa, com o intuito de a tornar cada vez mais autónoma para que possa exercer o seu papel na comunidade.

O presente relatório pretende apresentar o percurso de concretização do projeto de estágio delineado, tendo como objetivos nomeadamente: Descrever e Analisar as atividades desenvolvidas nos diferentes módulos de estágio; Refletir sobre os objetivos subjacentes às mesmas; demonstrar as competências gerais e específicas desenvolvidas e adquiridas; Refletir sobre a prática de cuidados; Cumprir uma exigência curricular; e constituir um documento de avaliação para a obtenção de grau Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A metodologia adotada para a realização do presente relatório baseou-se no conhecimento empírico e científico, fundamentada com pesquisa bibliográfica e cibernética subjacente e relevante para as diversas temáticas relacionadas com a Saúde Mental e Psiquiatria e Reabilitação Psicossocial, bem como, em entrevistas informais realizadas a profissionais de saúde das equipas multidisciplinares dos diversos locais de estágio. A Norma de citar e referenciar utilizada ao longo do documento foi a Norma Portuguesa 405 de realização de trabalhos escritos, instituída pela UCP. Na elaboração deste relatório, presumo como principal dificuldade, a descrição de toda

Para uma melhor compreensão e organização, este documento encontra-se dividido em quatro partes principais: Introdução, Enquadramento Teórico, Da Conceção à Prática e Conclusão.

Na presente introdução foi efetuado um enquadramento do trabalho, definindo-se objetivos do relatório, apresentação e justificação dos locais de estágios. De seguida o enquadramento teórico em que se aborda a temática de Saúde Mental e Psiquiatria e Reabilitação Psicossocial com o intuito de apresentar e compreender a temática que constituiu o fio condutor do estágio.

O segundo capítulo denominado “Da conceção à prática” encontra-se subdividido em duas partes, nomeadamente Objetivos Transversais aos Módulos de Estágio e Objetivos Específicos aos Módulos de Estágio, onde se faz uma contextualização do projeto de estágio, suas linhas orientadoras, caracterização dos campos de ação e a operacionalização do projeto, sendo apresentados os objetivos transversais e específicos planeados nos diferentes módulos do estágio e sua concretização e respetiva avaliação referindo quais as competências adquiridas ao longo deste percurso.

Por fim é apresentada uma conclusão geral do relatório em que são analisados os principais aspetos tratados e a síntese das experiências vividas, competências adquiridas, dificuldades e sugestões.

Em anexo são apresentados todos os documentos considerados pertinentes, desenvolvidos ao longo do Estágio, que permitem uma melhor caracterização das intervenções desenvolvidas, nomeadamente Anexo I – Programa de Estimulação Cognitiva, Anexo II – Resultados do Programa de Estimulação Cognitiva, Anexo III – Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se, Anexo IV – Resultados do Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se, Anexo V – Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro, Anexo VI – Resultados do Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro, Anexo VII – Consulta de Enfermagem e Anexo VIII – Estudo de Caso.

1. Enquadramento Teórico

Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Para além das pessoas que apresentam uma perturbação diagnosticável, muitas têm problemas de saúde mental que podem ser considerados “subliminares”, não preenchendo os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica mas estão, também, em sofrimento, devendo beneficiar de intervenções.

De acordo com a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001), Saúde Mental não é apenas a ausência de doença mental, mas sim um estado de bem-estar em que o indivíduo tem noção das suas capacidades, conseguindo lidar com o stress normal da vida, trabalhando produtivamente e contribuindo para a sua comunidade. Apesar de muitas pessoas não sofrerem de uma doença mental diagnosticável, pode-se afirmar que algumas pessoas são mentalmente mais saudáveis que outras. Algumas características para abordar saúde mental prendem-se com a capacidade de disfrutar da vida, a resiliência (capacidade de fazer frente à adversidade e lidar com situações imprevistas ou novas), o equilíbrio (manter um equilíbrio entre tempo passado sozinho e socialmente, entre trabalho e vida pessoal, entre sono e tempo acordado) e a flexibilidade (capacidade de modificar as nossas expectativas consoante as situações).

A Doença Mental é um conceito difícil de definir pois abarca um leque alargado de perturbações que alteram o funcionamento emocional, intelectual e social, mais por desadequação ou distorção do que por falta ou deficiência das capacidades anteriores à doença (FAZENDA, 2008). As diversas dimensões profundas da pessoa são afetadas, nomeadamente funções e faculdades cognitivas e comportamentais, que podem dificultar a compreensão e discernimento para uma escolha livre e autónoma. A doença mental, não existe numa pessoa, mas num sistema de relações, sendo resultado de certas

estruturas sociais e é associada à incapacidade de pensar coerentemente dentro dos padrões considerados normais.

Os distúrbios mentais são responsáveis por mais de 12% da carga global de doença em todo o mundo, valor que sobe para 23% nos países desenvolvidos (XAVIER, M et al, 2013)

Segundo o documento Saúde mental em números - 2013 (relatório que compila dados sobre as principais perturbações mentais entre 2007 e 2011), Portugal apresenta a prevalência mais elevada de perturbações mentais (22,9%) entre oito países europeus e é o segundo a nível mundial, entre nove países analisados. Das 10 doenças que mais contribuem para incapacidade de trabalho, cinco são perturbações psiquiátricas, com destaque para a depressão, os problemas ligados ao álcool, as perturbações esquizofrénicas, as doenças bipolares e as demências.

Relativamente ao consumo de antidepressivos, em Portugal é mais elevado do que a média da União Europeia, quer para tratar a depressão (55% em Portugal e 51% na União Europeia), quer as perturbações de ansiedade (47% e 41%, respetivamente). A evolução dos números de suicídios revela um aumento entre 2007 e 2010 e uma ligeira diminuição em 2011, mas é provável que se verifique uma subnotificação desta causa de morte. O suicídio é frequentemente relacionado com perturbações mentais e é mais preocupante na população com idade igual ou superior a 70 anos. Outro aspeto preocupante é relativo ao consumo de substâncias psicoativas, principalmente a canábis, entre os jovens devido à evidência científica atual do risco psicótico também associado à menoridade. Os dados sobre internamento apontam as psicoses, designadamente a esquizofrenia, como as principais causas que levam à hospitalização dos portadores de problemas mentais. (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2013).

Nos últimos tempos, o modelo de atenção em saúde mental, modificou do enfoque institucional da pessoa com doença mental para uma abordagem comunitária. Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007 – 2016:

“A abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez maior ênfase à manutenção dos doentes na respectiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2008:21):

Os serviços de saúde mental precisam de oferecer uma assistência que promova o treino de habilidades que estimulem a autonomia e a reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental.

Neste sentido, em Portugal, o Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro, preconiza a criação de estruturas multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental, adaptadas às características de grupos etários específicos, em articulação com a rede nacional de cuidados continuados integrados e com os serviços locais de saúde mental, passando a prestação de cuidados de saúde mental a ser assegurada por equipas e unidades multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspetos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.

O desenvolvimento recente da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados irá possibilitar o desenvolvimento de respostas específicas de cuidados continuados integrados no âmbito da saúde mental, com o intuito de um crescente envolvimento das pessoas com doença mental e suas famílias, bem como o aumento em qualidade de vida e eficácia dos tratamentos.

A Reabilitação Psicossocial é o processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o autocuidado, atividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade (Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 Janeiro). O processo de reabilitação psicossocial numa pessoa com doença mental não é só uma técnica, mas um processo de transformação que é uma componente essencial dos cuidados de Saúde Mental.

Segundo a definição da WORLD ASSOCIATION FOR PSYCHOSOCIAL REHABILITATION (1996), entende-se que a reabilitação psicossocial é um processo que facilita a obtenção de oportunidades para pessoas que sofrem de uma doença mental, incapacidade ou desvantagem, para que possam alcançar um nível de funcionamento independente na comunidade. Isto implica tanto o desenvolvimento de competências pessoais como o desenvolvimento dos recursos ambientais favorecendo a obtenção de uma vida com a melhor qualidade possível.

De acordo com A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001:62), a reabilitação psicossocial é entendida como:

“um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade, o que envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais.”

Os princípios da reabilitação psicossocial, ou seja, as premissas fundamentais presentes num processo de reabilitação psicossocial orientam-se em três vertentes: a primeira refere-se à pessoa, a segunda à rede social de suporte, e a terceira à equipa profissional de reabilitação. A reabilitação psicossocial pretende, tendo em conta os princípios mencionados, o envolvimento ativo da pessoa, o desenvolvimento de competências e o desenvolvimento de recursos no ambiente, o tratamento psicofarmacológico, aumento das competências da pessoa com doença mental, melhorias comportamentais nos ambientes da sua escolha, utilização de uma variedade de tratamentos e técnicas e o envolvimento da família.

A Reabilitação Psicossocial é um processo fulcral para as pessoas com doença mental e suas famílias assumindo o enfermeiro um papel primordial. Neste sentido o estágio realizado ao longo dos três módulos foi previamente pensado e planeado tendo como linha orientadora esta temática da Reabilitação Psicossocial. Todos os objetivos planeados e as atividades/intervenções realizadas tiveram como base o presente tema e como fim último o alcance do máximo potencial da pessoa que se encontra neste processo de reabilitação.

2. Da Conceção à Prática

O desenvolvimento ao nível técnico-científico dos cuidados de saúde é uma realidade com que todos os profissionais se deparam e face à qual desenvolvem respostas de modo a prestarem os melhores cuidados. O Enfermeiro enquanto prestador de cuidados à Pessoa, Família e Comunidade, sente necessidade de aprofundar conhecimentos, desenvolvendo, assim, capacidades para dar resposta a situações complexas, estabelecendo nesse sentido, prioridades de intervenção ao Cliente e Família.

Neste sentido, tornou-se fundamental no início do trajeto do estágio, a elaboração de um Projeto de Estágio de forma a orientar para o desenvolvimento de competências da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, permitindo uma maior orientação no planeamento de atividades no decurso do Estágio.

Segundo BARBIER (1993:p.52) “Projeto não é uma simples representação do futuro do amanhã, do possível, de uma ideia, é o futuro a fazer, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato.”

A elaboração do mesmo permitiu descrever quais os objetivos, atividades e estratégias a desenvolver, para os diferentes módulos de Estágio. Para tal, foram consideradas as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), os objetivos estipulados no âmbito do curso e da disciplina que engloba o estágio de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, de forma a desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais, com o intuito de prestar cuidados de enfermagem especializados nesta área, além dos cuidados gerais.

A elaboração deste projeto revestiu-se de especial importância pois possibilitou encontrar um fio condutor ao longo dos três módulos de estágio, em que a planificação antecipada dos objetivos, das atividades/estratégias e os indicadores de avaliação (processo e resultado), permitiram estruturar o Estágio de forma

mais organizada e sistemática. Por outro lado, além de cumprir uma exigência curricular facilitou a concretização dos objetivos e permitiu uma reflexão sobre o caminho a seguir tendo em vista o desenvolvimento de Competências EESMP.

Neste sentido, como já referido anteriormente, a temática escolhida como fio orientador do estágio foi a Reabilitação Psicossocial. As razões pela presente escolha prendeu-se com o facto de ser uma temática atual e em desenvolvimento pois como já abordado e exposto aquando do enquadramento teórico e de acordo com a pesquisa bibliográfica realizada, o modelo atual de atuação no âmbito da saúde mental e psiquiatria é atualmente o comunitário, enquadrando-se nele a Reabilitação Psicossocial, como motor da intervenção comunitária.

A Reabilitação Psicossocial é um conceito amplo que contempla várias dimensões, sendo a mesma definida ao longo do tempo por diversos autores. Nas últimas décadas o interesse dos profissionais de saúde mental pela reabilitação psicossocial aumentou, assim como a atenção dos organismos internacionais. A reabilitação psicossocial não é um processo linear nem unilateral mas um processo global, complexo e multidisciplinar, que se desenvolve na interação entre todas as pessoas intervenientes: a pessoa com doença mental, a família ou rede social de suporte e a equipa técnica.

O EESMP assume-se como elemento fundamental do processo de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental, devendo manter uma atitude positiva, não discriminando e apostar fortemente na valorização das capacidades das pessoas e no seu envolvimento ativo na definição de metas ajudará ao sucesso de qualquer intervenção. Neste sentido, o Enfermeiro deve desenvolver programas em diversas áreas relacionadas com a saúde mental e psiquiatria que tenham como fim potenciarem a máxima capacidade das pessoas em processo de Reabilitação Psicossocial. As funções do enfermeiro prendem-se com ajudar a pessoa com doença mental e à sua família a adquirir competências que permitam atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório, contribuindo para a sociedade onde se insere.

Tendo em conta a linha orientadora acima descrita, a escolha do local de estágio recaiu na CSBJ, dado ser uma instituição que contempla serviços direcionados para a área de reabilitação psicossocial e porque é a instituição onde exerço atividade profissional, e a qual exalto pela qualidade dos cuidados que são prestados aos utentes/família. A sequência da realização dos módulos

também foi previamente planeada, no sentido de evoluir num percurso progressivo de Reabilitação Psicossocial, aumentando ao nível da autonomia das pessoas assistidas, desde uma unidade de médio/longo internamento – Unidade de São José, ao Serviço de Reabilitação e por fim intervenção na Comunidade - GIS, conseguindo, desta forma, acompanhar as pessoas assistidas em diversas fases do processo de Reabilitação Psicossocial, avaliando e comparando as suas características, vivências, condições e expectativas.

O Módulo II decorreu na Unidade de S. José e a escolha deste local de estágio prendeu-se, sobretudo, com o facto de esta unidade estar vocacionada para a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com vista à melhoria da qualidade de vida, sendo que, na maioria das vezes, é esta unidade de médio/longo internamento que referencia as pessoas com doença mental para o Serviço de Reabilitação da mesma instituição.

Relativamente ao Módulo I, o mesmo decorreu no Serviço de Reabilitação – projeto CASA. Esta unidade pretende desenvolver ações ao nível da reinserção e reintegração comunitária de pessoas com doença mental, que pelas suas características, poderão reingressar na vida comunitária. Este projeto pretende também assegurar a individualização e estabilidade destas pessoas numa vida normalizada, quer na vertente relacional, quer na vertente laboral. Os objetivos descritos pretendem de forma global a obtenção de maior autonomia, melhoria da qualidade de vida e integração na comunidade, sendo também o serviço onde exerço funções.

As respostas específicas dos cuidados continuados integrados no âmbito da saúde mental constituem um segmento especializado da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho. De acordo com este diploma, a prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental é assegurada por: Unidades de convalescença; Residências de treino de autonomia, residências de apoio máximo, residências de apoio moderado e residências autónomas; Unidades Sócio-Ocupacionais e Equipas de apoio domiciliário. Estas respostas comunitárias estão devidamente caracterizadas na Portaria n.º 149/2011, de 04 de Abril.

Neste sentido a escolha da área da Saúde Mental Comunitária, para o Módulo III, mais particularmente as Equipas de Psiquiatria Comunitária, prendeu-se sobretudo com o facto de esta unidade estar vocacionada para a reabilitação

psicossocial, bem como permitir o contacto com as duas tipologias de respostas acima descritas nomeadamente a USO e a equipa de apoio domiciliária. De referir que os cuidados na comunidade, bem como a participação comunitária são valores do PNSM 2007-2016.

2.1. Objetivos Transversais aos Módulos de Estágios

De acordo com o Regulamento n.º122/2011 de 18 de Fevereiro (2011:8648), entende-se por Enfermeiro Especialista:

“Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”

Mais especificamente na Área de Saúde Mental, o Regulamento n.º129/2011 de 18 de Fevereiro, realça a importância do papel do EESMP no sentido que o enfermeiro foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante as respostas humanas desajustadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.

Seguindo a mesma linha de pensamento, neste subcapítulo abordam-se os objetivos transversais aos três módulos de estágio que permitiram alcançar um vasto leque de conhecimentos inerentes à área de especialização de saúde mental e psiquiátrica. Para cada objetivo, faz-se uma descrição das atividades/estratégias desenvolvidas que contribuíram para a aquisição de competências de EESMP, assim como são apresentadas as principais conclusões e reflexões.

2.1.1. Conhecer a estrutura física, a dinâmica organizacional e funcional das unidades de estágio

Na realização do estágio, torna-se fulcral conhecer a estrutura física, a dinâmica organizacional e funcional das unidades de estágio, de forma a compreender e interpretar as características organizacionais da instituição/unidades, simplificando o processo de integração na equipa

multidisciplinar, bem como o processo de comunicação entre os membros da equipa, melhorando conseqüentemente o desempenho profissional, motivo pelo qual se definiu o atual objetivo geral e objetivos específicos correspondentes: Realizar visita à estrutura física das unidades de estágio e Consultar documentos oficiais existentes relacionados com a orgânica e da funcionalidade da Instituição/Unidade.

Como meio para a concretização dos mesmos, foram desenvolvidas um conjunto de atividades nomeadamente: Realização de entrevistas informais à Enfermeiras chefes/tutoras da Instituição e Unidades; Visita às instalações; Caracterização da estrutura física das unidades; Caracterização do conteúdo funcional das Unidades e Instituição junto do responsável e da equipa multidisciplinar; Conhecimento e análise dos protocolos de colaboração, com outras instituições; Identificação dos projetos existentes e respetiva população alvo.

Para avaliar a realização dos objetivos delineados foram descritos os seguintes indicadores de avaliação: realizar a caracterização da estrutura física das unidades de estágio e realizar a caracterização dos recursos existentes e funcionalidade das unidades de estágio, que de seguida são descritos em específico para cada campo de estágio.

O objetivo geral acima descrito e os respetivos específicos foram atingidos com eficácia nos três campos de estágio. Para tal, foi fundamental uma boa integração junto das equipas multidisciplinares, que se mostraram sempre disponíveis para dar esclarecimentos sobre as dinâmicas de cada unidade. A observação direta e a participação na prestação de cuidados, a consulta de procedimentos, manuais e regulamentos internos, normas, protocolos e legislação específica, foram fundamentais para a execução destes objetivos. Quanto ao módulo I, uma vez que exerço funções no Serviço de Reabilitação há mais de três anos, não foi necessária integração, bem como o conhecimento da estrutura física do serviço.

A Unidade S. José é uma unidade de médio/longo internamento, que normalmente se encontra quase sempre na sua lotação máxima. São 78 utentes provenientes de várias regiões de Portugal, com os mais diversos diagnósticos na área da Saúde Mental e Psiquiatria. São diversos os diagnósticos de entrada das utentes. De acordo com o Relatório de Atividades da Unidade de S. José relativo ao ano de 2012, pode-se constatar que o diagnóstico atual mais frequente diz

respeito a 43,6% e refere-se a Psicose Esquizofrénica. A idade das utentes encontra-se entre os 21 e os 87 anos. Relativamente aos Recursos Humanos torna-se importante referir que são Colaboradores e as Irmãs, que em conjunto com as utentes que dão vida à unidade, através das intervenções realizadas, sempre com o intuito de promover uma melhoria das capacidades das utentes e potenciar o seu processo de reabilitação.

Relativamente ao Serviço de Reabilitação da CSBJ, o mesmo engloba o projeto CASA, sendo este serviço composto por uma residência de treino - UVP e três apartamentos terapêuticos – UVA (s). É exatamente uma mudança (apoiada) de contexto social que se deseja com o projeto CASA, uma iniciativa que pretende potenciar a vida autónoma de pessoas portadoras de doença mental. As UVA (s) localizam-se em prédios de habitação comum, dotado de infra-estruturas básicas e servida por uma rede de transportes públicos. A UVP localiza-se dentro das instalações da CSBJ, sendo constituída por uma residência com condições habitacionais autónomas da restante instituição.

A UVP tem como objetivo preparar as utentes para uma vida mais autónoma, habilitando-as assim, para regressarem às suas casas familiares ou transitarem para apartamentos terapêuticos. A UVA é uma estrutura habitacional destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave, estabilizada e de evolução crónica mas com boa capacidade autónoma, favorecendo a sua integração em áreas de trabalho protegido, ou no mundo laboral normal. As mesmas favorecem, para estes fins, o desenvolvimento de diversas capacidades sociais e instrumentais.

As pessoas que se inserem nestes espaços desenvolvem conhecimentos e prática ao nível da higiene pessoal; tratamento da roupa; organização e a gestão do espaço; arrumo da residência incluindo limpeza e organização do espaço, preparação das refeições, compras, economia doméstica e gestão de dinheiro, gestão da medicação, saúde e segurança, gestão do tempo, utilização de recursos de suporte social e treino de habilidades sociais com vista a socialização. O comportamento social é também trabalhado através da prática de formas de comunicação adequadas; gestão de conflito, gestão dos tempos livres e incremento da tomada de decisão.

Atualmente as unidades do Projeto CASA são habitadas por 15 utentes do sexo feminino. Destas, sete estão inseridas no projeto Colorir Coop (cozinha

pedagógica) que prestam serviços no âmbito da Cozinha, Higienização de espaços e Engomadoria. As restantes desempenham atividades no período diurno na CSBJ, exercendo funções nos ateliers, lavandaria, serviço de admissões, entre outras funções esporádicas.

No que concerne ao GIS, este gabinete disponibiliza um conjunto de serviços integrados de reabilitação psicossocial na comunidade, promovidos por uma equipa multidisciplinar, nomeadamente: Consultas da Especialidade, USO, Formação e Integração Profissional e o Apoio Domiciliário. Ao nível das intervenções realizadas prendem-se com Atividades Ocupacionais, Formação Profissional Inicial, Reabilitação Cognitiva, Treino Competências Sociais, Treino de AVD's e Treino de AIVD's. Os destinatários deste gabinete são pessoas adultas com doença mental, cuidadores informais e profissionais de saúde.

A USO é um serviço que disponibiliza as seguintes intervenções; Atividades Ocupacionais, em articulação com a comunidade: informática, dança, atividade física, trabalhos manuais, cozinha, teatro, lazer, horta, entre outras; Treino de Atividades de Vida Diária: higiene pessoal, alimentação, vestir/despir; Treino de Atividades Instrumentais de Vida Diária: confeção de refeições, realização de compras, gestão de dinheiro, gestão de medicação, uso de transportes, higiene e organização habitacional, utilização de serviços; Psicoeducação; Facilitação do acesso a Formação e Integração Profissional; a Alimentação. Na USO dos 37 utilizadores inscritos nas atividades da USO, no mês de janeiro de 2014, 23 são mulheres e 14 são homens, na maioria solteiros, existindo um maior número de utilizadores na faixa etária dos 41-50 anos, sendo a média de idade 44 anos, a idade máxima situa-se nos 69 anos e a o utilizador mais jovem tem 23 anos. Relativamente à origem da referenciação para o USO, ou seja, o proponente, verifica-se que a maioria das referenciações foi iniciativa do próprio utilizador ou foi alguma instituição, sendo a maioria dos utilizadores reside no concelho de Braga (33), fato explicado pois o GIS situa-se na cidade de braga, sendo os acessos ao mesmo mais facilitados. Relativamente à escolaridade existem mais utilizadores com o 2º ciclo, verificando-se que a situação profissional na sua maioria são reformados e desempregados.

2.1.2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Saúde Mental e Psiquiatria

Segundo o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental (2010), o Enfermeiro Especialista deve compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. Além disso, o Enfermeiro Especialista detém a competência de prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa com doença mental ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a melhorar e recuperar a saúde.

Aquando da planificação do estágio tornou-se fundamental delinear um objetivo central que orientasse toda a intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. O objetivo delineado foi: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Saúde Mental e Psiquiatria.

Considera-se que através deste objetivo consegue-se alcançar um corpo de conhecimentos que permite realizar intervenções de enfermagem, não só durante os estágios realizados mas, também, futuramente como Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. Ao longo dos estágios realizados nas diferentes unidades/serviços foi possível colaborar na prestação de cuidados, percebendo deste modo quais as necessidades e focos de intervenção em Enfermagem.

Neste sentido, e para responder ao objetivo geral mencionado anteriormente, bem como para adquirir as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental foram delineados os seguintes objetivos específicos concretizados de igual forma nos três campos de estágio designadamente: Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem nas unidades de estágio e Refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados no âmbito de Saúde Mental e Psiquiatria.

Ao longo dos diferentes módulos de estágio, para atingir o objetivo **Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem nas unidades de estágio** foram desenvolvidas as seguintes

atividades: Integração na equipa multidisciplinar, no seu método de trabalho; Prestação de cuidados diretos aos utentes e familiares; Colaboração nas decisões da equipa multidisciplinar; Promoção da participação ativa das utentes no seu processo de tratamento; Colaboração nos programas de melhoria contínua da qualidade na instituição/unidade; Realização de entrevistas informais à equipa multidisciplinar; Participação na dinâmica do serviço e no trabalho de equipa.

No contacto direto foi possível observar alguns pormenores que levam a refletir sobre a prática diária, como por exemplo o facto dos cuidados de higiene, na Unidade de S. José poderem ser realizados no turno da manhã ou da tarde de acordo com a vontade das pessoas assistidas, não sendo, assim, “obrigadas” a realizá-los sempre no turno da manhã, assim como os quartos da unidade estão apetrechados de objetos pessoais que fazem com que as pessoas se sintam aquele espaço como a sua casa.

Ainda relativamente à unidade de S. José, uma das dinâmicas realizada é uma Reunião Comunitária, que ocorre durante a semana, no início da manhã. A mesma é orientada em cada dia por um técnico diferente que faz parte da equipa multidisciplinar da unidade. Na mesma são abordados diversos assuntos, como atividades das utentes, discussão de diversos temas, resolução de conflitos, entre outros. Saliento que a realização das reuniões é importante pois as opiniões e ideias das utentes são a base orientadora das intervenções realizadas para e com as mesmas. O envolvimento das utentes na realização de atividades na unidade é um meio importante no desenvolvimento de capacidades de diversas AIVD'S com o intuito de promover a reabilitação e autonomia das utentes, que no futuro, poderão integrar num processo de reabilitação psicossocial.

Relativamente ao Serviço de Reabilitação é notório um maior grau de autonomia das pessoas assistidas deste serviço comparativamente às que se encontram em regime de internamento crónico. Este grau de autonomia é verificado no desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária e da oportunidade de acesso a outros serviços inseridos na comunidade.

No Serviço de Reabilitação também se realizam reuniões comunitárias semanalmente, orientadas pela enfermeira de serviço, pela psicóloga e assistente social, em que estão presentes as duas monitoras, fato importante pois são elas que passam maior tempo com as utentes e por isso têm papel fundamental no avaliar do processo de reabilitação das mesmas. O local das Reuniões da UVP é

na Residência Santa Teresa e das UVA é num gabinete expeto uma vez por mês em que a equipa multidisciplinar se desloca aos apartamentos de forma a observar se os mesmos se mantêm limpos, arrumados e se as tarefas atribuídas a cada utente semanalmente estão a ser realizadas corretamente.

Durante o estágio realizado no GIS, colaborou-se com a restante equipa multidisciplinar na revisão da “Triagem” e da “Ficha de Referenciação” utilizadas no processo de admissão e posterior avaliação inicial de todos os utilizadores do GIS, bem como na elaboração de um guia de apoio ao preenchimento da ficha de triagem que se encontra disponível para toda a equipa multidisciplinar.

Para a revisão da ficha de Triagem foi fundamental ter em consideração que o processo de enfermagem consiste em seis fases, utilizando uma abordagem de resolução de problemas, admitida como metodologia científica da enfermagem. É orientada para os objetivos, com a finalidade de prestar ao cliente um cuidado de qualidade. Este processo é dinâmico e não estático, continuando enquanto o enfermeiro e o cliente interagirem em direção à mudança nas respostas físicas ou comportamentais do cliente. As seis fases do processo de enfermagem são: (Re)apreciação, Diagnóstico, Identificação dos resultados esperados, Planeamento, Implementação e Avaliação (TOWNSEND, 2011).

Na fase I de Apreciação o EESMP recolhe dados de saúde abrangentes e pertinentes para a saúde da pessoa. De acordo com a bibliografia consultada, neste primeiro passo, é reunida informação a partir da qual se estabelece uma base de dados para determinar o cuidado mais adequado para a pessoa. É nesta fase que se encontra a “Triagem” utilizada no GIS. Este documento de trabalho apresenta como objetivo primordial a recolha de informação da pessoa que pretende integrar esta resposta comunitária. Não é uma simples recolha de informação pois através dela pretende-se “orientar” a pessoa para a resposta mais adequada e que consiga dar resposta às suas expectativas e necessidades não satisfeitas.

Nesta avaliação recolhe-se diversas informações relacionadas com os dados biográficos, motivo da proposta, história do problema atual, esquema terapêutico, antecedentes (pessoais, familiares e de internamentos anteriores), grau de dependência a nível das atividades de vida diária a atividades instrumentais de vida diária, rede de relações (familiares e sociais), escola/educação, emprego, ocupação, recursos (financeiros, habitacionais e suporte social), expectativas e

objetivos, fatores de risco, fatores protetores e fatores prodrômicos, impressões clínicas (onde é avaliada aparência geral, higiene, humor, consciência, pensamento, discurso, linguagem não verbal, atenção, juízo crítico, percepção, memória e atitude face ao entrevistador). Por último, é elaborado um resumo das necessidades apresentadas e a pessoa é orientada para as intervenções mais apropriadas.

Após a reformulação da ficha de Triagem tornou-se oportuno e pertinente elaborar um documento de apoio ao preenchimento da mesma. Elaborou-se um “Guião da ficha de Triagem” com o objetivo principal de servir de guia orientador para a equipa multidisciplinar. De salientar que a equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, psicólogos, assistente social e terapeuta ocupacional onde é fundamental que todos estes elementos atuem de uma forma harmoniosa e articulada. Este documento encontra-se organizado da mesma forma que a triagem e para cada item a avaliar é definido o que é pretendido e a forma como deve ser feita recolhida essa informação.

Durante este estágio do módulo III, observou-se e participou-se em algumas atividades que se realizam diariamente no GIS. Na USO realizam-se um conjunto de atividades de natureza ocupacional que permite potenciar a reinserção social da pessoa com doença mental na comunidade. As atividades desenvolvidas são Informática, Dança, Atividade física, trabalhos manuais, Cozinha, Teatro, Lazer, Horta, entre outras. Os objetivos destas atividades são estimular as capacidades sensoriais, cognitivas e motoras das pessoas com doença mental, promover a igualdade de oportunidades no acesso às diferentes atividades e facilitar estratégias de normalização da doença mental pela articulação com a comunidade.

No contacto com os diversos elementos da equipa multidisciplinar, constatou-se que muitos utilizadores que participam nestas atividades evoluem positivamente, nomeadamente em relação a aspetos relacionais e comunicacionais, pois se no início eram introvertidos e por vezes pouco motivados em participar nas atividades, atualmente são muito ativos e interessados. Outro aspeto importante a referir é que, todas atividades realizadas no GIS, não só as ocupacionais acima referidas, permitem que o isolamento social que muitos dos utilizadores padeciam, seja diminuído, pois diariamente têm a responsabilidade de irem às atividades inscritas, dando também resposta a

muitas necessidades que as famílias apresentam. Ao observar e participar nas atividades realço o espírito de grupo que existe entre os utilizadores / utilizadores e utilizadores/equipa multidisciplinar. Também considero que torna-se fulcral existir uma equipa multidisciplinar coesa que possa intervir de acordo com as necessidades dos utilizadores do GIS.

Relativamente, ainda, à colaboração com a equipa multidisciplinar, participou nas Reuniões da Equipa Técnica do GIS que se realizam todas as sextas-feiras de tarde. Este momento da equipa é extremamente importante pois permite que a equipa multidisciplinar tenha um momento específico em conjunto em que avalia alguns casos dos utilizadores do GIS, novas propostas de admissão, intervenções a realizar, necessidades encontradas e soluções para cada situação, desde a mais simples à mais complexa e que exija a discussão por parte de toda a equipa. Cada utilizador do GIS, integrado em qualquer das valências disponíveis, quer na USO quer no apoio domiciliário tem um plano individual de intervenção, ou seja, um terapeuta de referência responsável por traçar juntamente com cada utilizador objetivos e planear intervenções apropriadas a cada caso. A realização do plano individual de intervenção é fulcral para que cada utilizador usufrua dos serviços adequados para a sua situação, como meio de melhorar o seu estado de saúde e por consequência a sua satisfação pessoal e qualidade de vida.

Como indicadores de avaliação para este objetivo específico definiu-se a monitorização do número de intervenções realizada em cada estágio, enfatizando-se os resultados obtidos no final de cada intervenção planeada. Estes resultados serão apresentados aquando descritos dos programas realizados nos diferentes campos de estágio.

O objetivo específico intitulado: **Refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados no âmbito de Saúde Mental e Psiquiatria**, orientou o pensamento sobre os cuidados de enfermagem prestados no âmbito da saúde mental e psiquiatria. Através deste objetivo e das intervenções realizadas sentiu-se uma evolução positiva na reflexão e na crítica sobre os cuidados prestados o que contribuiu favoravelmente para uma tomada de decisão mais consciente. Só se torna possível evoluir na prestação de cuidados, quer sejam cuidados gerais ou cuidados especializados, através de uma análise crítica e reflexiva dos cuidados prestados progredindo assim nos diferentes saberes que acompanham o enfermeiro: o saber-saber, saber-fazer, saber-ser e o saber-estar.

Seguindo a mesma linha de pensamento, considera-se que a aquisição e aplicação de novos conhecimentos, a consolidação de conhecimentos anteriormente adquiridos e ainda a articulação da teoria com a prática clínica foram fundamentais para a evolução enquanto pessoa e futura enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Para a concretização deste objetivo foi fulcral a comunicação com a equipa multidisciplinar, a realização das reflexões críticas quinzenais, bem como as orientações tutorais, com os enfermeiros responsáveis que orientaram nos campos de estágio e da professora, bem como os portfólios de aprendizagem realizados nos três módulos de estágio e do presente relatório de estágio.

No decorrer do módulo II, participou-se nas III Jornadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria desenvolvidas na CSBJ, em que a temática abordada foi “Cuidar em Hospitalidade”, onde foram expostos temas relacionados com Saúde Mental no Feminino, A Pessoa Assistida em Contexto de Saúde Mental: que Direitos e que Deveres?, Qualidade de Vida e Empowerment e Avaliação de Necessidades e Intervenção em Psicogeriatrics. Para as jornadas acima referidas colaborou-se mais ativamente relativamente à temática Saúde Mental no Feminino e Programa de Gestão do Regime Terapêutico, nomeadamente na elaboração de trabalhos que foram apresentados ao longo das jornadas.

Ao longo do módulo I tive a oportunidade de participar num workshop dinamizado pela Encontrar+se para a comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental. Este workshop decorreu nos dias 10 e 11 de outubro em que o tema principal foi: “Implementação do modelo de recovery e empowerment nos serviços de saúde mental. Desafio e Oportunidades”. Durante este encontro foram abordados conceitos como: a verdade, o universal, a busca da identidade do eu, a esperança, entre outros. No final deste workshop foi apresentado os diferentes modelos de atuação que existem: médico, psicossocial e médico-psicossocial. Para além destes modelos apresentaram o conceito de “psiquiatria mindful”, que não conhecia e que significa que a medicação prescrita deve ser a mínima possível e somente a necessária.

As Jornadas e o workshop descritos anteriormente permitiram-me refletir sobre diversas temáticas no âmbito da saúde mental e psiquiatria, bem como uma evolução na prestação de cuidados como especialista.

Em particular é de realçar a reflexão realizada acerca do papel do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria num contexto de Reabilitação Psicossocial, pois os Enfermeiros assumem o papel primordial no processo de Reabilitação Psicossocial de uma pessoa com doença mental e na integração da sua família no mesmo.

Relativamente ao módulo III, a participação do EESMP permite responder de forma otimizada às necessidades do doente através da implementação de intervenções sistemáticas e sustentadas na evidência. Por isso, os enfermeiros devem trabalhar na comunidade, acompanhando os doentes nas suas atividades quotidianas, promovendo a autonomia do doente a partir de intervenções terapêuticas individuais e de grupo. As intervenções realizadas visam a gestão das atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, a auto-regulação de sintomas e a prevenção da recaída, tais como o treino de competências sociais, a psicoeducação e a terapia familiar comportamental e o suporte psicossocial.

2.2. Objetivos Específicos aos Módulos de Estágio

Ao longo deste subcapítulo abordam-se os objetivos específicos de cada contexto de estágio. Para cada objetivo, faz-se uma descrição e reflexão das atividades/estratégias utilizadas e principais conclusões, que contribuíram para a aquisição de competências de EESMP.

Neste sentido para adquirir as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental foram delineados os seguintes objetivos específicos: Executar um programa de estimulação cognitiva às utentes da Unidade de S. José; Implementar um Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se às utentes da Unidade de Vida Protegida que se encontram num processo de Reabilitação Psicossocial; Implementar um programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro às utentes da Unidades de Vida Apoiada que se encontram num processo de Reabilitação Psicossocial; Implementar a Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no GIS; Prestar cuidados de enfermagem individualizados aos utentes do apoio domiciliário – “ConSentido”.

Os objetivos específicos referidos enquadram-se no objetivo geral: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem

especializados na área de Saúde Mental e Psiquiatria que direcionou toda a intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

De referir que o Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se e o Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro serão incluídos nos treinos do Espaço Autonomia + (projeto encontra-se em fase de apreciação), que será um espaço com o intuito de melhorar os cuidados e desenvolvimento de intervenções cada vez mais personalizadas e individualizadas, que permita o desenvolvimento de programas de intervenção, ao nível das AVD's e AIVD's, de forma a dar resposta a pessoas com moderado grau de incapacidade psicossocial, proporcionando a manutenção e o desenvolvimento da funcionalidade existente, potenciando a integração em Projetos de Reabilitação já existentes, facto que é importante pois vai de encontro às necessidades das pessoas assistidas e por outro lado é um desafio a elaboração dos mesmos, pois serão aplicados futuramente. Relativamente à Consulta de Enfermagem já está a ser realizada no GIS o que provoca um sentimento de dever cumprido.

2.2.1. Executar um programa de estimulação cognitiva às utentes da Unidade de S. José

O presente objetivo surgiu em consequência de uma inquietação em perceber quais os benefícios da implementação de um programa de estimulação cognitiva (PEC) em pessoas com Esquizofrenia.

Este tipo de programas de desenvolvimento de competências, visa aumentar o nível de funcionamento geral e de qualidade de vida de pessoas em situação de exclusão social e dependem, em grande parte, das capacidades de aprendizagem e de generalização dos indivíduos e, conseqüentemente, das suas capacidades cognitivas. (MARQUES, QUEIRÓS E ROCHA, 2006)

Os Programas de Estimulação Cognitiva têm o objetivo de prevenir o declínio cognitivo global conseqüente de doenças progressivas neurodegenerativas como por exemplo as demências. Espera-se que programas de estimulação sejam delineados de forma a manter as habilidades preservadas, intactas, compensando o que foi perdido e potenciando novas aprendizagens.

Segundo CLARE & WOODS (2004), a estimulação cognitiva pode ser apresentada em diferentes formatos, nomeadamente individualizada ou em grupo,

podendo ser extensa à família com a ajuda de um terapeuta e ser aplicada em diferentes contextos (institucional, centro de dia ou domicílio). Estas tarefas podem ser operacionalizadas em papel e lápis, no computador ou, então, através de analogias com as atividades de vida diárias.

A estimulação cognitiva global implica a estimulação geral de múltiplos domínios cognitivos, e a estimulação de domínios específicos pressupõem a estimulação apenas de um domínio, como por exemplo a memória (CLARE & WOODS, 2004). As funções cognitivas podem ser distintamente divididas em: atenção, orientação, memória, organização visuo-motora, raciocínio, funções executivas, planeamento e solução de problemas.

Neste sentido desenvolveu-se um PEC cujo manual é apresentado em Anexo I. O manual contempla o enquadramento, justificação, a metodologia utilizada, implementação e avaliação a ser utilizada. São apresentados também a pesquisa bibliográfica para a fundamentação, os planos de sessões, o procedimento de todas as sessões e ainda é descrito todos os documentos de avaliação para cada sessão. O mesmo foi fornecido à equipa de enfermagem da Unidade de S. José para ser posteriormente utilizado e adaptado às necessidades das pessoas assistidas com o intuito de proporcionar a continuidade de cuidados e a constante melhoria. De referir que as sessões delineadas não são inalteráveis, podendo estar sujeitas a modificações bem como o acréscimo de mais sessões e de exercícios de estimulação que contemplem outras áreas de cognição que não foram focos de atenção estimulados neste programa.

Este programa destinou-se às pessoas assistidas na Unidade de S. José e disponibilizou um conjunto de exercícios que vão de encontro às necessidades, potencialidades e expectativas mais comumente identificados ao longo das primeiras semanas de estágio, junto das pessoas assistidas e da equipa multidisciplinar, pois concluiu-se que a área da estimulação cognitiva estava pouco trabalhada nesta unidade e que poderia ter benefícios nomeadamente no processo de reabilitação psicossocial em que muitas utentes se encontram.

Na elaboração do PEC delineou-se o seguinte objetivo geral: Desenvolver um Programa de Estimulação Cognitiva e os respetivos objetivos específicos: Estimular a memória imediata, curto prazo e longo prazo; Estimular a Função Executiva e Estimular a Atenção e Concentração. A monitorização e a avaliação dos resultados foram realizadas mediante observação, aplicação do instrumento

de avaliação, Mini Mental State Exam (MMSE) e grelhas de observação (Ficha de Registos e Folha de Presenças). Os indicadores de resultado definidos no projeto de estágio foram obtidos através de uma análise estatística.

A aplicação do programa teve a duração de 1 mês e encontra-se estruturado em 10 sessões que incluem: 1.^a Sessão – Apresentação, 2.^a Sessão – Avaliação Inicial, da 3.^a Sessão à 9.^a Sessão – Sessões de periodicidade bissemanal e ainda a 10.^a Sessão – Avaliação Final. Os fenómenos de Enfermagem associados a esta intervenção são: memória comprometida, confusão presente, bem-estar alterado, interação social diminuída.

Inicialmente foi realizada a caracterização sociodemográfica das participantes que integraram o programa de estimulação cognitiva. Esta caracterização foi realizada na sessão nº2 através do preenchimento do questionário. Através da aplicação do mesmo às 9 participantes que integraram o PEC conclui-se que a média de idades é 41 anos e relativamente à escolaridade três das participantes tinham o 4.^o ano, duas o 5.^o ano e duas o 9.^o ano. No que concerne ao número de atividades desenvolvidas e em que o mínimo foi uma atividade e o máximo foram cinco atividades, a média são 3 atividades que cada participante realiza.

Após a realização da avaliação inicial procedeu-se à execução das sessões bissemanais em que se realizaram os exercícios de estimulação da memória, exercícios de estimulação da função executiva, exercícios de estimulação da atenção e concentração.

Para estimular a memória foram aplicados um total de quatro exercícios, que na grande maioria das participantes foi constatada uma evolução positiva quando comparado a tentativa 1 com a tentativa 2. Depois dos exercícios de estimulação da memória seguiram-se os exercícios de estimulação da função executiva. As funções executivas incluem raciocínio, lógica, estratégias e tomada de decisões, além de manter ações permanentes de controlo mental. Este conjunto de funções tem um papel central na organização e no planeamento de todas as nossas ações. No total realizaram-se quatro exercícios que pretendiam estimular a função executiva. No final da realização dos exercícios foi notória a facilidade com que realizaram este exercício uma vez que todas as participantes conseguiram responder afirmativamente sem ao que foi pedido sem dificuldades.

Por último pretendeu-se realizar exercícios de estimulação da atenção e concentração. De acordo com a pesquisa bibliográfica realizada a atenção e a

concentração são frequentemente apontadas como déficit cognitivo presente em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia.

Analisando os resultados obtidos, descritos isoladamente em cada exercício no Anexo II, pode-se avaliar o impacto do PEC através da avaliação final. Na avaliação final, em semelhança com a avaliação inicial, foi utilizado o MMSE. Este instrumento avalia a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Através da interpretação dos seus resultados consegue-se analisar se existe um déficit cognitivo.

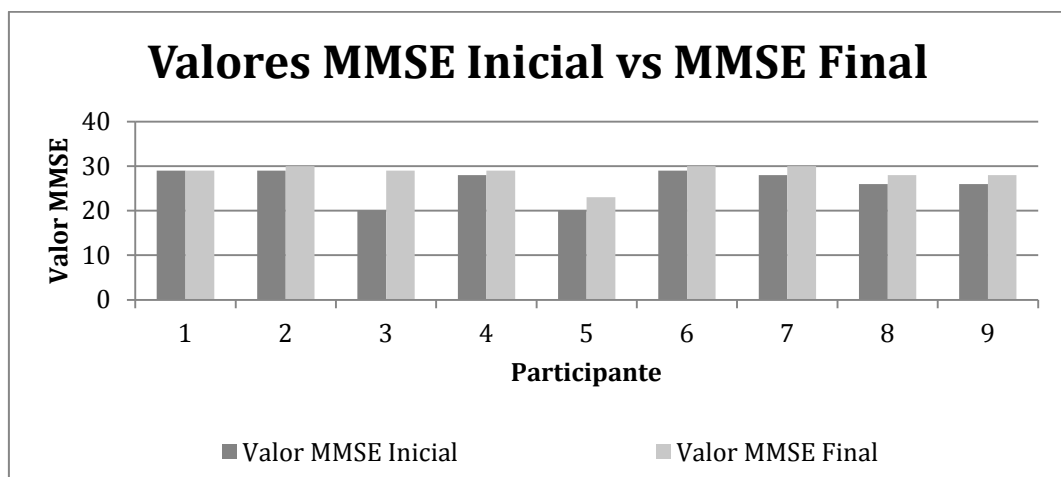


Gráfico 1_ Avaliação Inicial e Final

Observando e analisando o gráfico 1, que demonstra os valores iniciais e finais da aplicação do MMSE, verifica-se uma evolução positiva das participantes em relação ao seu desempenho, ou seja, ao melhorarem o seu desempenho cognitivo poderão desenvolver cada vez mais o seu potencial e as suas capacidades. Com isto conseguiu-se responder à questão inicial e perceber que com este tipo de programas a função cognitiva é melhorada. Esta conclusão vai ao encontro da pesquisa bibliográfica realizada.

A execução do PEC, como descrita e analisada anteriormente, conduziu à concretização do presente objetivo específico tendo como principais ganhos a melhoria das funções cognitivas das participantes, ou seja, treinaram e melhoraram um conjunto de capacidades que as habilitam a desempenhar uma série de atividades no âmbito pessoal, social e ocupacional, tais como: concentrar-se na leitura de um livro, aprender novas informações, solucionar problemas, realizar escolhas, manter uma conversa, entre outras, possibilitando adaptação adequada aos desafios que a vida impõe. O desenvolvimento do PEC

no âmbito da Reabilitação Psicossocial foi oportuna pois se com a aplicação destes programas se pretende prevenir o declínio cognitivo global, estimulando as habilidades preservadas, intactas e compensando o que foi perdido e potenciando novas aprendizagens irá potenciar e facilitar as pessoas que se encontram num processo de Reabilitação Psicossocial, pois fornece ferramentas essenciais para a concretização do mesmo.

2.2.2. Implementar um Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se às utentes da Unidade de Vida Protegida que se encontram num processo de Reabilitação Psicossocial

O Programa implementado designou-se por “Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se” (PTACHA), sendo as principais áreas de intervenção as atividades de vida diária, nomeadamente na área do autocuidado higiene e do arranjar-se que carece de intervenção especializada de enfermagem de saúde mental de psiquiátrica.

O presente programa que tem como objetivo melhorar o autocuidado higiene e arranjar-se das pessoas que se encontram na unidade de vida protegida. Este programa surge depois de uma inquietação pessoal e de uma constante observação da prática. Esta intervenção enquadra-se nos fundamentos do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria.

Os diagnósticos de Enfermagem identificados para esta intervenção são: Autocuidado Higiene Ineficaz, Autocuidado Arranjar-se Ineficaz, Aprendizagem de Capacidades Comprometida, Conhecimento Insuficiente e Resposta Psicossocial ao ensino inadequada.

O PTACHA apresentava como objetivo geral: Executar autonomamente o autocuidado higiene e arranjar-se, e como objetivos específicos: Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas no Autocuidado de Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral) e Arranjar-se; Reconhecer a importância do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se; Reconhecer corretamente os objetos necessários ao Autocuidado de Higiene e Arranjar-se; Reconhecer a sequência prática do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se; Identificar estratégias para a prática do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se; Treinar o Autocuidado de Higiene (higiene oral) e Treinar o Autocuidado de Arranjar-se.

Este programa de treino contemplou 3 principais fases: apresentação e avaliação inicial, sessões de treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se e avaliação final. A Fase I refere-se à apresentação de todo o programa de treino assim como das participantes e dos técnicos. Nesta fase também se procede à avaliação inicial através de um questionário de caracterização Sociodemográfica, Consentimento Informado e aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades MMSE, Basic Everyday Living Skills (BELS) e a Escala de Lawton e Brody.

Na Fase II foram descritas as sessões que compõem o PTACHA. Estas sessões são divididas em duas partes fundamentais: 1 – Autocuidado Higiene e Arranjar-se, 2 – Treino do Autocuidado Arranjar-se. Para todas as sessões definiu-se uma avaliação qualitativa e quantitativa através do preenchimento de uma “Grelha de Observação da Sessão” e um “Registo de Presenças”. E, por último, a Fase III que se refere à avaliação final onde se aplicou novamente o instrumento de avaliação BELS e a Escala de Lawton e Brody com o objetivo de avaliar os resultados de toda a intervenção. O manual do PTACHA pode ser consultado no Anexo III.

Para o programa foram definidas 8 sessões que se executaram na Unidade de Vida Protegida, nomeadamente na Residência Santa Teresa, desenvolvidas em grupo fechado, de periodicidade bissemanal, com a duração de cerca de 60 minutos em cada sessão. Através do preenchimento do questionário de caracterização sociodemográfico conseguiu-se obter dados sobre a nossa amostra, nomeadamente o número de participantes que inicialmente era de 5, no entanto por motivos de incompatibilidade de horários 2 participantes não conseguiram iniciar este programa, estabelecendo assim como número final de 3 participantes como amostra. Relativamente ao tempo de permanência no Serviço de Reabilitação a média é 22 meses (mínimo 9 meses e máximo 36 meses).

Depois da caracterização da amostra foram aplicados instrumentos de avaliação inicial definidos de acordo com os objetivos programados. A aplicação do MMSE teve o intuito de despistar um eventual défice cognitivo das participantes pois esta existência seria um critério de exclusão, o que não se verificou. Após a avaliação inicial seguiu-se a implementação das sessões previamente planeadas. Para avaliar as sessões utilizaram-se, para além do

registro de presenças, grelhas que permitiram obter dados quantitativos e qualitativos.

Relativamente à assiduidade obteve-se uma adesão das participantes em 100% em todas as sessões executadas. Facto este explicado pelo interesse demonstrado para as atividades, pela boa relação terapêutica estabelecida com todas as participantes, o local ser a própria residência e ainda o horário ter sido previamente sugerido e estabelecido pelas mesmas, nomeadamente as sessões teóricas (9h-10h) não se sobrepõem com as atividades diárias habituais e ainda o horário de treino do autocuidado higiene e arranjar-se (7.30h – 8.30h) ser o mesmo que habitualmente utilizam.

No que concerne à avaliação quantitativa foi utilizada uma grelha de observação que contemplava os seguintes parâmetros: motivação, atenção/concentração, participação, interesse, interação, comportamento e observações. Todos os parâmetros descritos foram analisados de acordo com uma escala numérica previamente definida com o objetivo de facilitar a avaliação quantitativa para cada participante. De um modo geral as participantes aderiram espontaneamente a todas as sessões demonstrando a sua motivação. No que se refere à atenção/concentração foi visível uma evolução positiva pois as participantes foram-se envolvendo progressivamente nas diferentes dinâmicas das sessões.

Em termos de participação verificou-se uma oscilação entre a participação ativa quando motivada com a participação ativa sem necessidade de motivação. Pode-se justificar estes resultados, e de acordo com o que foi verbalizado pelas participantes, esta oscilação foi consequência de um maior conhecimento e/ou preferência pelos diferentes temas abordados bem como de algumas condicionantes próprias do seu enquadramento clínico. Quanto ao interesse, este foi frequentemente demonstrado ao longo da maioria das sessões e de uma forma crescente, assim como a interação das participantes com o restante grupo ocorrendo uma interação espontaneamente e produtiva entre o grupo. O último parâmetro avaliado foi o comportamento.

Este item foi o que obteve mais dispersão entre o inquieto, o desorganizado e o adequado, verificando-se contudo, que o comportamento mais frequente foi o adequado. Podemos atribuir vários fatores que justificam a ocorrência do

comportamento classificado como inquieto e desorganizado nomeadamente fatores de ordem pessoal e clínico.

A parte teórica do PTACHA foi realizada na 2^a, 3^a e 4^a sessão tendo como temas respetivamente, o Autocuidado Higiene Corporal, o Autocuidado Higiene Oral e o Autocuidado Arranjar-se. Os objetivos prendiam-se com identificar as vantagens, as dificuldades e a importância do autocuidado higiene corporal, oral e arranjar-se, identificar corretamente a sequência, os objetos e os cuidados necessários para os autocuidados referidos. Na 4^a sessão também pretendeu-se identificar a importância dos cuidados ao cabelo e unhas, saber a sequência e os objetos necessários para a execução do autocuidado arranjar-se. Em todas as sessões todas as participantes foram unânimes em afirmar e apontar as vantagens, importância, objetos utilizados e a sequência que deve ser utilizada.

Depois das sessões de índole mais teórico executaram-se as sessões de treino do autocuidado higiene e arranjar-se, que no total foram 3. Com a realização das sessões práticas constatou-se que as residentes da UVP são possuidoras de conhecimentos teóricos razoáveis, no entanto, apresentavam défices na execução dos autocuidados. Por exemplo, posso referir a necessidade de relembrar, nas primeiras sessões, a prática do autocuidado de higiene oral que era esquecido com muita frequência assim como os cuidados a ter com o cabelo e unhas.

Na 8^a sessão realizou-se a avaliação final tendo sido aplicado para este efeito novamente o questionário BELS. A aplicação do questionário BELS no PTACHA deveu-se ao facto do mesmo ter sido concebido para avaliar as competências básicas de vida diária em pessoas com doença mental de evolução prolongada. O seu objetivo é avaliar o desempenho nas atividades de vida diária de pessoas que transitam de um ambiente institucional para outro com características residenciais, no contexto da reforma dos serviços hospitalares de saúde mental. Assim, é principalmente um instrumento de investigação, embora possa ser usado para avaliar as competências básicas de vida diária em pessoas integradas em programas de reabilitação.

Este questionário é composto por 26 itens, cada um dos quais descreve um comportamento concreto. Cada item é pontuado em duas escalas. (a) Uma escala de 3 pontos que avalia o grau de oportunidade para um desempenho autónomo e (b) Uma escala de 5 pontos que avalia o nível de desempenho atual. Os itens

estão agrupados em 4 domínios principais: Auto cuidado, atividades domésticas, competências sociais, atividade e relações sociais. Nas participantes do PTACHA observou-se situações em que mantiveram o desempenho, mas na maioria dos casos ocorreu uma evolução positiva nos 4 domínios mencionados, entre a avaliação inicial e final.

Os resultados obtidos relativamente à escala de desempenho para cada domínio da BELS serão apresentados e analisados para a participante 3, mas que teve variação semelhante às outras participantes. Não se analisa os resultados da escala de oportunidade pois não existe diferença neste item comparativamente entre a avaliação inicial e final.

No Gráfico 4, relativos à participante 3 observa-se uma evolução positiva relativamente ao domínio do Autocuidado e Competências Domésticas. No domínio de Competências Comunitárias e o Domínio de Ocupação e Relações Sociais não houve alteração entre os valores de avaliação inicial e avaliação final.

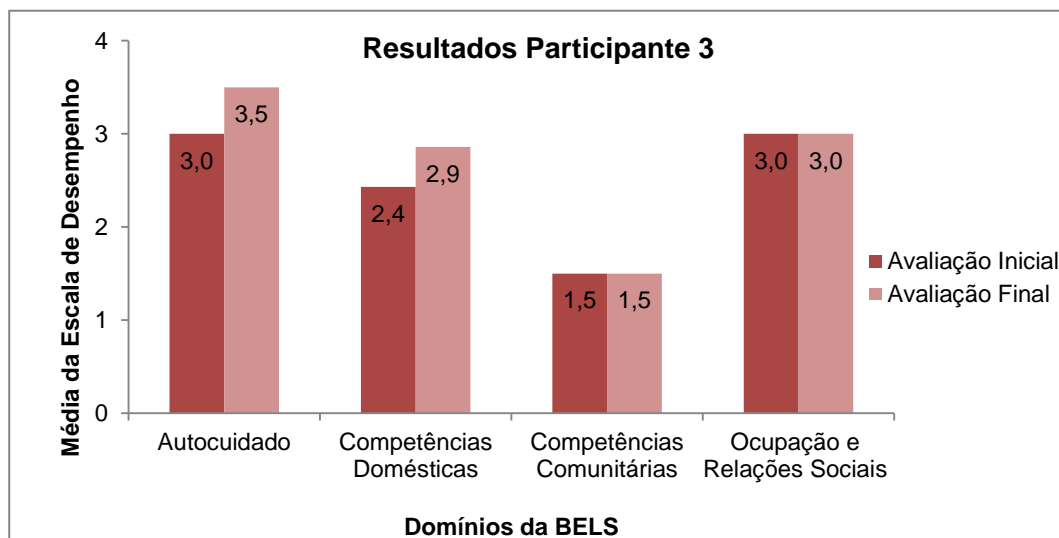


Gráfico 2_ Resultados da Participante 3

Verificou-se que os itens de melhoria do domínio do Autocuidado foram: vestir-se, higiene pessoal e vestuário. Comparativamente às outras participantes, a participante 3 obteve uma maior variação nos itens acima referidos, particularmente na higiene pessoal onde mostrava alguma negligência e que posteriormente melhorou o nível de higiene. Em relação ao vestuário em que, por vezes, teria que ser alertada para a necessidade de ter que trocar de roupa,

atualmente mantem a roupa e bom estado de conservação trocando-a com a regularidade adequada.

Com a execução do PTACHA que permitiu a concretização do objetivo específico descrito e analisado conclui-se que se as utentes melhoraram o seu desempenho no autocuidado higiene e autocuidado arranjar-se, o que ajudará a preparação das mesmas para uma vida mais autónoma, nomeadamente, para regressarem às suas casas familiares ou transitarem para apartamentos terapêuticos, progredindo positivamente no seu processo de Reabilitação Psicossocial.

Por outro lado, com a implementação do PTACHA foi possível compreender a importância da realização de intervenções de enfermagem no âmbito da promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção, no sentido que um défice de higiene pode acarretar consequências negativas para a saúde das pessoas, bem como comprometer a sua interação social. O objetivo geral e os respetivos específicos do PTACHA foram concretizados na totalidade, pois no final da implementação do mesmo as participantes executavam autonomamente o autocuidado higiene e arranjar-se.

Relativamente aos resultados mais detalhados obtidos com a implementação do PTACHA, bem como as bases de dados e o poster realizado, encontram-se descritos no Anexo IV.

2.2.3. Implementar um programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro às utentes das Unidades de Vida Apoiada que se encontram num processo de Reabilitação Psicossocial

Um dos objetivos do PNSM 2007-2016 é promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

Neste sentido elaborou-se o Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro (PTGEUD) que tem como objetivo melhorar a gestão económica das pessoas que se encontram nas unidades de vida apoiadas. O programa surgiu depois de uma inquietação pessoal e de uma constante observação da prática, na medida que exerceu funções no Serviço de Reabilitação, e em que as utentes

foram verbalizando dificuldades na gestão eficaz do uso do dinheiro, o que por vezes era motivo de *stress*. Esta intervenção enquadra-se nos fundamentos do EESMP e pretender avaliar de que forma uma gestão eficaz do uso do dinheiro poderá contribuir para as pessoas que estão num processo de Reabilitação Psicossocial.

O PTGEUD contemplou 3 principais fases: apresentação e avaliação inicial, sessões de treino de gestão eficaz do uso do dinheiro e avaliação final. A Fase I refere-se à apresentação de todo o programa de treino assim como das participantes e dos técnicos. Nesta fase também se procede à avaliação inicial através de um questionário de caracterização Sociodemográfica, Consentimento Informado e aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades MMSE, BELS e a Escala de Lawton e Brody.

Na Fase II descrevem-se as sessões que compõem o PTGEUD. Estas sessões dividiram-se em duas partes fundamentais: 1 – Treino de Gestão dos Gastos Mensais e 2 – Treino de Realização de Compras. Em todas as sessões realizou-se uma avaliação qualitativa e quantitativa através do preenchimento de uma “Grelha de Observação da Sessão”, uma “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão”, de um “Plano de Gastos Mensais” e ainda de um “Registo de Presenças”. Por último na Fase III, referente à avaliação final aplicou-se novamente a BELS e a Escala de Lawton e Brody, com o objetivo de avaliar os resultados de toda a intervenção. O manual do PTGEUD pode ser consultado no Anexo V.

Os diagnósticos de Enfermagem identificados para esta intervenção são: Aprendizagem de capacidades comprometida, conhecimento insuficiente e resposta psicossocial ao ensino inadequada.

O PTGEUD apresentava como objetivo geral: Executar uma correta gestão do orçamento mensal, e como objetivos específicos: Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão eficaz do uso do dinheiro; Reconhecer a importância de um planeamento do orçamento mensal; Reconhecer corretamente o dinheiro (notas e moedas); Elaborar um “Plano de Gastos Mensais”; Identificar estratégias para uma boa gestão e uso do dinheiro; e Realizar as compras previstas no “Plano de Gastos Mensais”;

Na implementação deste programa definiram-se um total de 8 sessões que foram executadas nas Unidades de Vida Apoiada (nomeadamente no

Apartamento Terapêutico 2 e 3), em grupo fechado com os elementos dos respetivos apartamentos (num total de 2 grupos), de periodicidade bissemanalmente, com a duração de cerca de 60 minutos em cada sessão. Realizou-se uma caracterização sociodemográfica, através de um questionário, constatando que a amostra é constituída por 5 participantes. Inicialmente a amostra era de 6 participantes, no entanto por motivos de incompatibilidade de horários 1 participante não conseguiu iniciar este programa, estabelecendo assim o tamanho da amostra em 5 participantes. De realçar que a média do tempo de permanência na UVA é 22 meses (mínimo 5 meses e máximo 32 meses).

No final da caracterização da amostra procedeu-se à aplicação dos instrumentos de avaliação inicial de acordo com os objetivos programados. Procedeu-se à aplicação do MMSE para despistar um eventual défice cognitivo das participantes pois esta existência seria um critério de exclusão, o que não se verificou.

No final da caracterização da amostra procedeu-se à aplicação dos instrumentos de avaliação inicial de acordo com os objetivos programados. Procedeu-se à aplicação do MMSE para despistar um eventual défice cognitivo das participantes pois esta existência seria um critério de exclusão, o que não se verificou.

Nesta fase inicial para além da aplicação do MMSE aplicaram-se os seguintes instrumentos de avaliação inicial: BELS e Escala de Lawton Brody. Os resultados do questionário da BELS e da escala de Lawton Brody serão apresentados aquando da avaliação final, de forma a podermos comparar, analisar e avaliar a eficácia de toda a intervenção.

Depois da avaliação inicial seguiu-se a implementação das sessões previamente planeadas. Para avaliar as sessões utilizaram-se para além do registo de presenças, grelhas que permitiram obter dados quantitativos e qualitativos.

Durante todas as sessões verificou-se 100% de assiduidade. Pode-se explicar este facto pelo constante interesse demonstrado pelas participantes na execução de todas as sessões. Justifica-se esta adesão, também, pela boa relação terapêutica estabelecida com todas as participantes, o local ser o próprio apartamento terapêutico e ainda o horário das sessões serem no final do dia, estabelecido no inicio do programa juntamente com as participantes, permitindo

assim que não existisse uma sobreposição com as atividades já existentes. Relativamente ao horário, em receio inicial prendia-se com o possível cansaço por parte das participantes visto que as sessões foram realizadas no final do dia no entanto este aspeto não foi observado.

Como já foi referido as sessões implementadas no PTGEUD tiveram, para além da avaliação da assiduidade, uma avaliação de carácter quantitativa e uma avaliação qualitativa. Relativamente à avaliação quantitativa utilizou-se uma grelha de observação que contemplava os seguintes parâmetros: motivação, atenção/concentração, participação, interesse, interação, comportamento e observações. Todos os parâmetros descritos foram analisados de acordo com uma escala numérica previamente definida com o objetivo de facilitar a avaliação quantitativa para cada participante.

Analisando globalmente todas as sessões, conclui-se que as participantes aderiram espontaneamente às diferentes dinâmicas demonstrando a sua motivação e interesse pela temática abordada. Este registo positivo no domínio da motivação, pode-se justificar pela relação terapêutica existente com as participantes do PTGEUD, bem como as mesmas ao terem previamente conhecimento de todo o programa, possibilitou maior disponibilidade e interação ao longo do decorrer das sessões. No campo da atenção/concentração verificou-se uma evolução favorável neste domínio, mantendo no final das sessões um bom nível de atenção/concentração.

As participantes que integraram o PTGEUD lidam diariamente com dinheiro e gestão do mesmo, o que permitiu que durante as sessões fosse possível constatar uma participação constante e interesse na temática, o que facilitou a interação entre todas as participantes. Em termos de comportamento, a maioria das participantes mantiveram comportamento adequado.

Ao longo das sessões de índole teórica denotaram-se alguns aspetos importantes nomeadamente: reconhecimento do dinheiro em moedas, no entanto relativamente às notas, apenas reconheceram até 20€ e lacunas ao nível do conhecimento do valor do seu orçamento mensal, pois as participantes não sabiam quais os seus rendimentos mensais, nem elaboram um plano de gastos mensais, o que dificulta a correta gestão dos seus rendimentos. Esta gestão também é dificultada uma vez que as participantes recebem mensalmente uma

quantia estabelecida conforme as suas necessidades mensais, sempre que justifique e assim não tomam consciência do real valor do seu rendimento mensal.

Com o intuito de colmatar as necessidades observadas, realizou-se na sessão 5 um treino de simulação de compras com o objetivo de elaborar um plano de gastos mensais que contempla os gastos fixos, previstos e extras, a partir de um exemplo dado. As dificuldades mantiveram-se mas a um nível menor, dado a experiência já adquirida nas duas sessões anteriores.

As sessões práticas contemplaram a realização de compras previstas no plano de gastos mensais elaborados nas sessões anteriores. As mesmas possibilitaram às participantes praticarem a realização de compras, manusearem o dinheiro, aplicando sempre que necessário, estratégias que permitiram uma gestão adequada.

Globalmente todas as participantes cumpriram os objetivos definidos pois conseguiram realizar pelo menos uma compra de um produto fixo, produto previsto e extras que estavam contemplados no plano de gastos mensais. Durante as compras, as participantes demonstraram alguns défices na sua execução, particularmente na seleção dos produtos pretendidos, não tendo total autonomia em avaliar qual o mais indicado, de acordo com a melhor relação preço/qualidade. Aquando do pagamento das compras foi possível observar os défices que as participantes apresentam a este nível, quer seja na iniciativa e autonomia na realização do pagamento, como também na verificação/confirmação do troco.

Com a realização das sessões práticas constatou-se que as residentes das unidades de vida apoiada necessitam de mais intervenções a este nível, particularmente o treino das compras e manuseamento do dinheiro, pois consequentemente melhorará o desempenho ao nível da gestão do orçamento mensal.

Na avaliação final aplicaram-se novamente o questionário BELS e a Escala de Lawton e Brody. Nas participantes do PTGEUD observou-se uma variação positiva relativamente ao domínio Competências Domésticas e Competências Comunitárias. Em relação ao domínio do Autocuidado e ao domínio de Ocupação e Relações Sociais não houve alteração entre os valores de avaliação inicial e avaliação final. Ao nível das competências domésticas houve evolução na escala de desempenho dos itens 13 e 14 respetivamente compra de produtos

alimentares e compras, ao passo que no domínio das competências comunitárias só houve melhoria na utilização do dinheiro/orçamento.

Com a aplicação da Escala de Lawton e Brody no PTGEUD avaliou-se as atividades instrumentais de vida diária, em particular o uso do telefone, fazer compras, preparar a comida, cuidar da casa, lavar a roupa, uso de meios de transporte, responsabilidade no cumprimento da medicação e uso do dinheiro.

Esta escala permite catalogar o nível de dependência nas atividades instrumentais de vida diária em independente (8), dependência moderada (9-20) e muito dependente (> 20).

PARTICIPANTE	Uso do Telefone		Fazer Compras		Preparar a comida		Cuidar da casa		Lavar a roupa		Uso de meios de transporte		Responsabilidade no cumprimento da medicação		Uso do dinheiro		Pontuação Total	
	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Participante 4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	12	10
Participante 5	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	12	10
Participante 6	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	12	10
Participante 7	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	12	10
Participante 8	1	1	3	1	2	2	2	2	1	1	3	3	1	1	2	1	15	12

Quadro 1_ Escala de Lawton e Brody

No final de toda a intervenção, todas as participantes melhoraram o desempenho no domínio “fazer compras” e “uso do dinheiro”.

Com a implementação do PTGEUD nas UVA(s) além de concretizar o objetivo específico delineado, permitiu constatar que esta área é importante no âmbito da Reabilitação Psicossocial. Com a obtenção de conhecimentos e treino de capacidades sociais e instrumentais, nomeadamente neste âmbito económico, proporciona às participantes uma maior autonomia favorecendo a sua integração em áreas de trabalho protegido, ou no mundo laboral normal. O desenvolvimento de diversas capacidades

Relativamente aos resultados obtidos com a implementação do PTGEUD, bem como as bases de dados e o poster realizado, encontram-se descritos no anexo VI.

2.2.4. Implementar a Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no GIS

A Consulta de Enfermagem é considerada uma atividade autónoma baseada em metodologia científica que permite ao enfermeiro enunciar um diagnóstico de enfermagem, executar um plano de cuidados e respetiva avaliação, bem como reformular as intervenções de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado (PAIXÃO E VALÉRIO, 2008).

Com a implementação da mesma pretende-se obter uma visão holística, recolhendo toda a informação sensível aos cuidados proveniente da pessoa, proporcionando um diagnóstico preciso e um planeamento de cuidados de acordo com as necessidades de cada indivíduo com o intuito de obter ganhos em saúde. É um espaço onde se tenta obter o maior número de dados, mantendo a pessoa próxima do enfermeiro numa relação onde seja preservada a privacidade, onde se crie empatia, confiança, segurança e onde enfermeiro e pessoa definam, em conjunto, as estratégias para obtenção dos melhores resultados em saúde (BARCELOS, 2005).

Estas consultas têm o objetivo de auxiliar a pessoa em transição, utilizando um conjunto de competências que ao serem postas em prática permitem dar visibilidade à forma como o enfermeiro aplica o saber adquirido e o saber vivido (BARCELOS, 2005). Perante a situação de cada pessoa, o enfermeiro cumpre um papel essencial na adaptação da pessoa à sua doença. Neste contexto, do ponto de vista educacional, o enfermeiro deve adaptar o modelo de aprendizagem que mais se adapta ao doente, respeitando as necessidades e expectativas do mesmo em relação ao tratamento (MEDALHAS, 2005).

Deste modo, na Consulta de Enfermagem é indispensável propiciar momentos para que a pessoa verbalize os seus receios e problemas, procurando saber como a pessoa está a encarar a situação de doença, de forma a encontrar mecanismos de apoio e outros recursos que ajudem o indivíduo e a família a ultrapassar o momento delicado (MEDALHAS, 2005). Este é inequivocamente um grande desafio, que atribui à pessoa um papel ativo na estimulação das suas aptidões de forma a ultrapassar saudavelmente o seu processo de transição.

No contexto da temática da Reabilitação Psicossocial é de realçar que a Consulta de Enfermagem na vertente comunitária, como é o caso do GIS, é

concretizada de modo a facilitar a integração plena na sociedade humana das pessoas com doença mental mas que se encontram num processo de Reabilitação Psicossocial. Como já referido, o objetivo da nova política de saúde mental é cada vez mais proporcionar meios e recursos através de serviços comunitários às pessoas com experiência de doença mental.

De acordo com a bibliografia consultada e com a observação da prática clínica tornou-se essencial e imprescindível a elaboração e implementação da consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria. Esta consulta de enfermagem tem como objetivo primordial “Prestar cuidados de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria aos utilizadores da USO” e como objetivos específicos: Identificar necessidades e diagnósticos de enfermagem dos utilizadores da USO; Planear intervenções adequadas a cada utilizador; Colaborar na construção do Plano Individual de Intervenção; Desenvolver competências a nível da AIVD - Medicação; Desenvolver competências nível da AVD - higiene; Desenvolver hábitos e rotinas saudáveis; Implementar intervenções psicoeducativas no âmbito do reconhecimento precoce de situação de crise; e Realizar Psicoeducação a utilizadores e familiares/cuidadores.

A população alvo de intervenção são os utilizadores da USO com uma periodicidade semanal, nas instalações do GIS e com a duração de 40 minutos por consulta de enfermagem. A divulgação da consulta de enfermagem passa por transmissão de informação verbal aos diferentes terapeutas de referência e através da elaboração do panfleto que contém os objetivos e as intervenções fundamentais. O utilizador USO é referenciado para a consulta de enfermagem através do seu terapeuta de referência, após realização da ficha de triagem do GIS. Posteriormente realiza-se a avaliação inicial de enfermagem que possibilitará a delineação de objetivos, elaboração do plano individual de intervenção, planeamento das intervenções, execução das mesmas e respetiva avaliação.

A consulta de Enfermagem foi inicialmente delineada e constituída por três programas de intervenções, nomeadamente AIVD – Gestão do Regime Terapêutico, AVD – Higiene e Educação para a Saúde. No Anexo VII encontra-se descrito todo o procedimento da consulta de enfermagem e os programas integrantes da mesma.

A definição do programa de treino intitulado “Atividade de Vida Diária – Higiene”, surge devido à carência de intervenção especializada de enfermagem

em saúde mental e psiquiátrica nesta temática. Este programa apresenta como objetivo principal: Melhorar a autonomia do autocuidado higiene, tem a duração de 3 meses, com sessões individuais trissemanais e com a duração de aproximadamente 40 minutos por sessão, sendo da responsabilidade da equipa de enfermagem que integra o GIS a sessão 1 e 36 e as restantes pelas Ajudantes de Ocupação. Este programa encontra-se dividido em 3 fases fundamentais: a primeira fase corresponde a uma avaliação inicial, a segunda fase equivale ao treino do autocuidado higiene e na terceira fase será realizada a avaliação final de toda a intervenção.

O programa de treino “Atividade Instrumental de Vida Diária – Medicação” apresenta como objetivo principal: Melhorar a autonomia da gestão do regime terapêutico. Este programa de treino tem a duração de 6 meses, com sessões individuais de periodicidade quinzenal, com a duração de aproximadamente 40 minutos por sessão, sendo da total responsabilidade da equipa de enfermagem que integra o GIS. O programa encontra-se dividido em 3 fases fundamentais: a primeira fase corresponde a uma avaliação inicial, a segunda fase equivale ao treino da gestão do regime terapêutico e na terceira fase é realizada a avaliação final de toda a intervenção.

Para implementar o programa de Educação para a Saúde (EPS) utiliza-se o programa denominado “Viver em Equilíbrio” (criado pelo Laboratório Norte Americano Lilly). Este programa foi desenhado com o objetivo de ajudar as pessoas a adquirirem hábitos de vida saudável, sendo este o principal objetivo desta intervenção. A EPS para pessoas portadoras de doença mental é fulcral visto que as mesmas têm tendência a apresentar um aumento do peso significativo inerente de más práticas alimentares e de um estilo de vida sedentário. Este programa será desenvolvido na modalidade de sessões em grupo (no máximo 15 utilizadores) realizadas quinzenalmente à quarta-feira de manhã entre as 9h30 e as 11h30.

2.2.5. Prestar cuidados de enfermagem individualizados aos utentes do apoio domiciliário – “ConSentido”.

A Equipa de Apoio Domiciliário designado por ConSentido - integra uma resposta comunitária do GIS, realizando o acompanhamento de pessoas com

doença mental no seu domicílio, sendo composta pela mesma equipa multidisciplinar do GIS. Acompanha, neste momento, cerca de 50 pessoas que apresentam como principais necessidades a fraca adesão ao regime terapêutico e restantes AIVD's, isolamento social marcado e falta de atividades ocupacionais estruturadas. De salientar que é nesta resposta comunitária que o enfermeiro tem a sua expressão máxima.

O contexto do apoio domiciliário é bastante diferente dum contexto de internamento onde existe maior proteção quer para as utentes quer para os profissionais de saúde, enquanto neste contexto o apoio social aos utentes e as condições existentes não são controláveis. Intervir no domicílio surge, também, pela sensibilidade de que o ser humano não vive sozinho, mas inserido num contexto social, em que a família / vizinhos são, por vezes, a sua rede de suporte mais próxima. Deste modo, ao cuidar da pessoa é necessário vê-la como um todo integrado nesse contexto maior. (GOMES, et. al., 1998) Para este autor o enfermeiro de saúde mental e psiquiatria deve trabalhar “fora de muros” – mais do que no domicílio/ habitação da pessoa, deve trabalhar no e com o contexto emocional, social, profissional e cultural, no sentido de contribuir para a redução do estigma na doença mental.

A intervenção no domicílio aproxima o enfermeiro do contexto (da pessoa) e favorece a articulação entre o utente, a sua família, os serviços de saúde e os recursos da comunidade. Segundo VIEIRA (2008) o domicílio é cada vez mais o ambiente dos cuidados de enfermagem, na medida em que é ali que as pessoas crescem, vivem e sofrem os diferentes eventos da vida, e, espera-se, seja também cada vez mais o local para morrer, com assistência adequada.

O enfermeiro, enquanto prestador de cuidados no contexto de domicílio, deve ter a consciência que o domicílio representa o espaço privado da vida familiar. Quando se encontra a pessoa e a sua família na instituição (comunitária ou hospitalar) temos contacto com os aspetos públicos da pessoa/família. Porém, quando vamos a casa da pessoa entramos em contacto com a dimensão mais íntima e tudo o que a compõe e envolve. Dentro da família convivem o espaço público e o privado inter-relacionando-se. Assim, enquanto profissionais, devemos estar conscientes da existência destes espaços, das ténues barreiras entre eles, compreendendo que quando chegamos à casa de uma pessoa e o espaço são as “coordenadas” daquela pessoa/família.

No contacto direto possibilitado com as visitas domiciliárias toma-se consciência das reais necessidades das pessoas portadoras de doença mental e das suas famílias e/ou cuidadores. Através de uma correta identificação de necessidades é que a equipa comunitária poderá executar o planeamento das intervenções mais adequadas a cada situação, atendendo a diversos fatores, nomeadamente recursos materiais e humanos.

Por vezes um utente que não adere ao regime terapêutico, antes de se intervir nesta área, tem de se avaliar se ele tem condições financeiras para adquirir a medicação, pois por vezes não têm recursos económicos, ou seja, antes de planejar qualquer intervenção devo ter realizado uma correta avaliação global do utente, para assim poder intervir. A fraca adesão por vezes é influenciada pela falta de informação tanto da pessoa como dos seus cuidadores, por crenças erróneas relativamente aos efeitos e importância da medicação prescrita ou ainda por não saberem corretamente qual é o seu guia de tratamento. Através desta reflexão toma-se consciência da real importância que o enfermeiro tem e na ajuda que pode ser em todo o processo de reabilitação psicossocial não só para a pessoa que acompanha mas também para os seus cuidadores.

Ao longo das visitas domiciliárias realizadas, no total cerca de 150, constatou-se que existe ainda bastante pobreza aliada à doença mental, havendo pessoas a morar em condições bastante deficitárias. Estas condições além de não facilitarem o tratamento adequado destas pessoas, constituem fatores de risco para possíveis recaídas. Nas visitas realizadas denotou-se uma grande confiança entre a equipa e os utentes, considerando que a relação terapêutica existente é extremamente importante para o sucesso das intervenções planeadas. Esta relação não se consegue de forma rápida e imediata, mas é fruto de muito trabalho e acompanhamento que a equipa já faz em alguns casos há cerca de 4 anos.

A prestação de cuidados domiciliários permite também verificar um aspeto importante relacionado com a falta de apoio familiar e social dos utentes. Alguns dos utentes do ConSentido moram sozinhos e não têm família de suporte, o que provoca um grave isolamento social, que é fator de risco para os utentes. Em alguns casos as visitas semanais ou mensais (dependendo da necessidade de acompanhamento) dos técnicos do apoio domiciliário é um dos únicos contactos e visita que os utentes têm. Noutros casos observou-se que as famílias têm muita

dificuldade e falta de apoio em lidar com o familiar portador de doença mental, pois ou não sabem qual a doença que o familiar tem, bem como os sinais, sintomas, consequências, formas de lidar, tratamento e evolução e por isso não conseguem ajudar o seu familiar e de certa forma a criar um ambiente familiar mais estável.

Nas visitas domiciliárias realizadas vão sempre dois técnicos da equipa do Consentido, na maioria das vezes assistente social e enfermeira, mas por vezes também a psicóloga, sendo este facto bastante vantajoso quer para os utentes deste apoio domiciliário quer para as famílias, pois permite que possam obter respostas em diferentes áreas, dependendo das suas necessidades.

A presença do Assistente Social é importante pois como já foi referido a maioria dos utentes tem défices a nível económico, precisando de apoios sociais que possam ajudar a colmatar algumas necessidades, desde habitação, alimentação, medicação, entre outros. No que concerne à área de enfermagem, o enfermeiro intervém ao nível da gestão do regime terapêutico, reconhecimento de sinais e sintomas de recaída, conhecimentos sobre a doença, adoção de estilos de vida saudáveis, alimentação, higiene, e outras temáticas relacionadas com enfermagem que sejam solicitadas pelos utentes. Relativamente à área de psicologia, realizam psicoeducação, reabilitação cognitiva, treino de competências sociais, entre outros.

Com o realizar das visitas, constatou-se que em algumas situações não só um elemento da família é portador de doença mental, mas vários, o que exige da equipa de apoio domiciliário maior disponibilidade e atenção, pois por vezes são situações complexas e que os ganhos obtidos não são imediatos, mas sim a médio e longo prazo.

As visitas domiciliárias, como já referi anteriormente, são por vezes os únicos, ou um dos únicos contactos sociais que os utentes mantêm, pois vivem um pouco isolados, devido por vezes ao tão abordado em teoria o “estigma da doença mental”, que apesar de se observar que está a mudar, penso que é um caminho ainda a percorrer e que depende muitos dos técnicos que trabalham na área de saúde mental e psiquiatria mas também de toda a população. Por vezes as pessoas por não terem informações suficientes sobre a doença mental, estereotipam e julga as pessoas portadoras de doença mental, não prestando por vezes o apoio necessário e que poderiam disponibilizar. Neste sentido, é

importante informar corretamente também as famílias, pois se as mesmas não têm conhecimentos suficientes sobre a doença mental, não conseguirão lidar com os seus familiares, nem ajudarem no processo de tratamento.

Na prestação de cuidados em contexto domiciliário destaca-se, em particular, a intervenção em crise e a articulação com o Delegado de Saúde Pública nomeadamente na “obrigatoriedade” da pessoa aderir a uma avaliação psiquiátrica (Internamento Compulsivo). De acordo com a bibliografia consultada, crise pode ser definida como um acontecimento súbito na vida de uma pessoa que perturba o equilíbrio, durante a qual os mecanismos de coping habituais não conseguem resolver o problema (LAGERQUIST, 2006 cit. in TOWNSEND, 2011). As pessoas que experienciam uma crise têm uma necessidade urgente de assistência. Devido ao seu estado emocional, a pessoa não é capaz de resolver problemas e precisa assim de assistência e apoio de outra pessoa para ajudar a mobilizar os recursos necessários para resolver a crise. A intervenção em crise ocorre tanto em ambientes de internamento hospitalar como de ambulatório. (TOWNSEND, 2011)

Os enfermeiros correspondem diariamente a situações de crise, quer sejam em internamentos hospitalares ou em estruturas comunitárias. ROBERTS e OTTENS (2005, cit. in TOWNSEND, 2011) apresentam um modelo com sete fases de intervenção, sendo elas: fase I: Apreciação e Letalidade Psicossocial, fase II: rapidamente estabelecer rapport; fase III: Identifica os principais problemas ou precipitantes de crises; fase IV: Lida com sentimentos e emoções; fase V: Gera e explora alternativas; fase VI: implementa u plano de ação e fase VII: Seguimento.

Esta experiência foi positiva pois obteve-se a perceção da real intervenção do enfermeiro e quais os recursos que pode utilizar. Na situação em particular o tipo de crise correspondia às “emergência psiquiátricas”, de acordo com a bibliografia consultada. Neste tipo de crise o funcionamento geral da pessoa é fortemente comprometido e este torna-se impotente ou incapaz de assumir as responsabilidades pessoais.

No seguimento do caso apresentado, ao abrigo da Lei de Saúde Mental, foi possível articular com o Delegado de Saúde Pública que emitiu um mandato de condução o que possibilitou a comparência obrigatória da pessoa a uma avaliação psiquiátrica, na urgência de psiquiatria do hospital de referência. No

final deste procedimento a pessoa ficou internada sob o regime de Internamento compulsivo no referido hospital.

Com a realização das visitas domiciliárias anteriormente descritas e da prestação de cuidados de enfermagem no contexto de domicílio permitiu acompanhar pessoas que caminham num percurso de reabilitação psicossocial e que precisam de um acompanhamento próximo para que possam se manter na comunidade, melhorando as suas condições de vida e evitando os reinternamentos.

Uma das intervenções programadas para o módulo III foi a realização de um estudo de caso (Anexo VII) de um utente acompanhado pelo Consentido.

Segundo FORTIN (1999) um estudo de caso consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social (indivíduo, família, grupo). Considera-se que a realização do estudo de caso possibilitou uma aprendizagem e um conhecimento mais aprofundado e específico relativamente ao utente alvo do estudo. Permitiu também refletir sobre o planeamento e conceção de cuidados e o processo de tomada de decisão, desenvolvendo deste modo as minhas capacidades cognitivas, crítica e reflexiva.

A metodologia utilizada para a execução do estudo de caso baseou-se no processo de enfermagem. Através da implementação do processo de enfermagem, a intervenção em contexto de domicílio realizou-se tendo como particular atenção a perspetiva global do utente, desde a sua história de vida, condição atual e perspetivas futuras. Torna-se assim importante saber como lidar com a patologia de modo a ajudar a pessoa/ família a ultrapassar dificuldades relacionadas com a mesma.

Com a realização do presente estudo de caso, desenvolveram-se as competências e capacidades pessoais, nomeadamente comunicacionais e de empatia com o intuito de estabelecer uma relação terapêutica com o utente, profissionais, potenciando a minha formação como futura enfermeira especialista.

2.3. Competências Adquiridas

Neste subcapítulo é delimitado o campo de competências adquiridas, que potenciaram a concretização dos objetivos individuais e os objetivos delineados pela UCP para o Estágio.

Segundo o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental (2010:3) as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental são: a) “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto — conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental; c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”

Ao longo do estágio através da facilidade de resposta a situações novas e resposta a exigências imprevisíveis, o estabelecimento de relações de trabalho construtivas e enriquecedoras, o empenho e envolvimento nos projetos implementados, o aprofundar de conhecimento no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria, mais particularmente no campo da reabilitação psicossocial, estimulação cognitiva, autocuidado higiene e arranjar-se, gestão eficaz do uso do dinheiro, consulta de enfermagem especializada em saúde mental, gestão do regime terapêutico, educação para a saúde e metodologia do estudo de caso, tornaram-se fulcrais para o desenvolvimento e aquisição das competências acima descritas, que permitem como futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria dar suporte às decisões tomadas, conceber planos de cuidados, priorizando as diversas intervenções.

As competências profissionais, nomeadamente as do EESMP são elementos essenciais da qualidade prática e resultam naturalmente de uma combinação pertinente de vários recursos que se identificam pelos diversos saberes. Com a realização do estágio reforçou-se a ideia que a função dos enfermeiros especialistas é de trabalhar junto das famílias, fornecendo recursos que as habilitem para o seu papel de parceiras no processo de reabilitação psicossocial, adquirindo competências que permitam contribuir favoravelmente para o sucesso do processo do seu familiar.

A participação do EESMP permite responder de forma otimizada às necessidades do doente através da implementação de intervenções sistemáticas

e sustentadas na evidência. Por isso, os enfermeiros ao nível comunitário devem acompanhar os utentes nas suas atividades quotidianas, promovendo a autonomia do doente a partir de intervenções terapêuticas individuais e de grupo. As intervenções executadas visam a gestão das atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, a auto-regulação de sintomas e a prevenção da recaída, tais como o treino de competências sociais, a psicoeducação e a terapia familiar comportamental e o suporte psicossocial.

Num processo de reabilitação psicossocial de uma pessoa com doença mental, o enfermeiro concebe e desenvolve programas de reabilitação psicossocial para as pessoas com doença mental, implementa intervenções psicossociais estruturadas individualmente, em grupo ou em comunidade, visando a integração da família, por este motivo foram desenvolvidos e implementados o PEC, PTACHA e PTGEUD, bem como a Consulta de Enfermagem e a realização do estudo de caso.

A Reabilitação psicossocial e a educação e o treino em saúde mental não significam curar, mas sim ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades e a atingir um padrão satisfatório na sociedade em que se insere. O EESMP tem como missão promover intervenções preventivas, não só para assegurar as capacidades funcionais das pessoas, mas também prevenir mais incapacidades e complicações, defendendo o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade. O Enfermeiro assume assim o papel de educador, conselheiro, gestor de casos, defensor dos direitos das pessoas, investigador, facilitador, líder, moderador, perito e membro de equipa.

A reflexão sobre a prática durante a elaboração dos portfólios de aprendizagem, como no presente relatório, demonstra uma análise de desenvolvimento pessoal e profissional. No final deste percurso de aprendizagem constante as competências adquiridas foram relacionais, técnicas, relacionais, científicas, profissionais, sociais e interpessoais que são alicerce para a prática futura como enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.

3. Conclusão

Segundo COLLIÈRE (1999:260) “É necessário que os conhecimentos utilizados por uma profissão constituam um património, que gerem outros conhecimentos e sirvam de alicerces permanentes a toda uma evolução profissional”. No que concerne à área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é importante realçar que o papel do EESMP foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante as respostas humanas desajustadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.

Neste sentido, tenho plena consciência que a realização dos diferentes Módulos de Estágio ajudou para o aperfeiçoamento do desempenho pessoal e profissional, ajudando a desenvolver competências no domínio técnico-científico, relacional e crítico-reflexivo,

Todas as intervenções de enfermagem realizadas ao longo do estágio tiveram por base a Reabilitação Psicossocial e como finalidade a aquisição das competências do EESMP, na medida que com a elaboração e implementação dos programas abordados anteriormente (PEC, PTACHA, PTGEUD), bem como da Consulta da Enfermagem e realização do estudo de caso, complementados com as vivências diárias da prestação de cuidados diretos às pessoas assistidas e posterior reflexão, contribuíram para ampliar horizontes na prestação de cuidados especializados em Saúde Mental e Psiquiatria.

Com a implementação dos diferentes programas contribuiu-se para o percurso da Reabilitação Psicossocial em que as participantes dos mesmos se encontram, possibilitando uma aquisição de diversos conhecimentos e treino de capacidades, com o intuito de melhorar a qualidade de vida e maximizar o seu potencial, promovendo uma maior autonomia e independência.

Ao longo do estágio reforcei a ideia que o enfermeiro assume-se como elemento de referência na equipa multidisciplinar ao longo do processo de reabilitação, focando a sua atenção na pessoa e na sua família, como intuito de

ajudar a lidarem com a realidade, a compreender a dinâmica das relações, a reconhecer e admitir habilidades, capacidades e potencialidades, bem como aceitar, enfrentarem e conviverem com as limitações.

No desenvolvimento do estágio, foi possível promover estilos de vida saudável e prevenção da doença, compreender a importância da realização de intervenções de enfermagem no âmbito da crise do adulto e perceber a relevância da atuação das equipas de psiquiatria comunitária.

Ao longo dos diferentes módulos de estágio, implementaram-se diversas metodologias com o intuito de facilitar e apoiar os indivíduos que se encontram num processo de reabilitação psicossocial.

Terminado este relatório, posso afirmar que o caminho de aprendizagem em relação à temática orientadora ocorreu de uma forma sequencial, tendo sido importante a sequência dos módulos realizados, designadamente Unidade de S. José, Serviço de Reabilitação e GIS, fornecendo deste modo um bom retrato do trabalho desenvolvido e um momento de partilha de experiências, que permitiu a análise das atividades e o desenvolvimento de competências de EESMP, adquiridas e desenvolvidas durante este percurso. De um modo geral, ao longo deste trabalho, descreveram-se de forma sucinta, clara e objetiva, todas as intervenções e atividades de enfermagem executadas no decorrer do estágio, tendo procurado sempre desenvolver todo um conjunto de estratégias e fundamentos que possibilitassem a concretização dos objetivos previamente delimitados.

Como sugestões, considero que se revela necessário um maior investimento no domínio da intervenção comunitária que caso a rede nacional de cuidados em saúde mental seja implementada totalmente colmatará muitas necessidades ainda existentes.

As dificuldades sentidas com a elaboração deste relatório relacionam-se sobretudo com a dificuldade em recordar e transpor todos os momentos de aprendizagem e reflexão que representaram este período, bem como o tempo que se revelou escasso.

Concluída esta etapa, tenho consciência que este estágio, bem como a realização de todo o curso, possibilitaram uma oportunidade única para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

4. Bibliografia

AMARAL, A. C. - **Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE**. Loures: Lusociência, 2010. ISBN: 978-972-8930-55-4;

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

BARCELOS, M. O. S. F. - **Representação social da consulta de enfermagem - Dissertação de mestrado**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2005.

CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS - **Relatório de Atividades da Unidade de S. José** – Relatório de Atividades referente ao ano 2012 – Junho, 2013

CLARE, W. & WOODS, R. - **Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with earlystage Alzheimer`s disease: A review**. Neuropsychological Rehabilitation, 2004. 14 (4), 385-401.

COLLIÈRE, M. - **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem** - trad. Maria Leonor Braga Abecassis. 4^a tir. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN: 972-757-109-3.

CORDO, Margarida - **Reabilitação de Pessoas com Doença Mental**, Lisboa: Climepsi Editores, 2003. ISBN: 972-796-075-8.

DALGALARRONDO, P. - **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN: 85-7307-595-3

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Portugal - **Saúde Mental em Números - 2013**. [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. [Consult. 04 Jan 2013]. Disponível na internet: <URL:<https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>>. ISSN: 2183-0665

EY, H., BERNARD, P. & BRISSET, C. **As psicoses esquizofrênicas**. In Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Masson. 1985.

FAZENDA, Isabel - **O Puzzle Desmanchado: Saúde Mental, Contexto Social, Reabilitação e Cidadania**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2008. ISBN: 978-972-796-291-4

FORTIN, Marie-Fabienne. - **O processo de investigação – Da concepção à realidade** - Trad. Nidia Salgueiro. Loures: Lusociências, 1999. ISBN: 972-8383-10-X.

GOMES, J. et al - Intervenção Comunitária em Psiquiátrica Breve Abordagem. **Revista de Saúde Amato Lusitano**. Nº 8 (1998) p. 22-31.

MARQUES, A. J., QUEIRÓS, C. e ROCHA, N. B. - Metodologias de Reabilitação Cognitiva num Programa de Desenvolvimento Pessoal de Indivíduos com Doença Mental e desempregados de longa duração. **Psicologia Saúde & Doenças**. Vol. 7, nº 1 (2006) p. 109-116.

MEDALHAS, Helena J. - Consulta de enfermagem e ensino ao doente. **Nursing**. Ano 16, nº 195 (2005) p. 41-43.

Ministério da Saúde, Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental - **Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal. Plano de acção 2007-2016**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007. [Em linha]. [Consult. a 15 de Dezembro de 2013]. Disponível em WWW:<URL: http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/CC4ABF07-1E93-4181-9E9E-3B54D4C6C6A6/0/RELAT%C3%93RIOFINAL_ABRIL2007.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Direcção-Geral da Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2004/2010 volume II – Orientações Estratégicas**. Lisboa: DGS, 2004. ISBN 972-675-110-1;

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental – **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008. ISBN: 978-989-95146-6-9.

MONTEIRO, L. e LOUZÃ, M. **Alterações Cognitivas na Esquizofrenia: Consequências funcionais e abordagens terapêuticas** in Revista Psiquiatria Clínica 34, suplemento 2; 179-183, 2007.

NARIGÃO, Miguel Ângelo - Cuidados continuados em saúde mental: reflexão sobre respostas para pessoas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. ISSN 1647-2160. Nº 8 (2012) p. 58-62.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005 ISBN: 972-99646-0-2;

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2;

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)** - do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International

Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue». Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. Depósito Legal: 289859/09

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2010a. [Em linha]. [Consult. em 18 de Maio de 2013]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf>;

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental**. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (2010). [Consult. 10 Jan. 2014]. Disponível na internet:
<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. [Em linha]. 1ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde - Direcção Geral de Saúde (2001). [Consult. 03 Jan. 2013]. Disponível na internet:
<URL:http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. ISBN 972-675-082-2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Genebra: OMS. 2001. [Em linha]. [Consult. em 20 de Abril de 2013]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf> >;

PAIXÃO, A. e VALÉRIO, I. – A consulta de enfermagem do utente hipertenso no Centro de Saúde do Bonfim, Extensão de Santa Maria. **Sinais Vitais**. Nº 77 (2008), p. 45-48.

PALHA, F. - **O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social. Atas do 1º Congresso de reabilitação e inclusão na saúde mental.** Coimbra: Almedina Edições, 2008. Depósito Legal nº 285947/08

SCATENA, Maria; VILLELA, Sueli - A Enfermagem e o Cuidar na Área de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem.** ISSN 0034-7167. Nº6, (2004) p.738-741.

SILVA, Cristina - **Família, Doença Mental e Reabilitação Psicossocial.** Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2004.

STUART, G. e LARAIA, M. - **Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática.** 6ª ed. Portoalegre: Artmed Editora, 2001. ISBN 85-73077-713-1. p. 634-637

VIEIRA, M. - **Ser enfermeiro, Da compaixão à Proficiência.** Lisboa: UCP Editora Unipessoal, Lda, 2008. ISBN 978-972-54-0195-8.

TOWNSEND, M. C. - **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência.** 6ª ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-61-5.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **Regulamento Geral – Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional,** Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2012.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **Guia de Estágio** - Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2013.

XAVIER, M et al - Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. **International Journal of Mental Health Systems.** [Em linha]. (2013), 7:19. [Consult. 04 Jan 2014]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ijmhs.com/content/7/1/19>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION & WOLD ASSOCIATION FOR PSYCHOSSOCIAL REHABILITATION - **Psychosocial Rehabilitation a Consensus Statement**. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 1996. [Consult. 05 Jan. 2013]. Disponível na internet:
<URL:http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Documents_files/WHO_WAPR_ConsensusStatement_96.pdf>

4.1. Bibliografia da Legislação

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. Diário da República. I Série A - 3856 a 3865.

Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro. Diário da República. I Série - N.º 19. 257 a 263.

Regulamento n.º122/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República, 2.ª série — N.º 35. 8648 a 8653.

Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República, 2.ª série — N.º 35. 8669 a 8673

Anexos

Anexo I – Programa de Estimulação Cognitiva – Manual

Programa de Estimulação Cognitiva Manual

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica
Estágio _ Módulo II – “Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto”

Porto, 05.06.2013

Índice

1 - Descrição do programa a desenvolver	77
2 - Fundamentação/justificação do programa	77
2.1. – Definição de Esquizofrenia.....	77
2.2. – Esquizofrenia e alterações Cognitivas	79
2.3. - Esquizofrenia e Programas de Estimulação Cognitiva	79
3 - Destinatários.....	80
3.1. - Critérios de Inclusão.....	81
3.2. - Critérios de Exclusão	81
4 - Recursos necessários (humanos e materiais)	81
5 - Descrição dos Objetivos do Projeto	81
6 - Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas	81
7- Descrição das Atividades a Desenvolver	82
7.1 - Fase I _Apresentação e Avaliação Inicial	82
7.2 - Fase II _Sessões.....	83
7.3 - Fase III _Avaliação Final	86
8 - Impacto previsto do Projeto	86
9 - Plano de implementação	87
10 - Acompanhamento e avaliação do programa	87
11 - Indicadores/resultados a atingir	87
12 - Perspetivas de continuidade do proje to	87
13 – Condicionantes	87
14 – Bibliografia	87
ANEXOS.....	89
Anexo I _ Metodologia.....	90
Anexo II _ Sessões do Programa de Estimulação Cognitiva.....	97
Anexo III _ Planos de Sessão	108
Anexo IV _ Plano de Avaliação	115

1 - Descrição do programa a desenvolver

A intervenção idealizada designa-se por “Programa de Estimulação Cognitiva” e será desenvolvida na Casa de Saúde do Bom Jesus, em particular na Unidade de S.José. A elaboração deste programa insere-se no Módulo II – “Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto” do Estágio do Mestrado em Enfermagem e Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A principal área de intervenção deste programa é a estimulação cognitiva. A estimulação cognitiva, à semelhança de outras técnicas de reabilitação neuropsicológica tem como objetivo primordial a melhoria geral do funcionamento cognitivo e social. A estimulação cognitiva global implica a estimulação geral de múltiplos domínios cognitivos, e a estimulação de domínios específicos pressupõem a estimulação apenas de um domínio, como por exemplo a memória (Clare & Woods, 2004). As funções cognitivas podem ser distintamente divididas em: atenção, orientação, memória, organização visuo-motora, raciocínio, funções executivas, planeamento e solução de problemas.

Os Programas de Estimulação Cognitiva têm a finalidade de prevenir o declínio cognitivo global consequente de doenças progressivas neurodegenerativas como por exemplo as demências. Espera-se que programas de estimulação sejam delineados de forma a manter as habilidades preservadas, intactas, compensando o que foi perdido e potenciando novas aprendizagens.

Os fenómenos de Enfermagem associados a esta intervenção são: memória comprometida, confusão presente, bem-estar alterado, interação social diminuída.

2 - Fundamentação/justificação do programa

Para a fundamentação do Programa de Estimulação Cognitiva optou-se, em primeiro lugar, por definir Esquizofrenia seguidamente especificar as alterações cognitivas vivenciadas por pessoas com Esquizofrenia e por último descreve-se a importância dos Programas de Estimulação Cognitiva.

Esta intervenção surgiu em consequência de uma inquietação em perceber quais os benefícios de um programa de estimulação cognitiva em pessoas com Esquizofrenia, sendo esta a questão norteadora de toda a pesquisa bibliográfica. De salientar que toda a metodologia da pesquisa bibliográfica realizada assim como os critérios utilizados e os artigos científicos analisados podem ser observados no Anexo I.

2.1. – Definição de Esquizofrenia

O conceito de Esquizofrenia sofreu várias alterações ao longo dos anos e foi abordada por diversos autores. No final do século XIX a Esquizofrenia foi descrita como “demência precoce” por Emil Kraepelin (1856-1926). Este autor estabeleceu uma classificação de transtornos mentais que se baseava no modelo médico. O seu objetivo foi delinear a existência

de doenças com etiologia, sintomatologia, curso e resultados comuns. Chamou a uma dessas entidades de demência precoce, porque começava no início da vida e quase invariavelmente levava a problemas psíquicos. Os seus sintomas característicos incluíam alucinações, perturbações em atenção, compreensão e fluxo de pensamento, esvaziamento afetivo e sintomas catatônicos. A etiologia era endógena, ou seja, o transtorno surgia devido a causas internas.

Já Bleuler (1857-1939) criou o termo “Esquizofrenia” (*esquizo* = divisão, *phrenia* = mente) que substituiu o termo demência precoce na literatura. Bleuler conceitualizou o termo para indicar a presença de um cisma entre pensamento, emoção e comportamento nos clientes afetados. Para explicar melhor a teoria relativa aos cismas mentais internos nesses pacientes, Bleuler descreveu sintomas fundamentais (ou primários) específicos da Esquizofrenia que se tornaram conhecidos como os quatro “As”: associação frouxa de idéias, ambivalência, autismo e alterações de afeto. Bleuler também descreveu os sintomas acessórios, (ou secundários), que incluíam alucinações e delírios (Ey, Bernard, & Brisset, 1985).

A necessidade clínica de identificar sintomas característicos da Esquizofrenia marcou também a “história” da Esquizofrenia, com Rümke em 1941, com seu "sentimento precoce", (Praecoxgefühl) e, sobretudo, com Schneider em 1948 e seus "Sintomas de primeira ordem", sendo: ouvir os próprios pensamentos soando alto (sonorização do pensamento); escutar vozes sob a forma de argumento e contra-argumento; escutar, com comentários, vozes que acompanham as próprias atividades; ter vivências de influência corporal; ter roubo do pensamento e outras formas de influência do pensamento; sentir tudo como sendo feito ou influenciado pelos outros no campo dos sentimentos, pulsões e vontade; e ter percepção delirante. (Elkis, 2000) Os conceitos de Kraepelin, Bleuler e Schneider formam a base para a compreensão de Esquizofrenia e fazem parte da importância conceitual dos psiquiatras, estando presentes nos critérios diagnósticos que operacionalizam o conceito de Esquizofrenia. (Elkis, 2000)

Atualmente a Esquizofrenia é considerada pela psicopatologia como um tipo de sofrimento psíquico grave, caracterizado principalmente pela alteração no contato com a realidade (psicose). De acordo com o DSM-IV a Esquizofrenia é caracterizada por dois ou mais dos seguintes sintomas, estes devem estar presentes com duração significativa por um período de, pelo menos, um mês. Os sintomas são: 1-Delírios, 2- Alucinações, 3-Discurso Desorganizado, 4-Comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, 5 – Sintomas Negativos (embotamento afetivo, aloxia, avolição) e 6- Disfunções Sociais (no trabalho e/ou estudo, denotando perdas nas habilidades interpessoais e produtivas). (Dalgadarrondo,2008)

É hoje encarada não como doença, no sentido clássico do termo, mas sim como um transtorno mental, podendo atingir pessoas de quaisquer idade, gênero, raça, classes sociais e país. Segundo estudos da OMS atinge cerca de 1% da população mundial.

Os psicopatológicos do final do século XIX e início do século XX identificam quatro subtipos de Esquizofrenia sendo, a forma paranoide, a catatônica, a hebefrênica e a simples. (Dalgadarrondo,2008) Segundo o mesmo autor, a Esquizofrenia Paranoide caracteriza-se por

alucinações e ideias delirantes principalmente de conteúdo persecutório. A forma Catatónica é marcada por alterações motoras, hipertonia, flexibilidade cerácea e alterações da vontade, como negativismo, mutismo e impulsividade.

A Esquizofrenia Hebefrénica define-se por apresentar um pensamento desorganizado, comportamento bizarro e afeto pueril. E, por último na Esquizofrenia Simples observa-se um lento e progressivo empobrecimento psíquico e comportamental, com negligência quanto aos cuidados para consigo, embotamento afetivo e distanciamento social.

2.2. – Esquizofrenia e alterações Cognitivas

Está descrito na literatura que nas pessoas com esquizofrenia é esperado vários défices de ordem cognitiva e social que afetam severamente o seu funcionamento diário. (Sousa et al, 2011)

A cognição pode ser definida como um conjunto de capacidades que habilitam os seres humanos a desempenhar uma série de atividades no âmbito pessoal, social e ocupacional, tais como: concentrar-se na leitura de um livro, aprender novas informações, solucionar problemas, realizar escolhas, manter uma conversa, entre outras. (Monteiro e Louzã, 2007). A cognição abrange, como é sabido, diversos domínios que, no seu conjunto, possibilitam ao ser humano viver e adaptar-se de forma adequada aos desafios que a vida impõe. (Palha, 2008) Entre os domínios cognitivos frequentemente afetados na esquizofrenia encontram-se a atenção, a memória, velocidade de processamento e a função executiva, sendo que as funções executivas têm vindo a ser referidas como tendo um grande impacto na vida social das pessoas, mais especificamente relacionadas com dificuldades de aquisição de competências sociais e o seu desempenho. (Sousa et al, 2011)

Uma das razões pela qual os défices cognitivos têm merecido uma atenção especial nas últimas décadas deve-se ao facto de estarem associadas a dificuldades encontradas em diversas áreas do funcionamento social (Green, 1996) e assim ser-lhes atribuídos um importante valor preditivo de capacidade de reabilitação social destas pessoas, como confirmam estudos onde se associou o insucesso da reabilitação com a ausência de avaliação e estimulação cognitiva (Harvey & Sharma, 2002)

O prejuízo dessas capacidades já era apontado por Kraepelin (1896) e Bleuler (1911) como a característica central da esquizofrenia e, desde essa época o interesse pelo curso e extensão dos prejuízos vem sendo amplamente estudado. (Sharma e Antonova, 2003) Esses prejuízos inevitavelmente têm um importante impacto sobre a consequência funcional da doença. (Monteiro e Louzã, 2007).

2.3. - Esquizofrenia e Programas de Estimulação Cognitiva

De acordo com a bibliografia consultada, a esquizofrenia é uma condição psicopatológica associada a disfunções cognitivas, manifestadas em diferentes dimensões neuropsicológicas (e.g., atenção, funções mnésicas, funções executivas, velocidade de processamento), havendo evidência empírica que permite sustentar uma relação de

causalidade entre o funcionamento cognitivo e as competências funcionais dos indivíduos. (Marques, Queirós e Rocha, 2006)

Durante muitos anos, a principal forma de tratamento para pacientes severamente comprometidos por doenças mentais, como a esquizofrenia, estava relacionada ao uso de medicação antipsicótica. Mais recentemente pesquisas demonstraram que a efetividade das medicações pode ser melhorada com intervenções psicossociais, como terapias familiares (Mari e Streiner, 1994) ou terapia cognitiva e comportamental (TCC), auxiliando na redução dos índices de recaída, na diminuição quanto à severidade das alucinações e delírios e contribuindo também com o funcionamento global do paciente (Haddock et al., 1988).

Este tipo de programas de desenvolvimento de competências, visa aumentar o nível de funcionamento geral e de qualidade de vida de pessoas em situação de exclusão social e dependem, em grande parte, das capacidades de aprendizagem e de generalização dos indivíduos e, conseqüentemente, das suas capacidades cognitivas. (Marques, Queirós e Rocha, 2006) O crescente interesse da TCC para o tratamento da esquizofrenia baseia-se em evidências sustentadas por resultados encorajadores de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e meta-análises. A consistência destas evidências tornou a TCC aceite como parte integrante do tratamento para a esquizofrenia resistente à medicação no Reino Unido (Turkington et al., 2006).

A estimulação cognitiva global implica a estimulação geral de múltiplos domínios cognitivos, e a estimulação de domínios específicos pressupõem a estimulação apenas de um domínio, como por exemplo a memória (Clare & Woods, 2004). As funções cognitivas podem ser distintamente divididas em: atenção, orientação, memória, organização visuo-motora, raciocínio, funções executivas, planeamento e solução de problemas.

Os Programas de Estimulação Cognitiva têm a finalidade de prevenir o declínio cognitivo global conseqüente de doenças progressivas neurodegenerativas como por exemplo as demências. Espera-se que programas de estimulação sejam delineados de forma a manter as habilidades preservadas, intactas, compensando o que foi perdido e potenciando novas aprendizagens.

Segundo Clare & Woods (2004), a estimulação cognitiva pode ser apresentada em diferentes formatos. Pode ser individualizada ou em grupo, podendo mesmo ser extensa à família com a ajuda de um terapeuta e ser aplicada em diferentes contextos (institucional, centro de dia ou domicílio). Estas tarefas podem ser operacionalizadas em papel e lápis, no computador ou então através de analogias com as atividades de vida diárias. Gonzaga & Nunes (2008) defendem que deve existir uma preocupação para que o treino se realize em ambientes simultaneamente estruturados e controlados, mas que é fulcral este estar impregnado de elementos relacionados com o contexto real e quotidiano das pessoas.

3 - Destinatários

O presente programa destina-se às pessoas assistidas na Unidade de S. José. Para tal foram definidos critérios de inclusão e exclusão.

3.1. - Critérios de Inclusão

- Aceitar participar no Programa de Estimulação Cognitiva;
- Ausência de Diagnóstico de Demência;
- Utentes com Doença Mental Grave;
- Saber ler e escrever;
- Pessoas Assistidas na Unidade São José pelo menos há 3 meses;
- Estabilização clínica;
- Ausência de défices visuais, auditivos e da linguagem;
- Ausência de défice intelectual marcado.

3.2. - Critérios de Exclusão

- Diagnóstico de Demência;
- Pessoas sem Doença Mental Grave.

4 - Recursos necessários (humanos e materiais)

Os recursos humanos afetos a este programa são as estagiárias Carla Azevedo e Sílvia Peixoto. Relativamente aos recursos materiais estes encontram-se descritos ao longo do programa.

5 - Descrição dos Objetivos do Projeto

O presente programa tem como objetivo geral:

- Desenvolver um Programa de Estimulação Cognitivo

Os objetivos específicos são:

- Estimular a memória imediata, curto prazo e longo prazo;
- Estimular a Função Executiva;
- Estimular a Atenção e Concentração;

6 - Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas

Este programa disponibiliza um conjunto de exercícios que vão de encontro às necessidades, potencialidades e expectativas mais comumente identificados ao longo das primeiras semanas de estágio, junto das pessoas assistidas e da equipa multidisciplinar. Estes exercícios estão disponíveis em Anexo II, os Planos de Sessão e os Planos de Avaliação também podem ser observados em Anexo III e IV respetivamente.

Tem uma duração de 1 mês e encontra-se estruturado em 10 sessões que incluem:

- 1.ª Sessão – Apresentação
- 2.ª Sessão – Avaliação Inicial
- Da 3ª Sessão à 9.ª Sessão – Sessões de periodicidade bissemanal;
- 10.ª Sessão – Avaliação Final

Os diferentes exercícios que constituem este programa podem ser realizados em grupo, com um máximo de 15 participantes.

7- Descrição das Atividades a Desenvolver

O Programa de Estimulação Cognitiva encontra-se estruturado nas seguintes fases:

- **FASE I** – Apresentação e Avaliação Inicial
- **FASE II** – Sessões
 - Exercícios de treino de memória
 - Exercícios de treino das funções executivas
 - Exercícios de treino da atenção e concentração
- **FASE III** – Avaliação Final

7.1 - Fase I _Apresentação e Avaliação Inicial

1.ª SESSÃO – PEC_APRESENTAÇÃO

Objetivos: Apresentar todos os elementos do grupo (auto-apresentação);

Expor os objetivos e as atividades de PEC;

Definir o horário e o dia do PEC.

Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças.

Conteúdos:

- Introdução (motivo da reunião do grupo);
- Apresentação de todos os membros;
- Partilha de experiências do dia- a dia;
- Fim da sessão

Avaliação: Participação/Atenção demonstrada pelos utentes

Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças.

Material: Ficha de Registos e Folha de Presenças

Tempo estipulado: 60 minutos

2.ª SESSÃO – PEC_AVALIAÇÃO INICIAL

Objetivos: Aplicar instrumentos de avaliação inicial

Conteúdos:

- Introdução (motivo da sessão individual);
- Explicação e assinatura do Consentimento Informado;
- Aplicação do Questionário Caracterização Sócio-demográfica;
- Aplicação do Mini Mental;
- Fim da sessão

Avaliação: Observação e quantificação de resultados (Escala)

Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças.

Material: Consentimento Informado, Questionário Caracterização Sócio-demográfica e Mini Mental

Tempo estipulado: 30 minutos

7.2 - Fase II_Sessões

Período: 1 mês;

Avaliação: Aplicar Grelha de Avaliação da sessão

Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças em cada sessão.

3.ª SESSÃO – PEC_ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

Objectivo: Estimular a memória imediata, curto prazo e longo prazo;

Executar exercícios de treino da memória imediata, de curto prazo e de longo prazo.

Conteúdos:

- **Exercício 1:** Memorizar Imagens _ “Identificar os objetos”

Verá surgir no ecrã 8 objetos que fazem parte do seu dia-a-dia. Terá cerca de 1.30 minutos para os observar. A seguir, deverá escrever o nome dos objetos, que apareceram no ecrã, na folha que se encontra à sua frente - Tentativa 1.

De seguida repetir o procedimento – Tentativa 2

- **Exercício 2:** Observe a Imagem _ “Memorize a Imagem”

Observe atentamente a imagem que vai surgir no ecrã e procure memorizar o maior número de pormenores possível. Dois minutos depois, a imagem desaparecerá e terá, então, de responder a 12 perguntas.

Para responder às 12 questões terá o tempo máximo de 10 minutos. As perguntas são sobre aspetos relacionados com a imagem que memorizou. Estas perguntas estão apresentadas na folha que se encontra à sua frente - Tentativa 1.

De seguida repetir o procedimento – Tentativa 2

Material: Material que compõe a sala de formação 1, Computador (Power Point) e data show.

Tempo estipulado: 60 minutos

4.ª SESSÃO – PEC_ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

Objectivo: Estimular a memória imediata, curto prazo e longo prazo;

Executar exercícios de treino da memória imediata, de curto prazo e de longo prazo.

Conteúdos:

- **Exercício 3:** Uma pequena História _ “Leia e Memorize”

Leia a história em voz alta, devagar e com atenção. Não volte atrás no texto. Concentre-se em cada linha que está a ler. Ao fim de 2 minutos, o texto desaparecerá do ecrã e terá então, de responder a uma série de perguntas.

No total serão 6 perguntas sobre aspetos relacionados com o texto que leu. Estas perguntas estão apresentadas na folha que se encontra à sua frente. Para responder às 6 questões terá o tempo máximo de 10 minutos. Estas perguntas estão apresentadas na folha que se encontra à sua frente - Tentativa 1.

De seguida repetir o procedimento – Tentativa 2

Material: Material que compõe a sala de formação 1, Computador (Power Point) e data show.

Tempo estipulado: 60 minutos

5.ª SESSÃO – PEC_ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

Objectivo: Estimular a memória imediata, curto prazo e longo prazo;

Executar exercícios de treino da memória imediata, de curto prazo e de longo prazo.

Conteúdos:

- Exercício 4: Memorize as Palavras_ “Lista de Palavras”

Vai aparecer no ecrã uma lista de 10 palavras. Tem 2 minutos para as ler com atenção. Assim que desaparecer a lista, tente reconstituí-la, sem se preocupar com a ordem, na folha que se encontra à sua frente. - Tentativa 1.

De seguida repetir o procedimento – Tentativa 2

Terá apenas 10 minutos para finalizar cada tentativa do exercício.

Material: Material que compõe a sala de formação 1, Computador (Power Point) e data show.

Tempo estipulado: 60 minutos

6.ª SESSÃO – PEC_FUNÇÃO EXECUTIVA

Objectivo: Estimular a Função Executiva;

Executar exercícios de treino de estimulação da função executiva.

Conteúdos:

- Exercício 5: Função Executiva_ Semelhanças

Verá surgir no ecrã uma lista de palavras que fazem parte do seu dia-a-dia terá cerca de 2 minutos para observar cada palavra;

A seguir, deverá escrever, na folha que se encontra à sua frente, qual a semelhança entre as palavras. Terá 2 tentativas para cada exercício.

- Exercício 6: Função Executiva_ Diferenças

Verá surgir no ecrã uma lista de palavras que fazem parte do seu dia-a-dia terá cerca de 2 minutos para observar cada palavra;

A seguir, deverá escrever, na folha que se encontra à sua frente, qual a diferença entre as palavras. Terá 2 tentativas para cada exercício.

Material: Material que compõe a sala de formação 1, Computador (Power Point) e data show.

Tempo estipulado: 60 minutos

7ª SESSÃO – PEC_FUNÇÃO EXECUTIVA

Objectivo: Estimular a Função Executiva;

Executar exercícios de treino de estimulação da função executiva.

Conteúdos:

- Exercício 7: Função Executiva_ Sequência da Ação

Verá surgir no ecrã um conjunto de frases e terá que as ordenar para que sigam uma sequência de ação. Estas frases referem-se a ações realizadas no dia-a-dia.

A seguir, deverá escrever, na folha que se encontra à sua frente, qual a sequência que lhe parece ser a mais correta. Utilize apenas os números das alíneas que se encontram antes de cada frase. Terá 2 tentativas para cada sequência.

- Exercício 8: Função Executiva_ Cálculos

Verá surgir no ecrã um conjunto de cálculos de somar e subtrair na qual deverá indicar o seu resultado na folha que se encontra à sua frente. Terá 2 tentativas para cada cálculo.

Material: Material que compõe a sala de formação 1, Computador (Power Point) e data show.

Tempo estipulado: 60 minutos

8ª SESSÃO – PEC_ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO

Objectivo: Estimular a Atenção e Concentração;

Executar exercícios de treino de estimulação da atenção e concentração.

Conteúdos:

- Exercício 9: Atenção e Concentração
- Exercício 9.1 - “Estrelas”

Verá surgir no ecrã uma imagem composta por símbolos. Deverá contabilizar apenas as estrelas que compõem a imagem.

Terá 5 minutos para encontrar todas as “estrelas” da imagem e 2 tentativas para a sua resolução.

Material: Material que compõe a sala de formação 1, Computador (Power Point) e data show.

Tempo estipulado: 60 minutos

9ª SESSÃO – PEC_ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO

Objectivo: Estimular a Atenção e Concentração;

Executar exercícios de treino de estimulação da atenção e concentração.

Conteúdos:

- Exercício 9: Atenção e Concentração
- Exercício 9.2 - “Sopa de Letras”

Verá surgir no ecrã uma imagem composta por letras, uma “sopa de letras”. Deverá encontrar as palavras que se encontram do lado esquerdo da imagem.

Este exercício será realizado na folha que se encontra à sua frente.

Terá apenas 10 minutos para encontrar todas as palavras que procura e 2 tentativas para a sua resolução.

Material: Material que compõe a sala de formação 1, Computador (Power Point) e data show.

Tempo estipulado: 60 minutos

7.3 - Fase III_Avaliação Final

10.ª SESSÃO – PEC_AVALIAÇÃO FINAL

Objectivo: Aplicar instrumentos de avaliação final;

Estimular as participantes para a importância da continuidade promoção cognitiva;

Incentivar a partilha de opiniões e experiências vividas durante o desenvolvimento das sessões;

Conteúdos:

- Actividade 1:

Aplicação do Mini - Mental

Avaliação: Participação/Atenção demonstrada pelos utentes

Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças.

Material: Escala (Mini – Mental)

Tempo estipulado: 30 minutos para casa pessoa assistida

8 - Impacto previsto do Projeto

Considera-se que com o desenvolvimento do Programa de Estimulação Cognitiva se poderá influir, junto das utentes, na:

- Estimulação da memória imediata, de curto prazo e longo prazo;
- Estimulação da Função Executiva;
- Estimulação da Atenção e Concentração;

9 - Plano de implementação

O presente programa será implementado de acordo com: um plano de sessões definido (Anexo III), as sessões de apresentação dos exercícios de estimulação cognitiva (Anexo II) e ainda o plano de avaliação de todas as sessões (Anexo IV). Prevê-se a sua replicação de acordo com as necessidades detetadas.

10 - Acompanhamento e avaliação do programa

A monitorização e a avaliação dos resultados serão realizadas pelas estagiárias Carla Azevedo e Sílvia Peixoto, mediante observação, aplicação de instrumentos de avaliação (Mini - Mental) e grelhas de observação (grelha de avaliação da sessão). Serão também tidos em conta os indicadores de resultado definidos neste documento, através de uma análise estatística.

11 - Indicadores/resultados a atingir

Considera-se que os principais resultados a atingir serão:

- Manutenção da assiduidade durante as sessões de estimulação cognitiva;
- Melhoria da participação das utentes nas sessões;
- Melhoria a memória imediata, de curto prazo e longo prazo;
- Melhoria da Função Executiva;
- Melhoria da Atenção e Concentração.

12 - Perspetivas de continuidade do projeto

Prevê-se que o presente programa seja replicado pela equipa de enfermagem da Unidade de São José, em anos subsequentes, com as devidas alterações e reformulações que se acharem pertinentes, indo de encontro às necessidades reais e interesses das pessoas assistidas.

13 – Condicionantes

As principais condicionantes ao desenvolvimento deste programa são as seguintes:

- Desestabilização clínica das pessoas assistidas com alterações do comportamento que condicionem a adesão ao programa;
- Dificuldade de implementação por ocorrências imprevistas;
- Falta de experiência na implementação do programa;
- Dificuldade na análise estatística da informação obtida.

14 – Bibliografia

CLARES, W. & WOODS, R. **Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with earlystage Alzheimer`s disease: A review.** Neuropsychological Rehabilitation, 14 (4), 385-401. 2004

DALGADARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**, 2ª edição, Artmed. 2008.

EY, H., BERNARD, P. & BRISSET, C. **As psicoses esquizofrênicas**. In Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Masson. 1985.

Fortin, M. **O processo de investigação – Da concepção à realidade**. Loures: Lusociências, 1999.

HADDOCK, G. et al. **Individual cognitive behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions: a review**. Clin Psychol Ver 18:821-838. 1988.

HARVEY, P.D. e SHARMA, T. **Understanding and Treating Cognition in Schizophrenia**. A Clinician's Handbook. London: Martin Dunitz, 2002.

MARI, J. J. e STREINER, D. N. **An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings**. Psychol Med. 24:3, 565-578, 1994.

MARQUES, A. J., QUEIRÓS, C. e ROCHA, N. B. **Metodologias de Reabilitação Cognitiva num Programa de Desenvolvimento Pessoal de Indivíduos com Doença Mental e desempregados de longa duração** in PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2006, 7 (1), 109-116

MONTEIRO, L. e LOUZÃ, M. Alterações Cognitivas na Esquizofrenia: Consequências funcionais e abordagens terapêuticas in Revista Psiquiatria Clínica 34, suplemento 2; 179-183, 2007.

PALHA, F. **O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social**. Atas do 1º Congresso de reabilitação e inclusão na saúde mental. Coimbra: Almedina Edições. 2008. Depósito Legal nº 285947/08

SARMA, T., ANTONOVA, L. - **Cognitive function in schizophrenia deficits: functional consequences and future treatment**. Psychiatric Clinics of North America 26: 25-40, 2003.

SOUSA, H. et al. **Reabilitação Integrada na Esquizofrenia in Saúde Mental**, volume III, nº5, setembro/Outubro, 2011

TURKINGTON, D. et al. **Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia**. Am J Psychiatry. 163:365-373, 2006.

ANEXOS

Anexo I _ Metodologia

Metodologia da Revisão da Literatura

No sentido de responder à questão orientadora formulada, desenvolveu-se um trabalho de revisão da literatura no âmbito do tema em estudo, recorrendo a bases de dados nacionais e internacionais, consistindo na identificação, síntese de estudos realizados e apreciação crítico-reflexiva seguindo uma metodologia descritiva e rigorosa.

Segundo Fortin (1996, p.74) entende-se por revisão sistemática como sendo “um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”

A pesquisa bibliográfica decorreu entre abril de 2013 a julho de 2013, realizando-se consulta a livros de especialidade e de interesse, consulta de teses e artigos científicos publicados através das bases de dados B-on, RCAAP, Scielo, Google académico, Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa, MEDLINE, em revistas e em documentos legislativos. Foi utilizado como idioma preferencial o português, espanhol e inglês, com recurso aos descritores: envelhecimento, envelhecimento ativo, estimulação cognitiva, programas de estimulação cognitiva, idosos, população idosa.

Foram consultadas 15 publicações, das quais 6 foram selecionadas. Tendo sido excluídas 9 publicações, 4 por não se adequarem à temática e 5 por não corresponderem à população alvo pretendida.

Para responder à pergunta de partida sentiu-se a necessidade de redigir critérios de seleção nomeadamente, critérios de inclusão e exclusão, para a determinação dos artigos alvo da presente revisão da literatura. Os critérios de seleção podem ser observados no Quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de seleção (inclusão e exclusão) dos estudos a selecionar

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Pessoas com Esquizofrenia que tenham alterações da cognição e que participaram em programas de estimulação cognitiva; Profissionais de Saúde que intervêm ao nível da estimulação cognitiva	Pessoas com outras patologias de foro mental. (nomeadamente a Demência)
Intervenção	Profissionais de saúde que promovam a estimulação cognitiva	

Contexto do Estudo	Todos os contextos: Hospital, Centro de Saúde, Hospital de Dia, Lares de Terceira Idade, Comunidade e outras Instituições.	
Desenho de Estudo	Estudos com abordagem qualitativa e quantitativa, publicados nos últimos 10 anos	Estudos que apresentem mais de 10 anos de publicação

Segue-se a análise e discussão crítica dos resultados obtidos e são apresentados os artigos científicos selecionados. Para conseguirmos responder adequadamente à questão norteadora os artigos científicos foram analisados de acordo com a estimulação cognitiva nas pessoas com Esquizofrenia e ainda de acordo com as alterações na cognição nas pessoas com Esquizofrenia.

Análise e Discussão dos Resultados da Pesquisa

De acordo com a bibliografia consultada, a esquizofrenia é uma condição psicopatológica associada a disfunções cognitivas, manifestadas em diferentes dimensões neuropsicológicas (e.g., atenção, funções mnésicas, funções executivas, velocidade de processamento), havendo evidência empírica que permite sustentar uma relação de causalidade entre o funcionamento cognitivo e as competências funcionais dos indivíduos. (Marques, Queirós e Rocha, 2006)

Durante muitos anos, a principal forma de tratamento para pacientes severamente comprometidos por doenças mentais, como a esquizofrenia, estava relacionada ao uso de medicação antipsicótica. Mais recentemente pesquisas demonstraram que a efetividade das medicações pode ser melhorada com intervenções psicossociais, como terapias familiares (Mari e Streiner, 1994) ou terapia cognitiva e comportamental (TCC), auxiliando na redução dos índices de recaída, na diminuição quanto à severidade das alucinações e delírios e contribuindo também com o funcionamento global do paciente (Haddock et al., 1988).

Este tipo de programas de desenvolvimento de competências, visa aumentar o nível de funcionamento geral e de qualidade de vida de pessoas em situação de exclusão social e dependem, em grande parte, das capacidades de aprendizagem e de generalização dos indivíduos e, conseqüentemente, das suas capacidades cognitivas. (Marques, Queirós e Rocha, 2006)

O crescente interesse da TCC para o tratamento da esquizofrenia baseia-se em evidências sustentadas por resultados encorajadores de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e meta-análises. A consistência destas evidências tornou a TCC aceite como parte integrante do

tratamento para a esquizofrenia resistente à medicação no Reino Unido (Turkington et al., 2006).

A estimulação cognitiva global implica a estimulação geral de múltiplos domínios cognitivos, e a estimulação de domínios específicos pressupõem a estimulação apenas de um domínio, como por exemplo a memória (Clare & Woods, 2004). As funções cognitivas podem ser distintamente divididas em: atenção, orientação, memória, organização visuo-motora, raciocínio, funções executivas, planeamento e solução de problemas.

Os Programas de Estimulação Cognitiva têm a finalidade de prevenir o declínio cognitivo global consequente de doenças progressivas neurodegenerativas como por exemplo as demências. Espera-se que programas de estimulação sejam delineados de forma a manter as habilidades preservadas, intactas, compensando o que foi perdido e potenciando novas aprendizagens.

Segundo Clare & Woods (2004), a estimulação cognitiva pode ser apresentada em diferentes formatos. Pode ser individualizada ou em grupo, podendo mesmo ser extensa à família com a ajuda de um terapeuta e ser aplicada em diferentes contextos (institucional, centro de dia ou domicílio). Estas tarefas podem ser operacionalizadas em papel e lápis, no computador ou então através de analogias com as atividades de vida diárias. Gonzaga & Nunes (2008) defendem que deve existir uma preocupação para que o treino se realize em ambientes simultaneamente estruturados e controlados, mas que é fulcral este estar impregnado de elementos relacionados com o contexto real e quotidiano das pessoas.

Pesquisa Bibliográfica _ Estimulação Cognitiva

Título (Autores; ano de publicação)	Tipo de estudo	Principais Conclusões
<p>O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social</p> <p>Almedina Edições Palha, F. (2008)</p> <p>Bibliografia: PALHA, F. O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social. Atas do 1º Congresso de reabilitação e inclusão na saúde mental. Coimbra: Almedina Edições. 2008. Depósito Legal nº 285947/08</p>	<p>Atas do 1º Congresso de reabilitação e inclusão na saúde mental</p>	<p>A cognição abrange, como é sabido, diversos domínios que, no seu conjunto, possibilitam ao ser humano viver e adaptar-se de forma adequada aos desafios que a vida impõe. Inclui domínios como a atenção, perceção, memória e função executiva, entre outras. (pag. 5)</p> <p>Uma das importantes razões pela qual os défices cognitivos têm merecido uma atenção especial nas últimas décadas deve-se ao facto de estarem associadas a dificuldades encontradas em diversas áreas do funcionamento social (Green, 1996) e assim ser-lhes atribuídos um importante valor preditivo de capacidade de reabilitação social destas pessoas, como confirmam estudos onde se associou o insucesso da reabilitação com a ausência de avaliação e estimulação cognitiva (Harvey & Sharma, 2002) (pag.6)</p> <p>Dá exemplo de vários programas de Remediação Cognitiva e da sua importância, os resultados existentes enfatizam a importância destes programas que se encontram ainda numa fase inicial de implementação (pag 7,8, 9 e 10)</p>
<p>Metodologias de Reabilitação Cognitiva num Programa de Desenvolvimento Pessoal de Indivíduos com Doença Mental e desempregados de longa</p>	<p>Apresentação do Programa de</p>	<p>A esquizofrenia é uma condição psicopatológica associada a disfunções cognitivas, manifestadas em diferentes dimensões neuropsicológicas (e.g., atenção, funções mnésicas, funções executivas, velocidade de processamento),</p>

<p>duração</p> <p>Marques, A. J., Queirós, C. e Rocha, N. B. (2006)</p> <p>Bibliografia: MARQUES, A. J., QUEIRÓS, C. e ROCHA, N. B. Metodologias de Reabilitação Cognitiva num Programa de Desenvolvimento Pessoal de Indivíduos com Doença Mental e desempregados de longa duração in PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2006, 7 (1), 109-116</p>	<p>Intervenção</p>	<p>havendo evidência empírica que permite sustentar uma relação de causalidade entre o funcionamento cognitivo e as competências funcionais dos indivíduos.</p> <p>Este tipo de programas de desenvolvimento de competências, visa aumentar o nível de funcionamento geral e de qualidade de vida de pessoas em situação de exclusão social e dependem, em grande parte, das capacidades de aprendizagem e de generalização dos indivíduos e, conseqüentemente, das suas capacidades cognitivas.</p>
<p>Evidências de eficácia da terapia cognitiva comportamental na esquizofrenia</p> <p>Barreto, A. M. P. e Elkis, H. (2007)</p> <p>Bibliografia:</p> <p>BARRETO, A.M.P. e ELKIS, H. Evidências de eficácia da terapia cognitiva in Revista Psiquiatria Clínica 34, suplemento 2; 204-207, 2007.</p>	<p>Revisão Sistemática da Literatura</p>	<p>Durante muitos anos, a principal forma de tratamento para pacientes severamente comprometidos por doenças mentais, como a esquizofrenia, estava relacionada ao uso de medicação antipsicótica. Mais recentemente pesquisas demonstraram que a efetividade das medicações pode ser melhorada com intervenções psicossociais, como terapias familiares (Mari e streiner, 1994) ou terapia cognitiva e comportamental (TCC), auxiliando na redução dos índices de recaída, na diminuição quanto à severidade das alucinações e delírios e contribuindo também com o funcionamento global do paciente (Haddock <i>et al.</i>, 1988).</p> <p>O crescente interesse da TCC para o tratamento da esquizofrenia baseia-se em evidências sustentadas por resultados encorajadores de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e meta-análises. A consistência destas evidências tornou a TCC aceite como parte integrante do tratamento para a esquizofrenia resistente à medicação no Reino Unido (Turkington <i>et al.</i>, 2006).</p>

		<p>Os estudos randomizados controlados e as meta-análises mostram que a TCC é eficaz na melhora de certos sintomas da esquizofrenia e pode representar uma alternativa terapêutica adjuvante para os casos refratários a antipsicóticos.</p>
<p>Reabilitação Integrada na Esquizofrenia</p> <p>Sousa, H. et al, (2011)</p> <p>Bibliografia: Sousa, H. et al. Reabilitação Integrada na Esquizofrenia in Saúde Mental, volume III, nº5, setembro/Outubro, 2011</p>	<p>Artigo Científico</p>	<p>O artigo tem como objetivo avaliar a eficácia de um programa de reabilitação integrada num doente com esquizofrenia. Inclui treino cognitivo e treino de competências sociais.</p> <p>Foram observadas melhorias na maioria dos domínios cognitivos avaliados assim como forma observados ganhos nas competências e no funcionamento social.</p> <p>Está descrito na literatura que nas pessoas com esquizofrenia é esperado vários défices de ordem cognitiva e social, que afetam severamente o funcionamento diário. Entre os domínios cognitivos frequentemente afetados na esquizofrenia encontram-se a atenção, a memória, velocidade de processamento e a função executiva, sendo que as funções executivas têm vindo a ser referidas como tendo um grande impacto na vida social das pessoas, mais especificamente relacionadas com dificuldades de aquisição de competências sociais e o seu desempenho. (pag. 2)</p>

Anexo II _ Sessões do Programa de Estimulação Cognitiva

Programa de Estimulação Cognitiva

Carla Azevedo e Sílvia Peixoto
05 de junho de 2013



Índice

1. Definição de Memória
 - 1.1 - Exercícios de Estimulação da Memória
2. Definição de Função Executiva
 - 2.1 - Exercícios de Estimulação da Função Executiva
3. Definição de Atenção e Concentração
 - 3.1 - Exercícios de Atenção e Concentração

1.

MEMÓRIA

MEMÓRIA - DEFINIÇÃO

- É a capacidade de adquirir (aquisição), armazenar (consolidação) e recuperar (evocar) informações disponíveis, seja internamente, no cérebro (memória biológica), seja externamente, em dispositivos artificiais (memória artificial).
- Focaliza coisas específicas, requer grande quantidade de energia mental e deteriora-se com a idade. É um processo que conecta pedaços de memória e conhecimentos a fim de gerar novas ideias, ajudando a tomar decisões diárias.

MEMÓRIA – CLASSIFICAÇÃO

- Memória declarativa - é a capacidade de verbalizar um fato.
 - Memória imediata. É a memória que dura de frações a poucos segundos.
 - Memória de curto prazo. É a memória com duração de alguns segundos ao minuto.
 - Memória de longo prazo. É a memória com duração de dias, meses e anos.
- Memória de procedimentos - capacidade de reter e processar informações que não podem ser verbalizadas, como tocar um instrumento ou andar de bicicleta. É mais estável, mais difícil de ser perdida.

1.1

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

• Exercício 1: Memorizar Imagens _ "Identificar os objetos"

• Este exercício pretende testar a memória imediata visual e nomeação são tarefas que fazem parte integrante da memória de curto prazo. Permite, entre outras coisas, memorizar imagens acabadas de visualizar. Ao fazer este exercício, exercitará também a capacidade de atribuir, de forma eficaz, os nomes corretos aos respetivos objetos.



4

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



Objeto 1



Objeto 2



Objeto 3



Objeto 4



Objeto 5



Objeto 6



Objeto 7



Objeto 8



8

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

• Exercício 1: Memorizar Imagens _ "Identificar os objetos"

• Difícil? Não consegui lembrar-me de todos?
• então... Vamos vê-los mais uma vez....



10

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

• Exercício 1: Memorizar Imagens _ "Identificar os objetos"

• Verá surgir no ecrã 8 objetos que fazem parte do seu dia-a-dia. Terá cerca de 1.30 minutos para os observar.
• A seguir deverá escrever o nome dos objetos, que apareceram no ecrã, na folha que se encontra à sua frente.



7

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

• Exercício 1: Memorizar Imagens _ "Identificar os objetos"

• Depois de ver os objetos do ecrã, deverá identificá-los escrevendo o seu nome na folha que se encontra à sua frente. (só que diz tentativa 1!).



9

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



Objeto 1



Objeto 2



Objeto 3



Objeto 4



Objeto 5



Objeto 6



Objeto 7



Objeto 8



11

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

- Exercício 1: Memorize a Imagem _ "Identificar os objetos"
- Depois de ver os objetos do ecrã, deverá identificá-los escrevendo o seu nome na folha que se encontra à sua frente (no que diz tentativa 2).



12

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

- Exercício 2: Observe a Imagem _ "Memorize a Imagem"
- Observe atentamente a imagem que vai surgir no ecrã e procure memorizar o maior número de pormenores possível. Dois minutos depois, a imagem desaparecerá e terá, então, de responder a 12 perguntas.
- Para responder às 12 questões terá o tempo máximo de 10 minutos.



13

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

- Exercício 2: Observe a Imagem _ "Memorize a Imagem"



14

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

- Exercício 2: Observe a Imagem _ "Memorize a Imagem"
- Depois de ver e memorizar com atenção a imagem apresentada, deverá responder às questões que lhe são apresentadas.
- No total serão 12 perguntas sobre aspetos relacionados com a imagem que memorizou. Estas perguntas estão apresentadas na folha que se encontra à sua frente, (a que diz: tentativa 1)



15

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

- Exercício 2: Observe a Imagem _ "Memorize a Imagem"
- Difícil? Não conseguiu lembrar-se de todos os pormenores?
- então... vamos ver a imagem mais uma vez....



16

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

- Exercício 2: Observe a Imagem _ "Memorize a Imagem"



17

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



• Exercício 2: Observe a Imagem. "Memorize a Imagem"

• Depois de ver e memorizar com atenção a imagem apresentada, deverá responder às questões que lhe são apresentadas.

• No total serão 12 perguntas sobre aspetos relacionados com a imagem que memorizou. Estas perguntas estão apresentadas na folha que se encontra à sua frente. (a que dá "tentativa 2")

18

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



• Exercício 3: Uma pequena História. "Leia e Memorize"

• Leia a história em voz alta, devagar e com atenção. Não volte atrás no texto. Concentre-se em cada linha que está a ler. Ao fim de 2 minutos, o texto desaparecerá do ecrã e terá então, de responder a uma série de perguntas.

• No total serão 6 perguntas sobre aspetos relacionados com o texto que ler. Estas perguntas estão apresentadas na folha que se encontra à sua frente. Para responder às 6 questões terá o tempo máximo de 10 minutos.

19

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



• Exercício 3: Uma pequena História. "Leia e Memorize"

• História 1: O João e a Teresa

• O João e a Teresa decidiram celebrar as suas bodas de ouro e vão organizar um jantar para a sua família. O jantar vai ser cabrito assado. Para a sobremesa, encomendaram uma torta de chocolate e nozes com cinquenta velas. Os convidados chegam a partir das nove da noite com os presentes para o João e a Teresa.

20

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



• Exercício 3: Uma pequena História. "Leia e Memorize"

• Depois de ler com atenção o texto apresentado, deverá responder às questões que lhe são apresentadas.

• No total serão 6 perguntas sobre aspetos relacionados com o texto que ler. Estas perguntas estão apresentadas na folha que se encontra à sua frente. (a que dá "tentativa 1")

21

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



• Exercício 3: Uma pequena História. "Leia e Memorize"

• Dificil? Não consegai lembrar-se de todos os pormenores?

• então... vamos tentar mais uma vez....

22

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



• Exercício 3: Uma pequena História. "Leia e Memorize"

• História 1: O João e a Teresa

• O João e a Teresa decidiram celebrar as suas bodas de ouro e vão organizar um jantar para a sua família. O jantar vai ser cabrito assado. Para a sobremesa, encomendaram uma torta de chocolate e nozes com cinquenta velas. Os convidados chegam a partir das nove da noite com os presentes para o João e a Teresa.

23

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



- Exercício 3: Uma pequena História, "Leia e Memorize"
 - Depois de ler com atenção o texto apresentado, deverá responder às questões que lhe são apresentadas.
 - No total serão 6 perguntas sobre aspectos relacionados com o texto que leu. Estas perguntas estão apresentadas na folha que se encontra à sua frente. (vo que diz "tentativa 1").

24

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



- Exercício 4: Memorize as Palavras, "Lista de Palavras"
 - A memória de curto prazo é, na realidade, constituída pela memória imediata (permite reter as informações que acabam de nos ser dadas) e pela memória recente (permite reter durante alguns minutos as informações dadas).
 - O exercício que se segue permite testar a sua memória recente: ser-lhe-á mostrada uma lista de palavras que deverá memorizar.

25

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



- Exercício 4: Memorize as Palavras, "Lista de Palavras"
 - Vai aparecer no ecrã uma lista de 10 palavras. Tem 2 minutos para as ler com atenção.
 - Assim que desaparecer a lista, tente reconstituí-la, sem se preocupar com a ordem, na folha que se encontra à sua frente (registe onde diz tentativa 1).
 - Terá apenas 10 minutos para finalizar o exercício.

26

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



- Exercício 4: Memorize as Palavras, "Lista de Palavras"

Gato	Agrafador
Criança	Livro
Termómetro	Caneta
Telefone	Pupila
Vidro	Caixa

27

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



- Exercício 4: Memorize as Palavras, "Lista de Palavras"
 - Dificil? Não conseguiu lembrar-se de todos os pormenores?
 - então... vamos ver a lista de palavras mais uma vez....

28

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA



- Exercício 4: Memorize as Palavras, "Lista de Palavras"
 - Vai aparecer no ecrã uma lista de 10 palavras. Tem 2 minutos para as ler com atenção.
 - Assim que desaparecer a lista, tente reconstituí-la, sem se preocupar com a ordem, na folha que se encontra à sua frente (registe onde diz tentativa 2).
 - Terá apenas 10 minutos para finalizar o exercício.

29

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA MEMÓRIA

• Exercício 4: Memorize as Palavras, "Lista de Palavras"

Gato	Agrafador
Criança	Livro
Termómetro	Caneta
Telefone	Pupila
Vidro	Caixa

30

FUNÇÃO EXECUTIVA - DEFINIÇÃO

• O dia-a-dia oferece diferentes desafios e situações imprevistas que exigem habilidades de várias funções cerebrais. Por exemplo: descobrir o melhor caminho para se chegar a um determinado local, desenvolver uma nova função, avaliar um problema, fazer uma conta matemática, finalizar uma tarefa complexa.

• O dicionário da International Neuropsychological Society define funções executivas como "as habilidades cognitivas necessárias para realizar comportamentos complexos dirigidos para determinado objetivo e a capacidade adaptativa às diversas demandas e mudanças ambientais". (Loring, 1995, p. 64).

31

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA

• Estas funções incluem **raciocínio, lógica, estratégias e tomada de decisões**, além de manter ações permanentes de controle mental. Este conjunto de funções tem um papel central na organização e no planeamento de todas as nossas ações.

• Este exercício pretende testar as suas funções executivas. Para exercitar a Função Executiva são propostos os seguintes exercícios: **semelhanças, diferenças, sequências de ação, sequências lógicas e cálculo**.

32

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA

• Exercício 5: Função Executiva_Semelhanças

• Será surgirá no ecrã uma lista de palavras que fazem parte do seu dia-a-dia. terá cerca de 2 minutos para observar cada palavra;

• A seguir, deverá escrever na folha que se encontra à sua frente, qual a semelhança entre as palavras. terá 2 tentativas para cada exercício.

33

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA

• Exercício 5: Função Executiva, Semelhanças

• Exercício 5.1

• Azul - Amarelo



16

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA

• Exercício 5: Função Executiva, Semelhanças

• Exercício 5.2

• Camisa - Calças



17

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA

• Exercício 5: Função Executiva, Semelhanças

• Exercício 5.3

• Cavalo - Burro



18

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA

• Exercício 6: Função Executiva, Diferenças

• Você surgiu no eolá uma lista de palavras que fazem parte do seu dia-a-dia terá cerca de 2 minutos para observar cada palavra.

• A seguir, deverá escrever, na folha que se encontra à sua frente, qual a diferença entre as palavras. Terá 2 tentativas para cada exercício.



19

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA

• Exercício 6: Função Executiva, Diferenças

• Exercício 6.1

• Cão - Pássaro



40

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA

• Exercício 6: Função Executiva, Diferenças

• Exercício 6.2

• Carro - Camião



41

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA



• Exercício 6: Função Executiva, Diferenças

• Exercício 6.3

• Banana - Pera

42

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA



• Exercício 7: Função Executiva, Sequência da Ação

• Será surgirá no está um conjunto de frases e terá que as ordenar para que sigam uma sequência de ação. Estas frases referem-se a ações realizadas no dia a dia.

• A seguir deverá escrever na folha que se encontra à sua frente, qual a sequência que lhe parece ser a mais correta. Utilize apenas os números das linhas que se encontram antes de cada frase.

43

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA



• Exercício 7: Função Executiva, Sequência da Ação

• Exercício 7.1 - Para comprar pão

1 - Escolher o pão
2 - Pagar
3 - Entrar na loja

44

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA



• Exercício 7: Função Executiva, Sequência da Ação

• Exercício 7.2 - "Para ir Dormir"

1 - Deitar-se na cama
2 - Vestir o pijama
3 - Cobrir-se com o cobertor
4 - Tirar a roupa

45

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA



• Exercício 7: Função Executiva, Sequência da Ação

• Exercício 7.3 - "Para fazer uma Refeição"

1 - Levar a comida à boca
2 - Pegar nos talheres
3 - Partir a comida
4 - Servir-se da comida

46

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA



• Exercício 8: Função Executiva, Cálculos

• Será surgirá no está um conjunto de cálculos de soma e subtrair na qual deverá indicar o seu resultado na folha que se encontra à sua frente. Terá 2 tentativas para cada cálculo.

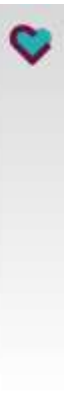
47

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA

• Exercício 8 Função Executiva, Cálculo

• Exercício 8.1

$$+ 25 + 3$$



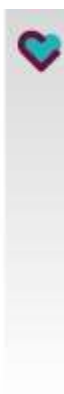
10

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA

• Exercício 8 Função Executiva, Cálculo

• Exercício 8.2

$$+ 16 - 4$$



11

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA

• Exercício 8 Função Executiva, Cálculo

• Exercício 8.3

$$+ 22 + 14$$



12



ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO - DEFINIÇÃO

• A **Atenção** é um mecanismo cerebral cognitivo que possibilita ao indivíduo processar informações, pensamentos ou ações relevantes, enquanto ignora outros irrelevantes ou dispersivos (Fossa & Claves, 2005).

• É um processo que compreende uma capacidade cognitiva multidimensional, sendo pré-requisito para a memória, para novas aprendizagens e também para outros aspetos da cognição.

• A atenção é o primeiro momento do processo de memorização, no qual os sentidos entram em ação, captando os detalhes daquilo a que o indivíduo presta atenção, enviando-os ao cérebro.



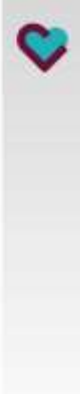
13

ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO - DEFINIÇÃO

• **Atenção** significa estender para, orientar os nossos sentidos para a fonte da informação e esta orientação, compreende o processo mais básico de atenção, pois consiste em adaptar os nossos receptores sensoriais com a realidade (Simões, 2006).

• De acordo com as investigações que estudam a atenção, esta pode ser agrupada com base em quatro categorias, nomeadamente:

- Atenção dividida;
- Atenção focalizada;
- Atenção seletiva;
- Atenção sustentada.



14

ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO - DEFINIÇÃO

• **Concentração:**

• Segundo William James (1999 in Weinberg & Gould, 1999), a concentração é a capacidade de estar com atenção, permitida pela mente. Para este autor, a focalização e a concentração são a essência da atenção.



14

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO

• **Exercício 9: Atenção e Concentração**

• **Exercício 9.1 - "Estrelas"**

• Será surgirá no ecrã uma imagem composta por símbolos. Deverá contabilizar apenas as estrelas que compõem a imagem.

• Terá 5 minutos para encontrar todas as "estrelas" da imagem e 2 tentativas para a sua resolução.

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO

• **Exercício 9: Atenção e Concentração**

• **Exercício 9.1 - "Estrelas"**



16

17

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA

• **Exercício 9: Atenção e Concentração**

• **Exercício 9.2 - "Sopa de Letras"**

• Será surgirá no ecrã uma imagem composta por letras, uma "sopa de letras". Deverá encontrar as palavras que se encontram do lado esquerdo da imagem. Este exercício será realizado na folha que se encontra à sua frente.

• Terá apenas 10 minutos para encontrar todas as palavras que procura e 2 tentativas para a sua resolução.

EXERCÍCIOS DE ESTIMULAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA

• **Exercício 9: Atenção e Concentração**

• **Exercício 9.2 - "Sopa de Letras"**



18

19

Anexo III _ Planos de Sessão

Tema: “PEC_Apresentação” Nº de Sessão: Sessão nº 1 Tipo de Sessão: Grupo Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto Data: 28/05/2013 Hora: 17h30m Local: Sala de Formação 1_ CSBJ Duração: 60 minutos		Objetivo Geral: - Desenvolver um PEC Objetivos Específicos: - Apresentar todos os elementos do grupo (auto-apresentação); - Expor os objetivos e as atividades de PEC; - Definir o horário e o dia do PEC.			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação; • Introdução ao PEC; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia do PEC; • Estabelecer horário e dia do PEC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes • Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças

Tema: “PEC_Avaliação Inicial” Nº de Sessão: Sessão nº 2 Tipo de Sessão: Individual Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto Data: 30-05-2013 Hora: 16h00m Local: Sala de Formação 1_ CSBJ Duração: 30 minutos		Objetivo Geral: - Desenvolver um PEC Objetivos Específicos: - Aplicar instrumentos de avaliação inicial;			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	05 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação; • Introdução. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.
Desenvolvimento	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar os instrumentos de avaliação inicial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.
Conclusão	05 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças; • Preenchimento de instrumentos de avaliação inicial.

Tema: “PEC_Estimulação da Memória” Nº de Sessão: Sessão nº 3, 4 e 5 Tipo de Sessão: Grupo Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto Data: 05-06-2013/ 06-06-2013/ 12-06-2013 Hora: 17h30m Local: Sala de Formação 1_ CSBJ Duração: 60 minutos		Objetivo Geral: - Desenvolver um PEC Objetivos Específicos: - Estimular a memória imediata, curto prazo e longo prazo; - Executar exercícios de treino da memória imediata, de curto prazo e de longo prazo.			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. • Computador (Power Point) e data show. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação dos exercícios de estimulação da memória imediata, curto e longo prazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. • Computador (Power Point) e data show; • Documentação fornecida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. • Computador (Power Point) e data show. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças • Avaliação das sessões de acordo com os exercícios realizados (descritos em “Avaliação das Sessões”).

Tema: “PEC_Função Executiva” Nº de Sessão: Sessão nº 6 e 7 Tipo de Sessão: Grupo Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto Data: 13-06-2013 e 19/06/2013 Hora: 17h30m Local: Sala de Formação 1_ CSBJ Duração: 60 minutos		Objetivo Geral: - Desenvolver um PEC Objetivos Específicos: - Estimular a Função Executiva; - Executar exercícios de treino de estimulação da função executiva.			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. • Computador (Power Point) e data show. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação dos exercícios de estimulação da Função Executiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. • Computador (Power Point) e data show; • Documentação fornecida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. • Computador (Power Point) e data show. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças; • Avaliação das sessões de acordo com os exercícios realizados (descritos em “Avaliação das Sessões”).

Tema: “PEC_Atenção e Concentração” Nº de Sessão: Sessão nº 8 e 9 Tipo de Sessão: Grupo Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto Data: 20-06-2013 e 26/06/2013 Hora: 17h30m Local: Sala de Formação 1_ CSBJ Duração: 60 minutos		Objetivo Geral: - Desenvolver um PEC Objetivos Específicos: - Estimular a Atenção e Concentração; - Executar exercícios de treino de estimulação da atenção e concentração.			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. • Computador (Power Point) e data show. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação dos exercícios de estimulação da atenção e concentração 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. • Computador (Power Point) e data show; • Documentação fornecida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. • Computador (Power Point) e data show. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças; • Avaliação das sessões de acordo com os exercícios realizados (descritos em “Avaliação das Sessões”).

Tema: “PEC_Avaliação Final” Nº de Sessão: Sessão nº 10 Tipo de Sessão: Individual Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto Data: 27-06-2013 Hora: 16h00m Local: Sala de Formação 1_ CSBJ Duração: 30 minutos		Objetivo Geral: - Desenvolver um PEC Objetivos Específicos: - Aplicar instrumentos de avaliação final			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	05 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação; • Introdução. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.
Desenvolvimento	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar os instrumentos de avaliação final. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelas participantes.
Conclusão	05 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material que compõe a sala de formação 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento de uma ficha de registos e de uma folha de presenças; • Preenchimento de instrumentos de avaliação final.

Anexo IV _ Plano de Avaliação

SESSÃO Nº 2_ PEC_Avaliação Inicial**Consentimento Informado**

Aceito participar no Programa de Estimulação Cognitiva, inserido no Estágio do Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria das alunas Carla Sofia Morais Azevedo e Sílvia Liliana Lopes Peixoto, sob a orientação do Enfermeiro Paulo Alexandre Narciso Cerqueira e da Professora Doutora Aida Maria da Silva Fernandes da Silva, que decorrerá na Unidade de São José – Casa de Saúde do Bom Jesus – Braga. É garantida a total confidencialidade dos seus dados.

Nome: _____

Data: __ / __ / __

Assinatura: _____

Questionário Caracterização Sócio-demográfica

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: __ / __ / __ Sexo: ____

Estado Civil: _____

Habilitações Literárias:

Não sabe ler nem escrever ____

Sabe ler ou escrever ____

Escolaridade ____

Última residência: _____

Data de Admissão: _____

Tempo de Institucionalização: _____

Motivo da Institucionalização: _____

Iniciativa da Institucionalização: _____

Última profissão: _____

Diagnóstico _____

Medicação _____

Realiza alguma atividade:

Sim ____ Não _____

Se sim, qual? _____

Observações: _____

Mini Mental State Examination (MMSE)**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
 Em que mês estamos? _____
 Em que dia do mês estamos? _____
 Em que dia da semana estamos? _____
 Em que estação do ano estamos? _____

Nota:_____

Em que país estamos? _____
 Em que distrito vive? _____
 Em que terra vive? _____
 Em que casa estamos? _____
 Em que andar estamos? _____

Nota:_____**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. 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:_____**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:_____**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio _____
 Lápis _____

Nota:_____

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

Nota:_____

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:_____

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:_____

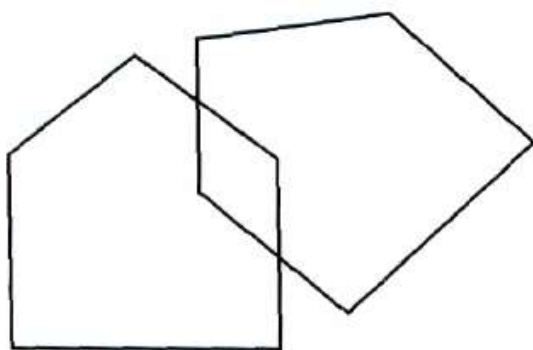
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota:_____

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:_____**TOTAL (Máximo 30 pontos):**_____

Considera-se com defeito cognitivo:

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

SESSÃO Nº 3_ PEC_Estimulação da Memória

Nome: _____

Exercício 1: Memorizar Imagens _ “Identificar os objetos”

Atribuir nome aos objetos	Tentativa 1	Tentativa 2
Objeto 1		
Objeto 2		
Objeto 3		
Objeto 4		
Objeto 5		
Objeto 6		
Objeto 7		
Objeto 8		

Quadro 3: AS_ Identificar os Objetos_1**Exercício 2: Observe a Imagem _ “Memorize a Imagem”**

Nome: _____

(Tentativa 1 e 2 – tem 10 minutos)

1. O telefone está direita ou à esquerda do computador? _____
2. A planta está direita ou à esquerda do computador? _____
3. A régua está direita ou à esquerda da tesoura? _____
4. A tesoura está à direita ou à esquerda do agrafador? _____
5. O copo está direita ou à esquerda da tesoura? _____
6. De que cor é o copo? _____
7. De que cor é a régua? _____
8. De que cor é o agrafador? _____
9. O calendário está à direita ou à esquerda do computador? _____
10. Qual é o mês que aparece no calendário? _____
11. Qual é o dia que aparece no calendário? _____
12. Qual é o ano que aparece no calendário? _____

Registro 1: AS_Memorizar a Imagem_1

SESSÃO Nº 4 _ PEC_ Estimulação da Memória

Nome: _____

Exercício 3: Uma pequena História _ “Leia e Memorize”

(Tentativa 1 e 2 – tem 10 minutos)

1. Qual o nome das personagens do texto? _____
2. Que vão eles celebrar? _____
3. Como vão celebrar? _____
4. Quem é que eles convidaram? _____
5. O que é o menu? _____
6. A que horas chegam os convidados? _____

Registo 3: AS_ Leia e Memorize_1

SESSÃO Nº 5_ PEC_ Estimulação da Memória

Nome: _____

Exercício 4: Memorize as Palavras_ “Lista de Palavras”

(Tentativa 1 e 2 – tem 10 minutos)

Quadro 5: AS_ Lista de Palavras_1

SESSÃO Nº 6_ PEC_ Estimulação da Função Executiva

Nome: _____

Exercício 5: Função Executiva _ Semelhanças

Palavras_ Semelhanças	Tentativa 1	Tentativa 2
Exercício 5.1		
Exercício 5.2		
Exercício 5.3		

Quadro 7: AS_Semelhanças_1

Nome: _____

Exercício 6: Função Executiva_ Diferenças

Palavras _ Diferenças	Tentativa 1	Tentativa 2
Exercício 6.1		
Exercício 6.2		
Exercício 6.3		

Quadro 8: AS_Semelhanças_2**SESSÃO Nº 7_PEC_Estimulação da Função Executiva**

Nome: _____

Exercício 7: Função Executiva_ Sequência da Ação

Sequências	Tentativa 1	Tentativa 2
Sequência 7.1		
Sequência 7.2		
Sequência 7.3		

Quadro 9: AS_ Sequência da Ação_1

Nome: _____

Exercício 8: Função Executiva _ Cálculos

Cálculos	Tentativa 1	Tentativa 2
Exercício 8.1		
Exercício 8.2		
Exercício 8.3		

Quadro 10: AS_ Sequência da Ação_2**SESSÃO Nº 8_PEC_Estimulação da Atenção e Concentração**

Nome: _____

Exercício 9.1 - "Estrelas"



Atenção e Concentração	Tentativa 1	Tentativa 2
<p align="center">“Estrelas”</p> <p align="center">Indique o número de estrelas que encontrou</p>		

Quadro 11: AS_ Estrelas_1

SESSÃO Nº 9_PEC_Estimulação da Atenção e Concentração

Nome: _____

Exercício 9.2 – “Sopa de Letras”

(Tentativa 1 e 2 – tem 10 minutos)



Quadro 13: AS_ Sopa de Letras_21

SESSÃO Nº 10_PEC_Avaliação Final

Anexo II – Resultados do Programa de Estimulação Cognitiva

De acordo com a bibliografia consultada, a esquizofrenia é uma condição psicopatológica associada a disfunções cognitivas, manifestadas em diferentes dimensões neuropsicológicas (e.g., atenção, funções mnésicas, funções executivas, velocidade de processamento), havendo evidência empírica que permite sustentar uma relação de causalidade entre o funcionamento cognitivo e as competências funcionais dos indivíduos. (Marques, Queirós e Rocha, 2006)

Durante muitos anos, a principal forma de tratamento para pacientes severamente comprometidos por doenças mentais, como a esquizofrenia, estava relacionada ao uso de medicação antipsicótica. Mais recentemente pesquisas demonstraram que a efetividade das medicações pode ser melhorada com intervenções psicossociais, como terapias familiares (Mari e Streiner, 1994) ou terapia cognitiva e comportamental, auxiliando na redução dos índices de recaída, na diminuição quanto à severidade das alucinações e delírios e contribuindo também com o funcionamento global do paciente (Haddock et al., 1988).

Este tipo de programas de desenvolvimento de competências, visa aumentar o nível de funcionamento geral e de qualidade de vida de pessoas em situação de exclusão social e dependem, em grande parte, das capacidades de aprendizagem e de generalização dos indivíduos e, conseqüentemente, das suas capacidades cognitivas. (Marques, Queirós e Rocha, 2006)

Os Programas de Estimulação Cognitiva têm a finalidade de prevenir o declínio cognitivo global consequente de doenças progressivas neurodegenerativas como por exemplo as demências. Espera-se que programas de estimulação sejam delineados de forma a manter as habilidades preservadas, intactas, compensando o que foi perdido e potenciando novas aprendizagens.

Segundo Clare & Woods (2004), a estimulação cognitiva pode ser apresentada em diferentes formatos. Pode ser individualizada ou em grupo, podendo mesmo ser extensa à família com a ajuda de um terapeuta e ser aplicada em diferentes contextos (institucional, centro de dia ou domicílio).

Estas tarefas podem ser operacionalizadas em papel e lápis, no computador ou então através de analogias com as atividades de vida diárias. Gonzaga & Nunes (2008) defendem que deve existir uma preocupação para que o treino se realize em ambientes simultaneamente estruturados e controlados, mas que é fulcral este estar impregnado de elementos relacionados com o contexto real e quotidiano das pessoas.

Neste contexto foi desenvolvido um Programa de Estimulação Cognitiva cujo Manual é apresentado em Anexo III. Este manual contempla o enquadramento, justificação, implementação e avaliação a ser utilizada. Também pode ser consultado no Anexo III a metodologia utilizada na pesquisa bibliográfica para a fundamentação, os planos de todas as sessões contempladas pelo programa, é apresentado o procedimento de todas as sessões e ainda é descrito todos os documentos de avaliação para cada sessão.

O manual referido foi fornecido à equipa de enfermagem da unidade de S.José de forma a ser utilizado e adaptado às necessidades das pessoas assistidas. A elaboração e partilha do manual têm como intuito de proporcionar a continuidade de cuidados e a constante melhoria. È de

referir que as sessões delineadas não são inalteráveis, podendo estar sujeitas a modificações bem como o acrescento de mais sessões e de exercícios de estimulação diferentes que contemplem outras áreas de cognição que não foram focos de atenção estimulados neste programa.

Este programa destinou-se às pessoas assistidas na Unidade de S. José. Foram realizadas sessões bissemanais com um total de 10 sessões que se desenvolveram em grupo. Nestas sessões o número de participantes foi inicialmente de 11 pessoas no qual se verificaram duas desistências o que faz um total de 9 participantes do programa.

Na elaboração do programa de estimulação cognitiva foi definido o objetivo geral: Desenvolver um Programa de Estimulação Cognitiva e os respetivos objetivos específicos: Estimular a memória imediata, curto prazo e longo prazo; Estimular a Função Executiva e Estimular a Atenção e Concentração.

Este programa disponibiliza um conjunto de exercícios que vão de encontro às necessidades, potencialidades e expectativas mais comumente identificados ao longo das primeiras semanas de estágio, junto das pessoas assistidas e da equipa multidisciplinar. Teve a duração de 1 mês e encontra-se estruturado em 10 sessões que incluem: 1.^a Sessão – Apresentação, 2.^a Sessão – Avaliação Inicial, da 3.^a Sessão à 9.^a Sessão – Sessões de periodicidade bissemanal e ainda a 10.^a Sessão – Avaliação Final.

Como programado a monitorização e a avaliação dos resultados foram realizadas mediante observação, aplicação de instrumentos de avaliação (Mini - Mental) e grelhas de observação (Ficha de Registos e Folha de Presenças). Serão também tidos em conta os indicadores de resultado definidos no projeto de estágio, através de uma análise estatística. Para esta intervenção foram definidos os seguintes indicadores de avaliação: Planeamento e execução de um programa de Estimulação Cognitiva; Monitorizar o nº de participante e a assiduidade; Avaliar estatisticamente o resultado final. Passamos então à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. Inicialmente foi realizada a caracterização sócio-demográfica das participantes que integraram o programa de estimulação cognitiva. Esta caracterização foi realizada na sessão nº2 através do preenchimento do questionário de caracterização sócio-demográfico.

Número de Participantes Iniciais	11 Participantes
Número de Participantes Finais	9 Participantes
Média de Idades	41 anos
Habilitações literárias	3 Participantes – 4.º ano 2 Participantes – 5.º ano 1 Participante - 6.º ano 2 Participantes – 9.º ano 1 Participante – 12.º ano
Média do Número de Atividades Desenvolvidas	3 Atividades (Mínimo – 1 Atividade) (Máximo – 5 Atividades)
Média do Tempo de Institucionalização	9 anos (Mínimo – 3 anos) (Máximo – 17 anos)

Quadro 1_Caraterização das Participantes

Depois de uma análise demográfica, segue-se a análise estatística dos resultados. O programa de Estimulação Cognitiva desenvolvido contempla um total de 10 sessões. Nestas sessões procedeu-se a uma avaliação inicial, aplicação de exercícios de estimulação da memória, exercícios de estimulação da função executiva, exercícios de estimulação da atenção e concentração e, por fim uma avaliação final.

A estimulação cognitiva global implica a estimulação geral de múltiplos domínios cognitivos, e a estimulação de domínios específicos pressupõem a estimulação apenas de um domínio, como por exemplo a memória (Clare & Woods, 2004). As funções cognitivas podem ser distintamente divididas em: atenção, orientação, memória, organização visuo-motora, raciocínio, funções executivas, planeamento e solução de problemas.

Para estimular a memória foram aplicados um total de quatro exercícios, que na grande maioria das participantes foi constatada uma evolução positiva quando comparado a tentativa 1 com a tentativa 2. No primeiro exercício de estimulação da memória era pretendido que as participantes memorizassem um conjunto de 8 objetos presentes no seu quotidiano, e o resultado pode ser observado no Gráfico 1_ Exercício 1.

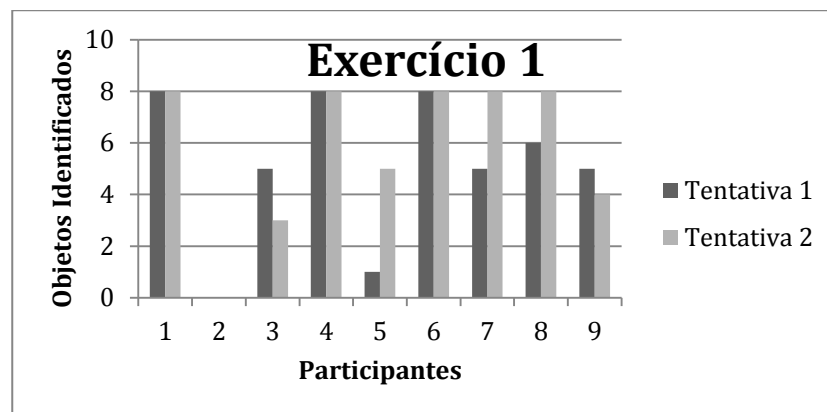


Gráfico 1_ Exercício 1

Como podemos observar em quase todas as participantes – exceto a participante nº 3 e a nº 2 (a participante nº 2 não participou na atividade) – mantiveram ou melhoraram o seu desempenho quando comparada a tentativa 1 com a tentativa 2. As tabelas referentes aos gráficos são apresentadas em Anexo IV.

Este exercício pretende testar a memória imediata visual e a nomeação, estas são tarefas que fazem parte integrante da memória de curto prazo. Permite, entre outras coisas, memorizar imagens acabadas de visualizar e permite exercitar a capacidade de atribuir os nomes corretos aos respetivos objetos.

No exercício 2 também se verificou melhoria na execução do exercício na tentativa 2 quando comparada com a tentativa 1, como mostra o Gráfico 2_ Exercício 2. Este exercício consistiu em observar uma imagem e em seguida responder a questões (12 no total) relacionadas com a mesma tendo como objetivo estimular a memória a curto prazo.

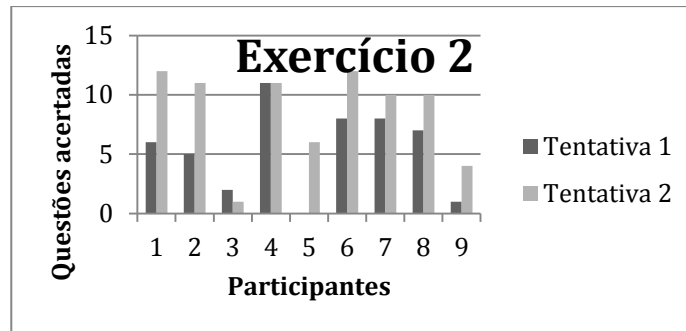


Gráfico 2_ Exercício 2

Estes resultados muito semelhantes aos verificados no exercício 1. A única participante que não teve um desempenho mais satisfatória na tentativa 2 foi a participante nº3, justificamos esta particularidade com a dificuldade em lidar com a frustração de não realizar corretamente e na totalidade na tentativa 1.

No terceiro exercício de estimulação da memória foi lido em voz alta para todas as participantes um texto e em seguida foram feitas algumas questões relacionadas com a leitura feita. Os resultados estão retratados no Gráfico 3.

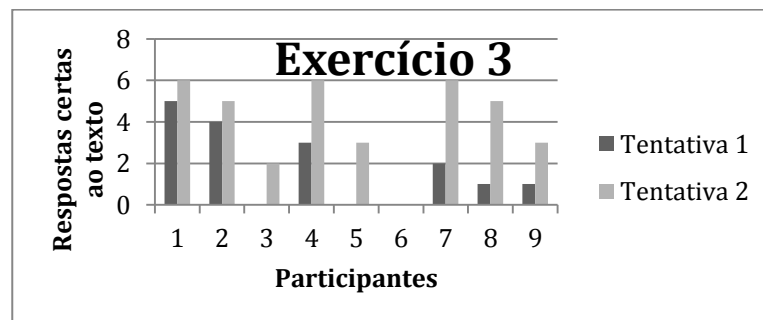


Gráfico 3_ Exercício 3

Neste exercício observou-se uma evolução em todas as participantes. Apenas a participante nº 6 não esteve na sessão e por isso não participou.

O último exercício referente à estimulação da memória corresponde ao exercício nº 4. Neste exercício foi mostrado a todas as participantes um conjunto de palavras que teriam de memorizar e posteriormente escrevê-las na folha de registos que se encontrava à sua frente, tendo um total de duas tentativas para realizar o exercício. Estes resultados podem ser visualizados no Gráfico 4.

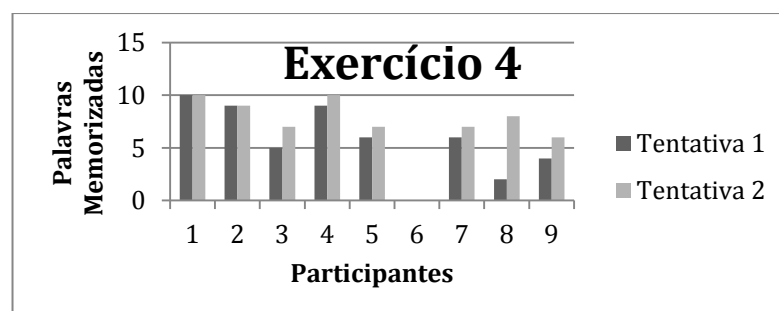


Gráfico 4_ Exercício 4

Comparativamente aos exercícios de estimulação da memória já descritos, os efeitos obtidos no exercício 4 encontram-se na mesma linha de resultados – todas as participantes obtiveram resultados mais positivos na 2ª tentativa comparativamente aos resultados obtidos na tentativa 1.

Depois dos exercícios de estimulação da memória seguiram-se os exercícios de estimulação da função executiva. O dia-a-dia oferece diferentes desafios e situações imprevistas que exigem habilidades de várias funções cerebrais. Por exemplo: descobrir o melhor caminho para se chegar a um determinado local, desenvolver uma nova função, analisar um problema, fazer uma conta matemática, finalizar uma tarefa complexa. O dicionário da International Neuropsychological Society define funções executivas como "as habilidades cognitivas necessárias para realizar comportamentos complexos dirigidos para determinado objetivo e a capacidade adaptativa as diversas demandas e mudanças ambientais". (Loring, 1999)

As funções executivas incluem **raciocínio, lógica, estratégias e tomada de decisões**, além de manter ações permanentes de controle mental. Este conjunto de funções tem um papel central na organização e no planeamento de todas as nossas ações.

No total foram realizados quatro exercícios que pretendiam estimular a função executiva. No exercício 5 foram mostradas, às participantes, um conjunto de palavras na qual teriam de indicar a semelhança entre elas. No final, foi notória a facilidade com que realizaram este exercício uma vez que todas as participantes conseguiram responder afirmativamente sem ao que foi pedido sem dificuldades.

O exercício 6 era bastante semelhante ao exercício 5 com a particularidade de em vez de ser pedido as semelhanças entre as palavras foi pedido as diferenças. Os seus resultados podem ser observados no Gráfico 5.

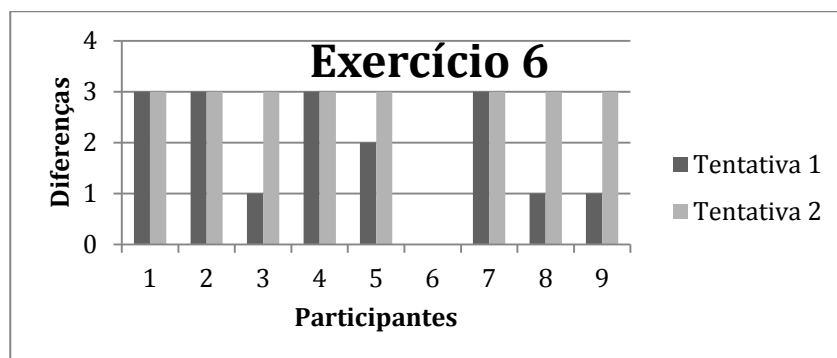


Gráfico 5_ Exercício 6

Neste exercício não houve a taxa de sucesso verificado no exercício anterior. No entanto, todas as participantes obtiveram um resultado mais satisfatório na tentativa 2 em comparação com a tentativa 1. Apenas a participante nº 6 faltou à sessão.

No terceiro exercício de estimulação da função cognitiva foi pedido às participantes que mediante um conjunto de frases elas fossem organizadas com o objetivo de construir uma sequência entre as diferentes frases. Com este exercício observou-se uma melhoria ou

manutenção na sequência das frases. O resultado deste exercício pode ser visualizado no Gráfico 6.

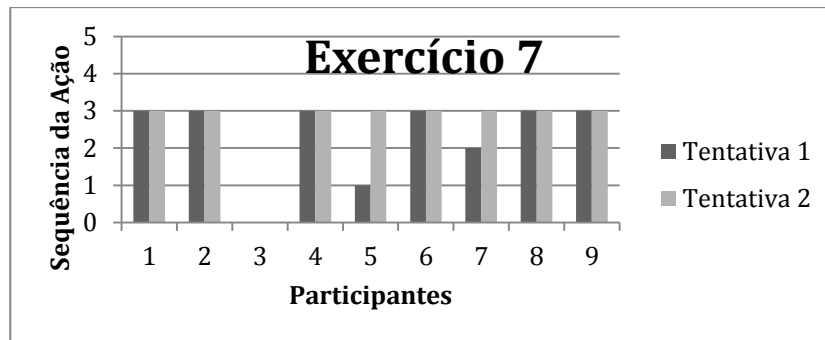


Gráfico 6_ Exercício 7

O último exercício de estimulação da função executiva, exercício 8, refere-se a exercícios de cálculo. À semelhança dos resultados observados no exercício 5 neste exercício, todas as participantes, chegaram ao resultado correto na primeira tentativa.

Por último pretendeu-se realizar exercícios de estimulação da atenção e concentração. De acordo com a pesquisa bibliográfica realizada a atenção e a concentração são frequentemente apontadas como défice cognitivo presente em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia.

Foram planeados dois exercícios que estimulam a atenção e a concentração. No primeiro, exercício 9.1, foi mostrada uma imagem composta por vários símbolos e com cores diferentes. Foi pedido a cada participante que no intervalo de 5 minutos contassem o maior número de um símbolo (foi pedido que contassem as “estrelas”). Neste exercício todas as participantes conseguiram contabilizar o que foi pedido dentro do tempo pretendido.

O segundo exercício referente à estimulação da atenção e concentração foi intitulado de “Sopa de Letras”. Com este exercício pretendia-se que as participantes descobrissem as palavras “escondidas” na sopa de letras, no final foi contabilizado o tempo que demoraram a realizar o exercício, estes resultados podem ser observados no Gráfico 7.

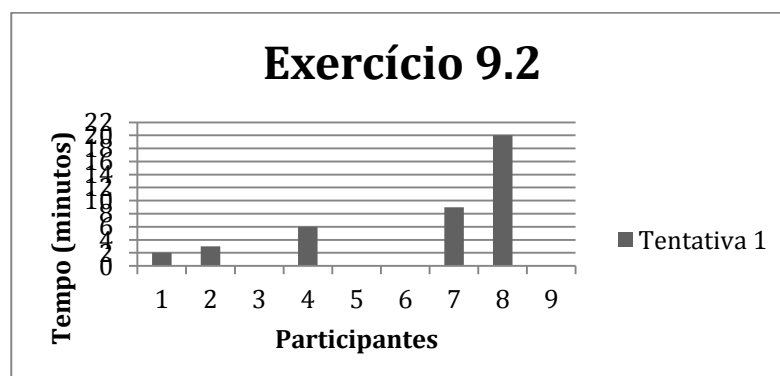


Gráfico 7_ Exercício 9.2

Estes resultados são coerentes com todos os resultados apresentados anteriormente. As participantes com menos défices cognitivos apresentam um tempo menor de resolução do exercício. O tempo estipulado inicialmente para a realização do exercício foi de 10 minutos, no

entanto uma participante ultrapassou o tempo definido inicialmente. O que é de ressaltar não é o tempo em excesso mas sim a capacidade e persistência que demonstrou ao realizá-lo.

Nesta sessão cerca de 44% das participantes (4 das 9 participantes) faltaram à sessão de estimulação cognitiva devido a outras atividades que realizaram no exterior da Casa de Saúde do Bom Jesus.

Depois de analisados os resultados obtidos isoladamente em cada exercício podemos ver o impacto do programa de estimulação cognitiva através da avaliação final. Na avaliação final, em semelhança com a avaliação inicial, foi utilizada a escala de avaliação do Mini Mental State Exam (MMSE). Este instrumento avalia a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Através da interpretação dos seus resultados consegue-se analisar se existe um défice cognitivo. Estes resultados estão expostos no Gráfico 8_ Avaliação Final.

Para a conclusão de todo o trabalho foi elaborado um poster que contém as principais conclusões de toda a intervenção, que se encontra no final deste documento.

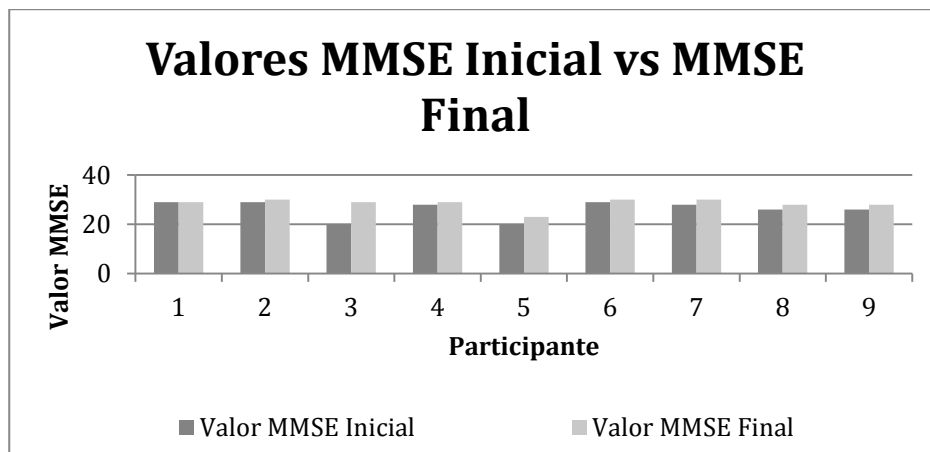


Gráfico 8_ Avaliação Final

Analisando o gráfico final podemos constatar os resultados cognitivos que alcançados. É notória a evolução das participantes no melhoramento do seu desempenho. Com isto conseguimos responder à questão inicial e perceber que com este tipo de programas a função cognitiva é melhorada. Esta conclusão vai ao encontro da pesquisa bibliográfica realizada.

Poster_ PEC

Programa de Estimulação Cognitiva desenvolvido na Unidade de S. José



Carla Azevedo ⁽¹⁾ e Sílvia Peixoto ⁽²⁾

⁽¹⁾⁽²⁾ Irmãs Hospitaleiras – Casa de Saúde do Bom Jesus - Braga

Introduction/Resume

A esquizofrenia é uma condição psicopatológica associada a disfunções cognitivas, manifestadas em diferentes dimensões neuropsicológicas (e.g., atenção, funções mnésicas, funções executivas, velocidade de processamento), havendo evidência empírica que permite sustentar uma relação de causalidade entre o funcionamento cognitivo e as competências funcionais dos indivíduos ⁽¹⁾. Está descrito na literatura que nas pessoas com esquizofrenia é esperado vários défices de ordem cognitiva e social que afetam severamente o seu funcionamento diário.⁽²⁾ Os Programas de Estimulação Cognitiva têm a finalidade de prevenir o declínio cognitivo global consequente de doenças progressivas neurodegenerativas como por exemplo as demências. Espera-se que programas de estimulação sejam delineados de forma a manter as habilidades preservadas, intactas, compensando o que foi perdido e potenciando novas aprendizagens.

Objetivos

Objetivo Geral:

Desenvolver um Programa de Estimulação Cognitiva.

Objetivos específicos:

Estimular a memória imediata, curto prazo e longo prazo;
Estimular a Função Executiva,
Estimular a Atenção e Concentração;

Métodos

O Programa de Estimulação Cognitiva destinou-se às pessoas assistidas na Unidade de S. José. Foram realizadas sessões baseadas num total de 10 sessões que se desenvolveram em grupo. Nestas sessões o número de participantes foi inicialmente de 11 pessoas no qual se verificaram duas desistências o que fez um total de 9 participantes do programa. O programa teve a duração de 1 mês e estruturou-se estruturado em 10 sessões que incluíam: 1ª Sessão – Apresentação, 2ª Sessão – Avaliação Inicial, da 3ª Sessão à 9ª Sessão – Sessões de periodicidade base semanal e ainda a 10ª Sessão – Avaliação Final. A monitorização e a avaliação dos resultados foram realizadas mediante observação, aplicação de instrumentos de avaliação (Mini - Mental), grelhas de observação (Ficha de Registos e Folha de Presenças) e os indicadores de resultado obtidos através de uma análise estatística.

Número de Participantes Iniciais	11 Participantes
Número de Participantes Finais	9 Participantes
Média de Idades	41 anos
Habilidades Literárias	3 Participantes – 2º ano 2 Participantes – 3º ano 1 Participante – 6º ano 2 Participantes – 7º ano 1 Participante – 12º ano
Média do Número de Atividades Desenvolvidas	3 Atividades (Médio – 1 Atividade) (Máximo – 5 Atividades)
Média do Tempo de Institucionalização	8 anos (Médio – 3 anos) (Máximo – 17 anos)

Quadro 1_ Caracterização dos Participantes

O programa de Estimulação Cognitiva desenvolvido contemplou um total de 10 sessões. Nestas sessões procedeu-se a uma avaliação inicial, aplicação de exercícios de estimulação da memória, exercícios de estimulação da função executiva, exercícios de estimulação da atenção e concentração e, por fim uma avaliação final.

Memória

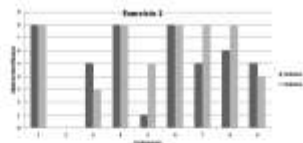


Gráfico 1_ Exercício 1

Como podemos observar em quase todas as participantes – exceto a participante nº 3 e a nº 2 que não participaram na atividade – mantiveram ou melhoraram o seu desempenho quando comparada a tentativa 1 com a tentativa 2.

Função Executiva

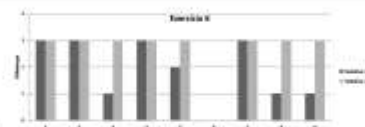


Gráfico 2_ Exercício 6

Neste exercício todas as participantes obtiveram um resultado mais satisfatório na tentativa 2 em comparação com a tentativa 1. Apenas a participante nº 6 falhou à sessão.

Atenção e Concentração

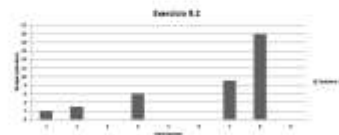


Gráfico 3_ Exercício 9.2

Estes resultados são coerentes com todos os resultados apresentados anteriormente. As participantes com menos défices cognitivos apresentaram um tempo menor de resolução do exercício. O tempo estipulado inicialmente para a realização do exercício foi de 10 minutos, no entanto uma participante ultrapassou o tempo definido inicialmente. Nesta sessão cerca de 44% das participantes (4 das 9 participantes) falharam à sessão de estimulação cognitiva devido à outras atividades que realizaram no exterior da Casa de Saúde do Bom Jesus.

Avaliação Inicial vs Avaliação Final

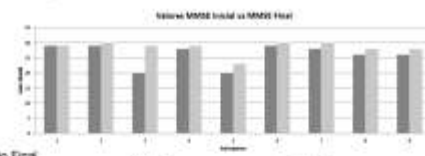


Gráfico 4_ Avaliação Final

Pela comparação dos dados obtidos através da aplicação do Mini Mental State Exam (MMSE), 9 participantes melhoraram os valores alcançados e uma participante manteve o mesmo valor.

Conclusões

A elaboração e execução do programa de estimulação cognitiva, permitiu concluir que os benefícios consequentes à implementação do mesmo são a melhoria do desempenho cognitivo e diminuição dos défices cognitivos. Por consequência, estes benefícios têm impacto direto na melhoria da qualidade de vida das participantes e no seu desempenho quotidiano, aquando realização das atividades. Como podemos observar houve uma evolução positiva em relação às funções cognitivas trabalhadas, nomeadamente ocorreu uma melhoria da memória imediata, de curto prazo e longo prazo, da Função Executiva e da Atenção e Concentração. Pela análise gráfico final podemos constatar os resultados cognitivos alcançados. É notória a evolução das participantes no melhoramento do seu desempenho. Com isto conseguimos responder à questão inicial e perceber que com este tipo de programas a função cognitiva é melhorada. Esta conclusão vai ao encontro da pesquisa bibliográfica realizada.

Referências Bibliográficas

- ⁽¹⁾ MARQUES, A. J., QUEIRÓS, C. e ROCHA, N. B. Metodologias de Reabilitação Cognitiva num Programa de Desenvolvimento Pessoal de Individuos com Doença Mental e desempregados de longa duração in PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2006, 7 (1), 105-116
- ⁽²⁾ SOUSA, H. et al. Reabilitação Integrada na Esquizofrenia in Saúde Mental, volume III, nº5, setembro/Outubro, 2011

**Anexo III – Programa de Treino do Autocuidado Higiene e
Arranjar-se**

Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se

Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio _ Módulo I – “Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde”

Porto, 16.10.2013

Siglas

CASA - Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem

PTACHA - Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se

Índice

1 - Descrição do programa a desenvolver.....	140
2 - Fundamentação/justificação do programa.....	141
3 - Destinatários.....	141
3.1. - Critérios de Inclusão.....	142
3.2. - Critérios de Exclusão	142
4 - Recursos necessários (humanos e materiais)	142
5 - Descrição dos Objetivos do Projeto.....	142
6 - Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas.....	143
7- Descrição das Atividades a Desenvolver.....	143
7.1 - Fase I_Apresentação e Avaliação Inicial	143
7.2 - Fase II_Sessões.....	144
7.3 - Fase III_Avaliação Final	147
8 - Impacto previsto do Projeto	148
9 - Plano de implementação	148
10 - Acompanhamento e avaliação do programa	149
11 - Indicadores/resultados a atingir.....	149
12 - Perspetivas de continuidade do projeto.....	149
13 – Condicionantes.....	149
14 - Bibliografia	150
Anexo I _ Apresentação em Power Point.....	152
Anexo II _ Planos de Sessão	163
Anexo III _ Planos de Avaliação.....	170
Anexo IV _ Panfleto	178

1 - Descrição do programa a desenvolver

A intervenção idealizada designa-se por “Programa de Treino do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se” (PTACHA) e será desenvolvida na Casa de Saúde do Bom Jesus, em particular no Serviço de Reabilitação - Projecto CASA (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), na Unidade de Vida Protegida (Residência Santa Teresa). Este programa surge a partir de uma inquietação pessoal e da observação constante da prática clínica.

As principais áreas de intervenção são as atividades de vida diária, nomeadamente na área do autocuidado higiene e do arranjar-se que carece de intervenção especializada de enfermagem de saúde mental de psiquiátrica. Este programa surge também como um elemento pertencente ao Estágio do Mestrado em Enfermagem e Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, em particular para dar resposta ao Módulo I – “Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde”.

Para a implementação deste programa foram definidas um total de 8 sessões que serão executadas nas Unidades de Vida Protegida (nomeadamente na Residência Santa Teresa). Serão desenvolvidas em grupo fechado com os elementos da Residência Santa Teresa, de periodicidade bi-semanal, com a duração de cerca de 60 minutos em cada sessão.

Este programa de treino contempla 3 principais fases: apresentação e avaliação inicial, sessões de treino do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se e avaliação final. A Fase I refere-se à apresentação de todo o programa de treino assim como das participantes e dos técnicos. Nesta fase também se procede à avaliação inicial através de um questionário de caracterização Sócio-Demográfica, Consentimento Informado e aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades MMSE, BELS e a Escala de Lawton e Brody.

Na Fase II estão descritas as sessões que compõem o PTACHA. Estas sessões são divididas em duas partes fundamentais: 1 – Treino do Autocuidado Higiene 2 – Treino do Autocuidado Arranjar-se. Para todas as sessões está definido uma avaliação qualitativa e quantitativa através do preenchimento de uma “Grelha de Observação da Sessão” e um “Registo de Presenças”. E, por último, a Fase III que se refere à avaliação final onde será aplicado novamente o instrumento de avaliação BELS e a Escala de Lawton e Brody com o objetivo de avaliar os resultados de toda a intervenção. Esta última fase contempla ainda a construção de um panfleto que enfatiza esta intervenção e será realizada pelos técnicos em conjunto com as participantes.

2 - Fundamentação/justificação do programa

Um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 é promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização. Nos últimos tempos, o modelo de atenção em saúde mental, modificou do enfoque institucional da pessoa com doença mental para um enfoque baseado na atenção comunitária. Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007 - 2016 a abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez "maior ênfase à manutenção dos doentes na respetiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas."

Entende-se por reabilitação psicossocial o processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o autocuidado, atividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade (Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 Janeiro). O processo de reabilitação psicossocial numa pessoa com doença mental não é só uma técnica, mas um processo de transformação que é uma componente essencial dos cuidados de Saúde Mental.

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica assume-se como elemento fundamental do processo de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental, devendo manter uma atitude positiva, não discriminar e apostar fortemente na valorização das capacidades das pessoas e no seu envolvimento ativo na definição de metas ajudará ao sucesso de qualquer intervenção.

Em seguimento ao que foi exposto surge o presente programa que tem como objetivo melhorar o autocuidado higiene e arranjar-se das pessoas que se encontram na unidade de vida protegida. Este programa surge depois de uma inquietação pessoal e de uma constante observação da prática. Esta intervenção enquadra-se nos fundamentos do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria.

Os diagnósticos de Enfermagem identificados para esta intervenção são: Autocuidado Higiene Ineficaz, Autocuidado Arranjar-se Ineficaz, Aprendizagem de Capacidades Comprometida, Conhecimento Insuficiente e Resposta Psicossocial ao ensino inadequada.

3 - Destinatários

O presente programa destina-se às pessoas assistidas do Serviço de Reabilitação - Projecto CASA na Unidade de Vida Protegida (Residência Santa Teresa). No entanto, para o desenvolvimento desta intervenção foram definidos critérios de inclusão e exclusão.

3.1. - Critérios de Inclusão

- Pessoas Assistidas da Reabilitação St.^a Teresa e que se encontrem na mesma há pelo menos há 3 meses;
- Apresentar défice nos autocuidados: higiene e arranjar-se;
- Aceitar participar no “Programa de Treino do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se”;
- Estabilização clínica;
- Ausência de défices visuais, auditivos;
- Ausência de défice intelectual marcado.

3.2. - Critérios de Exclusão

- Não aceitar participar no programa de Treino;

4 - Recursos necessários (humanos e materiais)

Os recursos humanos afetos a este programa são as estagiárias Carla Azevedo e Sílvia Peixoto. Relativamente aos recursos materiais estes encontram-se descritos ao longo do programa, nomeadamente no item “Descrição das Atividades a Desenvolver”.

5 - Descrição dos Objetivos do Projeto

O presente programa tem como **objetivo geral**:

- Executar autonomamente o autocuidado higiene e arranjar-se.

Os **objetivos específicos** são:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas no Autocuidado de Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral) e Arranjar-se;
- Reconhecer a importância do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
- Reconhecer corretamente os objetos necessários ao Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
- Reconhecer a sequência prática do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
- Identificar estratégias para a prática do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
- Treinar o Autocuidado de Higiene (higiene oral) e Treinar o Autocuidado de Arranjar-se.

6 - Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas

O principal propósito deste programa é responder a uma necessidade identificada ao longo das primeiras semanas de estágio, junto das pessoas assistidas e da equipa multidisciplinar e que carece de intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Para este fim foram delineadas um total de 8 sessões que serão realizadas com periodicidade bissemanal durante o período de 1 mês. Numa primeira fase estas sessões serão desenvolvidas em grupo (no mínimo 2 e no máximo 4 participantes) e posteriormente serão praticadas sessões individuais. Serão implementadas na Residência Santa Teresa com a duração de 60 minutos cada.

Para cada sessão foram definidos os Planos de Sessão e os Planos de Avaliação que se encontram no Anexo II e Anexo III respetivamente.

7- Descrição das Atividades a Desenvolver

O Programa de Treino do Auto - Cuidado Higiene e Arranjar-se (PTACHA) encontra-se estruturado nas seguintes fases:

- **FASE I** – Apresentação e Avaliação Inicial
- **FASE II** – Sessões de Treino do Auto - Cuidado de Higiene e Arranjar-se
- **FASE III** – Avaliação Final

7.1 - Fase I _Apresentação e Avaliação Inicial

1.ª SESSÃO – PTACHA _APRESENTAÇÃO E AVALIAÇÃO INICIAL

Objetivos:

- Apresentar todos os elementos do grupo (auto-apresentação);
- Expor os objetivos e as atividades do PTACHA;
- Definir o horário e o dia do PTACHA.;
- Proceder à avaliação inicial através da aplicação de instrumentos de avaliação de necessidades definidos inicialmente.

Conteúdos:

- Introdução (objetivos da reunião do grupo);
- Apresentação de todos os membros;
- Definição do horário e o dia das sessões;

- Aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades definidos inicialmente;
- Fim da sessão

Avaliação:

- “Folha de Presenças”;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- Preenchimento dos instrumentos de avaliação de necessidades definidos.

Material:

- Mesas e cadeiras;
- “Registo de Presenças”;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- Instrumentos de Avaliação definidos.

Tempo estipulado: 60 minutos

7.2 - Fase II_Sessões

2.ªSESSÃO – PTACHA_ AUTOCUIDADO HIGIENE CORPORAL

Objetivos:

- Identificar as vantagens e as dificuldades na prática do Autocuidado Higiene (cuidados ao corpo);
- Reconhecer a importância da prática regular do Autocuidado Higiene (cuidados ao corpo);
- Identificar corretamente os objetos utilizados para o Autocuidado Higiene (cuidados ao corpo);
- Identificar os cuidados de higiene necessários para uma eficaz higiene corporal;
- Reconhecer a sequência prática dos cuidados de higiene ao corpo.

Conteúdos:

- Introdução (objetivos da sessão);
- Utilizar o método de rol-play para partilha de experiências e de dúvidas relativas ao autocuidado de higiene corporal: importância, vantagens, dificuldades sentidas e sequência dos cuidados de higiene;
- Utilizar uma apresentação em power-point que complementa a partilha de experiências (no final do rol-play);
- Fim da sessão

Avaliação:

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 2”
- “Registo de Presenças”.

Material:

- Mesas e cadeiras;
- Computador (apresentação em Power Point) e data show;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 2”
- “Registo de Presenças”.

Tempo estipulado: 60 minutos

3.ª SESSÃO – PTACHA_ AUTOCUIDADO HIGIENE ORAL

Objetivos:

- Identificar as vantagens e as dificuldades na prática do Autocuidado Higiene (higiene oral);
- Reconhecer a importância da prática regular do Autocuidado Higiene (higiene oral);
- Identificar corretamente os objetos utilizados para o Autocuidado Higiene (higiene oral);
- Identificar os cuidados de higiene necessários para uma eficaz higiene oral;
- Reconhecer a sequência prática dos cuidados de higiene oral.

Conteúdos:

- Introdução (objetivos da sessão);
- Utilizar o método de rol-play para partilha de experiências e de dúvidas relativas ao autocuidado de higiene oral: importância, vantagens, dificuldades sentidas e sequência dos cuidados de higiene;
- Utilizar uma apresentação em power-point que complementa a partilha de experiências (no final do rol-play);
- Fim da sessão

Avaliação:

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 3”

- “Registo de Presenças”.

Material:

- Mesas e cadeiras;
- Computador (apresentação em Power Point) e data show;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 3”
- “Registo de Presenças”.

Tempo estipulado: 60 minutos

4.ª SESSÃO – PTACHA_ AUTOCUIDADO ARRANJAR-SE

Objetivos:

- Identificar as vantagens e as dificuldades na prática do Autocuidado Arranjar-se;
- Reconhecer a importância da prática do Autocuidado Arranjar-se;
- Reconhecer a importância dos cuidados de higiene ao cabelo e unhas;
- Identificar corretamente os objetos utilizados para o Autocuidado Arranjar-se;
- Planear diariamente o Autocuidado Arranjar-se;
- Reconhecer a sequência prática do Autocuidado Arranjar-se.
- Identificar estratégias para a prática do Autocuidado Arranjar-se.

Conteúdos:

- Introdução (objetivos da sessão);
- Utilizar o método de rol-play para partilha de experiências e de dúvidas relativas ao autocuidado de arranjar-se: importância, vantagens, dificuldades sentidas e sequência do cuidado;
- Utilizar uma apresentação em power-point que complementa a partilha de experiências (no final do rol-play);
- Fim da sessão

Avaliação:

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 4”;
- “Registo de Presenças”.

Material:

- Mesas e cadeiras;
- Computador (apresentação em Power Point) e data show;

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 4”;
- “Registo de Presenças”.

Tempo estipulado: 60 minutos

5.^a, 6.^a E 7.^a SESSÃO – PTACHA_ TREINO DO AUTOCUIDADO HIGIENE E ARRANJAR-SE

Objetivos:

- Treinar o Autocuidado Higiene (cuidados ao corpo);
- Treinar o Autocuidado Higiene (higiene oral);
- Treinar o Autocuidado Arranjar-se.

Conteúdos:

- Introdução (objetivos da sessão);
- Proceder ao treino dos autocuidados através de sessões individuais utilizando os conteúdos e sequências abordados anteriormente;
- Fim da sessão

Avaliação:

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 5, 6 e 7”;
- “Registo de Presenças”.

Material:

- Objetos de higiene pessoal de cada participante;
- Objetos para o autocuidado arranjar-se de cada participante;
- Material que compõem o WC da unidade de vida protegida;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 5, 6 e 7”;
- “Registo de Presenças”.

Tempo estipulado: 60 minutos

7.3 - Fase III_Avaliação Final

8.^a SESSÃO – PTACHA _AVALIAÇÃO FINAL

Objectivo:

- Aplicar instrumentos de avaliação definidos anteriormente;

- Elaborar um panfleto sobre o PTACHA.

Conteúdos:

- Introdução (objetivos da sessão, resumo da sessão anterior);
- Proceder à elaboração de um panfleto, juntamente com as participantes, que contenha as vantagens, dificuldades, estratégias e opiniões sobre o Autocuidado Higiene e Arranjar-se;
- Fim da sessão.

Avaliação:

- Preenchimento dos instrumentos de avaliação definidos;
- “Registo de Presenças”;
- “Grelha de Observação da Sessão”

Material:

- Mesas e cadeiras;
- “Registo de Presenças”;
- Instrumentos de Avaliação definidos.

Tempo estipulado: 60 minutos

8 - Impacto previsto do Projeto

Considera-se que com o desenvolvimento do Programa de Treino do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se, junto das participantes, na:

- Identificação de vantagens e as dificuldades sentidas no Autocuidado de Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral) e Arranjar-se;
- Reconhecimento da importância do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
- Reconhecimento correto dos objetos necessários para o Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
- Reconhecimento da sequência prática do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
- Identificação de estratégias para a prática do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
- Treino do Autocuidado de Higiene (higiene oral);
- Treino do Autocuidado de Arranjar-se.

9 - Plano de implementação

O presente programa será implementado às pessoas residentes na Unidade de Vida Protegida (residência St.^a Teresa). O PTACHA terá um total de 8 sessões, desenvolvidas na residência St.^a Teresa, aplicadas 2 x semana, por um período de 60 minutos em cada sessão.

Todas as sessões encontram-se delineadas e definidas neste programa, assim como a avaliação de cada sessão prevista. Em Anexo I é fornecida a apresentação em formato power point utilizada no decorrer das sessões. No Anexo II é apresentado o modelo do plano de sessão, em Anexo III é descrito o plano de avaliação de cada sessão e no Anexo IV é apresentado o panfleto elaborado em conjunto com as participantes do PTACHA.

10 - Acompanhamento e avaliação do programa

A monitorização e a avaliação dos resultados serão realizadas pelas estagiárias Carla Azevedo e Sílvia Peixoto. A avaliação qualitativa e quantitativa de todas as sessões está prevista e é apresentada em Anexo III.

11 - Indicadores/resultados a atingir

Os indicadores de resultados definidos serão analisados estatisticamente, consideramos assim que os principais resultados a atingir serão:

- Manutenção da assiduidade durante as sessões deste programa;
- Melhoria da participação das utentes nas sessões;
- Melhoria do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se.

12 - Perspetivas de continuidade do projeto

Prevê-se que o presente programa seja replicado pela equipa de enfermagem da Unidade de Reabilitação St.^a Teresa, em anos subsequentes, nomeadamente inclusão deste programa nos treinos do Espaço Autonomia +, com as devidas alterações e reformulações que se acharem pertinentes, indo de encontro às necessidades reais e interesses das pessoas assistidas

13 – Condicionantes

As principais condicionantes ao desenvolvimento deste programa são as seguintes:

- Desestabilização clínica das pessoas assistidas com alterações do comportamento que condicionem a adesão ao programa;
- Dificuldade de implementação por ocorrências imprevistas;
- Falta de experiência na implementação do programa e dificuldade na análise estatística da informação obtida.

14 - Bibliografia

- AMARAL, A.C. **Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental**, Loures: Lusociência. 2010
- CORDO, M. – **Reabilitação de Pessoas com Doença Mental**, Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- DALGADARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**, 2ª edição, Artmed. 2008.
- Decreto-Lei nº 18/2010 de 28 de Janeiro. Diário da República. I Série - N.º 19. 257 a 263.
- EY, H., BERNARD, P. & BRISSET, C. **As psicoses esquizofrênicas**. In Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Masson. 1985.
- Fortin, M. **O processo de investigação – Da concepção à realidade**. Loures: Lusociências, 1999.
- MARI, J. J. e STREINER, D. N. **An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings**. Psychol Med. 24:3, 565-578, 1994.
- **Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. [Consult. 2013-10-03]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/CIPEVERS%C3%83O2.aspx>.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**.
- Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Mental;
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **Regulamento Geral – Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional**, Porto, 2012.
- SOUSA, H. et al. **Reabilitação Integrada na Esquizofrenia in Saúde Mental**, volume III, nº5, setembro/Outubro, 2011.

Anexos

Anexo I _ Apresentação em Power Point



Processos de Trabalho de Enfermagem: higiene e asseio no

2. Objetivos Gerais

- 1. Identificar os fatores de transmissão de doenças.
- 2. Reconhecer a importância da higiene pessoal e ambiental.
- 3. Identificar os sinais e sintomas de doenças transmitidas por vetores.
- 4. Reconhecer a importância da higiene pessoal e ambiental.
- 5. Identificar os sinais e sintomas de doenças transmitidas por vetores.
- 6. Reconhecer a importância da higiene pessoal e ambiental.

2.

2.1 OBJETIVO GERAL

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Processos de Trabalho de Enfermagem: Higiene

2. Objetivos

- 1. Identificar os sinais e sintomas de doenças transmitidas por vetores.
- 2. Reconhecer a importância da higiene pessoal e ambiental.
- 3. Identificar os sinais e sintomas de doenças transmitidas por vetores.
- 4. Reconhecer a importância da higiene pessoal e ambiental.
- 5. Identificar os sinais e sintomas de doenças transmitidas por vetores.
- 6. Reconhecer a importância da higiene pessoal e ambiental.

Processos de Trabalho de Enfermagem: Higiene

2. Objetivos

- 1. Identificar os sinais e sintomas de doenças transmitidas por vetores.
- 2. Reconhecer a importância da higiene pessoal e ambiental.
- 3. Identificar os sinais e sintomas de doenças transmitidas por vetores.
- 4. Reconhecer a importância da higiene pessoal e ambiental.
- 5. Identificar os sinais e sintomas de doenças transmitidas por vetores.
- 6. Reconhecer a importância da higiene pessoal e ambiental.



Noção de Higiene Pessoal

Higiene é a aplicação de todos os meios apropriados para criar um ser humano, na vida individual e coletiva, as condições favoráveis à saúde.



Noção de Higiene Social

A higiene social engloba os aspectos relacionados com a comunidade. Consiste, fundamentalmente, no conjunto de medidas e de intervenções de prevenção, realizadas através da educação de uma população, visando a melhoria das condições de vida e a promoção da saúde.



Os cuidados com a higiene corporal permitem:

Os cuidados com a higiene corporal permitem:

Os cuidados com a higiene corporal permitem:

Os cuidados com a higiene corporal permitem:

Os cuidados com a higiene corporal permitem:

Os cuidados com a higiene corporal permitem:

Consequências de uma má higiene

- Doença bucal (gengivite, periodontite, estomatite, aftas)
- Doença periodontal (doença de guma)
- Halitose (mau hálito)
- Doença periodontal (doença de guma)
- Doença de guma
- Cárie
- Doença bucal (gengivite, periodontite, estomatite, aftas)
- Doença periodontal (doença de guma)
- Doença bucal (gengivite, periodontite, estomatite, aftas)
- Doença periodontal (doença de guma)
- Doença bucal (gengivite, periodontite, estomatite, aftas)

3.

3.1. Higiene Bucal

Processos de Defesa do Sistema Imunológico

- Defesa
- Defesa
- Defesa
- Defesa
- Defesa
- Defesa

Higiene Oral

Os dentes devem ser escovados pelo menos **2 vezes por dia**, sendo uma delas, a noite, antes de dormir.

Os dentes devem ser escovados durante **2 a 3 minutos**.

Como fazer?

1. Colocar a pasta de dentes na escova
2. Incliná-la em direção à gengiva e fazer pequenos movimentos verticais ou circulares; fazer pouco a pouco.



3. Escovar com uma seqüência. Começar a escovar a superfície externa (do lado da bochecha), de um lado ao outro.




4. Com a mesma seqüência, escovar as superfícies do lado da língua.





5. Proceder do mesmo modo para escovar os dentes da parte de trás.




6. Escovar as superfícies interdentais dos dentes com movimentos de vaivém.



7. Por fim, pode escovar-se a língua, sempre e sempre de parte dos dentes à base da língua.



Importância

- A escovação de dentes é um hábito pessoal, que não se deve perder.
- Deve ser realizada em lugar seco, com o pólio voltado para cima.
- A limpeza oral é a medida mais eficaz para prevenir as doenças orais.

Evitar Doenças

- Evitar doenças que afetam todo o corpo, como diabetes, hipertensão, problemas de fígado e que afetam os ossos e o sistema imunológico.
- Evitar doenças que afetam apenas a boca, como cárie, doença periodontal, gengivite e doença periodontal avançada, além de problemas de saúde bucal.



Limpeza da prótese dentária:

- Higienizar diariamente a prótese dentária
- Evitar o uso de produtos abrasivos para limpeza
- Utilizar pasta dentífrica específica para próteses dentárias
- Evitar o uso de água quente para limpeza
- Evitar o uso de produtos químicos para limpeza



- A limpeza deve ser feita em água corrente
- Deve-se utilizar escova de dentes macia
- Deve-se evitar o uso de produtos abrasivos
- Deve-se evitar o uso de produtos químicos

- Deve-se evitar o uso de produtos abrasivos
- Deve-se evitar o uso de produtos químicos
- Deve-se evitar o uso de água quente

Limpeza das Mucosas



Come com a garra - Evitar o uso de garrafas de plástico para beber água

4.

4. Higienização da prótese dentária

Prevenção de Infecções em Próteses Dentárias

- Evitar o uso de produtos abrasivos
- Evitar o uso de produtos químicos
- Evitar o uso de água quente
- Evitar o uso de produtos químicos

Principais os Tipos de Distúrbios Alimentares

• **• Bulimia**

Os episódios compulsivos de comer são seguidos por vômitos ou purgas.

Exatidão obsessiva e medo ganho peso de mais. Tanto quanto sempre a fome e a presença de vomitantes.

Episódios de vômito ou purga devem ser feitos dentro de um ambiente privado e silencioso.



Principais os Tipos de Distúrbios Alimentares

• **• Anorexia**

Os alunos não podem receber de qualquer maneira a quantidade adequada de alimentos durante o dia.



Principais os Tipos de Distúrbios Alimentares

• **• Exatidão**

Os episódios de vômito são compulsivos e ocorrem de vez em quando, mesmo quando não há fome.

Episódios de vômito são geralmente seguidos por episódios de compulsão alimentar.

Tanto hábito quanto de episódios de compulsão alimentar são comuns.

Exatidão obsessiva e medo de ganhar peso de mais.

Principais os Tipos de Distúrbios Alimentares

• **• Bulimia**

Quando a pessoa é capaz de controlar sua ingestão alimentar e não vomita.



Os episódios de compulsão alimentar são seguidos por vômitos ou purgas.

Principais os Tipos de Distúrbios Alimentares

• **• Exatidão**

Os episódios de compulsão alimentar são seguidos por vômitos ou purgas.

Episódios de compulsão alimentar são seguidos por episódios de compulsão alimentar.

Principais os Tipos de Distúrbios Alimentares

• **• Exatidão**

Exatidão obsessiva e medo de ganhar peso de mais.



Processos de Tumor no Sistema Muscular

Objeto

Conteúdo

• O tumor é um crescimento anormal das células de um tecido devido a alterações genéticas que afetam os genes que controlam o crescimento celular, a diferenciação celular e a morte celular.

• Os tumores podem ser benignos ou malignos. Os tumores malignos são cancerígenos e podem se espalhar para outras partes do corpo.



Processos de Tumor no Sistema Muscular

Objeto

Conteúdo

• O tumor é um crescimento anormal das células de um tecido devido a alterações genéticas que afetam os genes que controlam o crescimento celular, a diferenciação celular e a morte celular.

• Os tumores podem ser benignos ou malignos. Os tumores malignos são cancerígenos e podem se espalhar para outras partes do corpo.



Processos de Tumor no Sistema Muscular

Objeto

Conteúdo

• O tumor é um crescimento anormal das células de um tecido devido a alterações genéticas que afetam os genes que controlam o crescimento celular, a diferenciação celular e a morte celular.

• Os tumores podem ser benignos ou malignos. Os tumores malignos são cancerígenos e podem se espalhar para outras partes do corpo.

Processos de Tumor no Sistema Muscular

Objeto

Conteúdo

• O tumor é um crescimento anormal das células de um tecido devido a alterações genéticas que afetam os genes que controlam o crescimento celular, a diferenciação celular e a morte celular.

• Os tumores podem ser benignos ou malignos. Os tumores malignos são cancerígenos e podem se espalhar para outras partes do corpo.



Processos de Tumor no Sistema Muscular

Objeto

Conteúdo



Processos de Tumor no Sistema Muscular

Objeto

Conteúdo

• O tumor é um crescimento anormal das células de um tecido devido a alterações genéticas que afetam os genes que controlam o crescimento celular, a diferenciação celular e a morte celular.

• Os tumores podem ser benignos ou malignos. Os tumores malignos são cancerígenos e podem se espalhar para outras partes do corpo.







Anexo II _ Planos de Sessão

<p>Tema: “PTACHA _Apresentação e Avaliação Inicial” Nº de Sessão: Sessão nº 1 Tipo de Sessão: Grupo Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto Data: 21/10/2013 Hora: 9h Local: Unidade de Vida Protegida Duração: 60 minutos</p>		<p>Objetivo Geral: - Executar autonomamente o autocuidado higiene e arranjar-se</p> <p>Objetivos Específicos: - Apresentar todos os elementos do grupo (auto-apresentação); - Expor os objetivos e as atividades do PTACHA; - Definir o horário e o dia do PTACHA.; - Proceder à avaliação inicial através da aplicação de instrumentos de avaliação de necessidades definidos inicialmente.</p>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação; • Introdução ao PTACHA; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer horário e dia do PTACHA; • Aplicar Instrumentos de avaliação inicial; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras 	<ul style="list-style-type: none"> • “Registo de Presenças”; • “Grelha de Observação da Sessão”; • Preenchimento de instrumentos de Avaliação Inicial.

<p>Tema: “ PTACHA_ Autocuidado Higiene Corporal” Nº de Sessão: Sessão nº 2 Tipo de Sessão: Grupo Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto Data: 25/10/2013 Hora: 9h Local: Unidade de Vida Protegida Duração: 60 minutos</p>		<p>Objetivo Geral: - Executar autonomamente o autocuidado higiene e arranjar-se</p> <p>Objetivos Específicos: - Identificar as vantagens e as dificuldades na prática do Autocuidado Higiene (cuidados ao corpo); - Reconhecer a importância da prática regular do Autocuidado Higiene (cuidados ao corpo); - Identificar corretamente os objetos utilizados para o Autocuidado Higiene (cuidados ao corpo); - Identificar os cuidados de higiene necessários para uma eficaz higiene corporal; - Reconhecer a sequência prática dos cuidados de higiene ao corpo.</p>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado Higiene Corporal; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Rol-play • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; • Computador (apresentação em Power Point) e data show; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; • Computador (apresentação em Power Point) e data show; 	<ul style="list-style-type: none"> • “Registo de Presenças”; • “Grelha de Observação da Sessão”; • “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 2”

Tema: “ PTACHA_ Autocuidado Higiene Oral” Nº de Sessão: Sessão nº 3 Tipo de Sessão: Grupo Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto Data: 28/10/2013 Hora: 9h Local: Unidade de Vida Protegida Duração: 60 minutos		Objetivo Geral: - Executar autonomamente o autocuidado higiene e arranjar-se Objetivos Específicos: - Identificar as vantagens e as dificuldades na prática do Autocuidado Higiene (higiene oral); - Reconhecer a importância da prática regular do Autocuidado Higiene (higiene oral); - Identificar corretamente os objetos utilizados para o Autocuidado Higiene (higiene oral); - Identificar os cuidados de higiene necessários para uma eficaz higiene oral; - Reconhecer a sequência prática dos cuidados de higiene oral.			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado Higiene Oral 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Rol-play • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; • Computador (apresentação em Power Point) e data show; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; • Computador (apresentação em Power Point) e data show; 	<ul style="list-style-type: none"> • “Registo de Presenças”; • “Grelha de Observação da Sessão”; • “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 3”.

Tema: “ PTACHA_ Autocuidado Arranjar-se” Nº de Sessão: Sessão nº 4 Tipo de Sessão: Grupo Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto Data: 01/11/2013 Hora: 9h Local: Unidade de Vida Protegida Duração: 60 minutos		Objetivo Geral: - Executar autonomamente o autocuidado higiene e arranjar-se Objetivos Específicos: - Identificar as vantagens e as dificuldades na prática do Autocuidado Arranjar-se; - Reconhecer a importância da prática do Autocuidado Arranjar-se; - Reconhecer a importância dos cuidados de higiene ao cabelo e unhas; - Identificar corretamente os objetos utilizados para o Autocuidado Arranjar-se; - Planear diariamente o Autocuidado Arranjar-se; - Reconhecer a sequência prática do Autocuidado Arranjar-se. - Identificar estratégias para a prática do Autocuidado Arranjar-se.			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado Arranjar-se 	<ul style="list-style-type: none"> • Método Rol-play • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; • Computador (apresentação em Power Point) e data show; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; • Computador (apresentação em Power Point) e data show; 	<ul style="list-style-type: none"> • “Registo de Presenças”; • “Grelha de Observação da Sessão”; • Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 4”.

<p>Tema: “ PTACHA _ Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se”</p> <p>Nº de Sessão: Sessão nº 5,6 e 7</p> <p>Tipo de Sessão: Individual</p> <p>Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto</p> <p>Data: 04/11/2013, 08/11/2013 e 11/11/2013</p> <p>Hora: 7h30</p> <p>Local: Unidade de Vida Protegida</p> <p>Duração: 60 minutos</p>		<p>Objetivo Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar autonomamente o autocuidado higiene e arranjar-se <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treinar o Autocuidado Higiene (cuidados ao corpo); - Treinar o Autocuidado Higiene (higiene oral); - Treinar o Autocuidado Arranjar-se. 			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • ??? 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Proceder ao treino dos autocuidados; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetos de higiene pessoal de cada participante; • Objetos para o autocuidado arranjar-se de cada participante; • Material que compõem o WC da unidade de vida protegida; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • ?????? 	<ul style="list-style-type: none"> • “Registo de Presenças”; • “Grelha de Observação da Sessão”; • Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 5, 6 e 7”.

Tema: “PTACHA _ Avaliação Final” Nº de Sessão: Sessão nº 8 Tipo de Sessão: Grupo Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto Data: 15/11/2013 Hora: 9h Local: Unidade de Vida Protegida Duração: 60 minutos		Objetivo Geral: - Executar autonomamente o autocuidado higiene e arranjar-se Objetivos Específicos: - Aplicar instrumentos de avaliação definidos anteriormente; - Elaborar um panfleto sobre o PTACHA .			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação; • Introdução; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar Instrumentos de avaliação final; • Elaboração de um panfleto; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Registo de Presenças”; • Grelha de Observação da Sessão”; • Preenchimento de instrumentos de Avaliação Final.

Anexo III _ Planos de Avaliação

Quadro 1: AS_ Registo de Presenças

NOME DA PARTICIPANTE	Sessão nº1	Sessão nº2	Sessão nº3	Sessão nº4	Sessão nº5	Sessão nº6	Sessão nº7	Sessão nº8

Legenda: D – Desistiu / F – Faltou / P – Presente

Nota: O “Quadro 1: AS_ Registo de Presenças” deve ser aplicado em todas as sessões

Quadro 2: AS_ Grelha de Observação da Sessão

Nome da Participante	Motivação	Atenção/ Concentração	Participação	Interesse	Interação	Comportamento	Observações

LEGENDA:

Motivação: 0 - Recusou integrar o grupo

1 - Necessitou de persuasão

2 - Aderiu espontaneamente

Atenção/ Concentração: 0 – Nula

1 - Alguma, com baixas de concentração

2 - Na maior parte da sessão

3 - Em toda a sessão

Participação: 0 - Não há resposta

1 - Poucas respostas; não colabora

2 - Participa ativamente, quando motivado

3 - Participa ativamente, sem necessidade de motivação

Interesse: 0 - Não demonstrou sinal de interesse

1 - Demonstrou sinal ocasional

2 - Interessou-se a maior parte da sessão

3 - Interessou-se durante toda a sessão

Interação: 0 - Nenhuma interação

1 - Só fala quando questionado

2 - Responde a outros membros do grupo

3 - Interage espontaneamente

Comportamento: 0 - Agitado

1 - Inquieto

2 - Desorganizado

3 - Adequado

Nota: O “Quadro 2: AS_ Grelha de Observação da Sessão” deve ser aplicado em todas as sessões.

Quadro 3_ Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 2

	Nome da Participante	Nome da Participante	Nome da Participante
Identifica Vantagens			
Identifica Dificuldades			
Enumera pelo menos 3 objetos necessários para a higiene corporal			
Refere a sequência da higiene corporal			

Quadro 4_ Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 3

	Nome da Participante	Nome da Participante	Nome da Participante
Identifica Vantagens			
Identifica Dificuldades			
Enumera pelo menos 2 objetos necessários para a higiene oral			
Refere a sequência da higiene oral			

Quadro 5_ Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 4

	Nome da Participante	Nome da Participante	Nome da Participante
Identifica Vantagens			
Identifica Dificuldades			
Enumera pelo menos 2 objetos necessários o autocuidado arranjar-se			
Identifica, pelo menos 2 cuidados a ter com o cabelo			
Identifica, pelo menos 2 cuidados a ter com as unhas			
Refere a sequência do autocuidado arranjar-se			

Quadro 6_ Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 5, 6 e 7

	ATIVIDADE	Sessão nº 5	Sessão nº 6	Sessão nº 7	Observações
Higiene Corporal	Organiza o material necessário para a realização do banho				
	Abre e fecha a torneira				
	Coloca água com a pressão adequada				
	Coloca a água na temperatura adequada				
	Ensaboa-se				
	Lava o cabelo				
	Seca-se				
	Arruma os produtos de higiene				
	Arruma o espaço que utiliza (poliban, lavatório)				
Arranjar-se	Identifica o material necessário				
	Seca o cabelo				
	Penteia o cabelo				
	Limpa/corta as unhas				
	Seleciona a roupa de acordo com o tempo				
	Seleciona o calçado adequado				
	Aplica creme				
Higiene Oral	Organiza material necessário (escova, pasta dentífrica, copo)				
	Tira a tampa da pasta de dentes				

	Coloca a pasta na escova				
	Lava os dentes corretamente				
	Bochecha com água				
	Limpa/seca a boca				
	Arruma material utilizado				
	Arruma o espaço que utiliza (lavatório)				
Vestuário	Organiza as peças de roupa que vai utilizar				
	Reconhece a ordem pela qual devem ser vestidas as diferentes peças de roupa				
	Despe a peça de roupa				
	Veste a peça de roupa				
	Calça sapatos				
	Aperta botões ou atacadores				

LEGENDA: Resposta de cada participante:

- 1 - Adequado
- 2 - Com ajuda verbal
- 3 - Com ajuda gestual
- 4 - Com demonstração
- 5 - Com ajuda mão na mão
- 6 - Inadequado
- 7 - Não aplicável

Anexo IV_ Panfleto



Descrição

O "Programa de Treino do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se" (PTACHA) é desenvolvido na Casa de Saúde do Bom Jesus, em particular no Serviço de Reabilitação - Projeto CASA (Convivência, Autonomia, Solidiedade e Aprendizagem), na Unidade de Vida Protegida (Residência Santa Teresa).

É destinado às pessoas assistidas da unidade de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus e que se encontram na Unidade de Vida Protegida

Tem um total 8 sessões desenvolvidas em grupo fechado, e periodicidade bi-semanalmente, com a duração de cerca de 60 minutos em cada sessão



Objetivos

Objetivo Geral:

- Executar autonomamente o autocuidado de higiene e arranjar-se.

Objetivos específicos:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas no Autocuidado de Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral) e Arranjar-se;
- Reconhecer a importância do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
- Reconhecer corretamente os objetos necessários ao Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
- Reconhecer a sequência prática do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
- Identificar estratégias para a prática do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
- Treinar o Autocuidado de Higiene (higiene oral);
- Treinar o Autocuidado de Arranjar-se.

Resultados Esperados

Com este programa pretende-se que as participantes possam atingir os seguintes resultados:

- Identificação de vantagens e as dificuldades sentidas no Autocuidado de Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral) e Arranjar-se;
- Reconhecimento da importância do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
- Reconhecimento como dos objetos necessários para o Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
- Reconhecimento da sequência prática do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
- Identificação de estratégias para a prática do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
- Treino do Autocuidado de Higiene (higiene oral);



**Anexo IV – Resultados do Programa de Treino do Autocuidado
Higiene e Arranjar-se**

A intervenção idealizada designa-se por “Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se” (PTACHA) e foi desenvolvida no Serviço de Reabilitação - Projecto CASA (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), da Casa de Saúde do Bom Jesus, na Unidade de Vida Protegida (Residência Santa Teresa). Este programa surge a partir de uma inquietação pessoal e da observação constante da prática clínica.

As principais áreas de intervenção são as atividades de vida diária, nomeadamente na área do autocuidado higiene e do arranjar-se que carece de intervenção especializada de enfermagem de saúde mental de psiquiátrica. Para a implementação deste programa foram definidas um total de 8 sessões que serão executadas nas Unidades de Vida Protegida (nomeadamente na Residência Santa Teresa). Serão desenvolvidas em grupo fechado com os elementos da Residência Santa Teresa, de periodicidade bi-semanal, com a duração de cerca de 60 minutos em cada sessão.

Este programa de treino contempla 3 principais fases: apresentação e avaliação inicial, sessões de treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se e avaliação final. A Fase I refere-se à apresentação de todo o programa de treino assim como das participantes e dos técnicos. Nesta fase também se procede à avaliação inicial através de um questionário de caracterização Sócio-Demográfica, Consentimento Informado e aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades MMSE, Basic Everyday Living Skills (BELS) e a Escala de Lawton e

Brody.

Na Fase II estão descritas as sessões que compõem o PTACHA. Estas sessões são divididas em duas partes fundamentais: 1 – Autocuidado Higiene e Arranjar-se, 2 – Treino do Autocuidado Arranjar-se. Para todas as sessões está definido uma avaliação qualitativa e quantitativa através do preenchimento de uma “Grelha de Observação da Sessão” e um “Registo de Presenças”. E, por último, a Fase III que se refere à avaliação final onde será aplicado novamente o instrumento de avaliação BELS e a Escala de Lawton e Brody com o objetivo de avaliar os resultados de toda a intervenção.

Esta última fase contempla ainda a construção de um panfleto que enfatiza esta intervenção e será realizada pelos técnicos em conjunto com as participantes. O manual do PTACHA pode ser consultado no Anexo III.

Os diagnósticos de Enfermagem identificados para esta intervenção são: Autocuidado Higiene Ineficaz, Autocuidado Arranjar-se Ineficaz, Aprendizagem de Capacidades Comprometida, Conhecimento Insuficiente e Resposta Psicossocial ao ensino inadequada.

Passamos então à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. Antes de qualquer intervenção o PTACHA foi apresentado às possíveis participantes que posteriormente, após o analisarem, decidiram participar no mesmo tendo manifestado o seu consentimento informado.

Inicialmente foi realizada a caracterização sócio-demográfica das participantes que integraram o PTACHA. Esta caracterização foi realizada na sessão nº1 através do preenchimento do questionário de caracterização sócio-demográfico.

Número de Participantes Iniciais	5 Participantes
Número de Participantes Finais	3 Participantes
Média de Idades	55 anos
Habilitações Literárias	1 Participante - 4.º ano 2 Participantes - 9.º ano
Média do Número de Atividades em que participa	3 Atividades (Mínimo - 2 Atividade) (Máximo - 4 Atividades)
Média do Tempo de Institucionalização na CSBJ	10 anos (Mínimo - 1 ano) (Máximo - 14 anos)
Média do Tempo de Permanência no Serviço de Reabilitação da CSBJ	22 meses (Mínimo - 9 meses) (Máximo - 36 meses)

Quadro 1_ Caracterização das Participantes do PTACHA

Com esta caracterização conseguimos obter dados sobre a nossa amostra. De realçar que o número de participantes previsto inicialmente era de 5, no entanto por motivos de incompatibilidade de horários 2 participantes não conseguiram iniciar este programa, estabelecendo assim como número final de 3 participantes como amostra.

Depois da caracterização da amostra foram aplicados instrumentos de avaliação inicial definidos de acordo com os objetivos programados. A aplicação do MMSE teve o intuito de despistar um eventual défice cognitivo das participantes pois esta existência seria um critério de exclusão, o que não se verificou e que pode ser consultado no Gráfico 1.

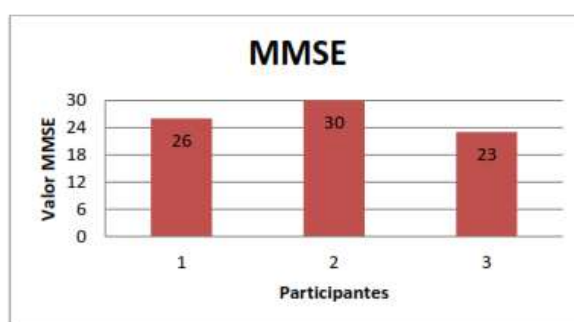


Gráfico 1_ Valor MMSE do PTACHA

Nesta fase inicial para além da aplicação do MMSE também foi aplicado o questionário BELS cujos resultados serão apresentados aquando da avaliação final, de forma a podermos comparar, analisar e avaliar a eficácia de toda a intervenção.

Depois da avaliação inicial seguiu-se a implementação das sessões previamente planeadas. Para avaliar as sessões foram utilizadas, para além do registo de presenças, grelhas que permitiram obter dados quantitativos e qualitativos.

Em relação à assiduidade obtivemos uma adesão das participantes em 100% em todas as sessões executadas. Este facto pode ser explicado pelo interesse demonstrado para as atividades,

pela boa relação terapêutica estabelecida com todas as participantes, o local ser a própria residência e ainda o horário ter sido previamente sugerido e estabelecido pelas mesmas, nomeadamente as sessões teóricas (9h-10h) não se sobreporem com as atividades diárias habituais e ainda o horário de treino do autocuidado higiene e arranjar-se (7.30h – 8.30h) ser o mesmo que habitualmente utilizam.

Relativamente à avaliação quantitativa foi utilizada uma grelha de observação que contemplava os seguintes parâmetros: motivação, atenção/concentração, participação, interesse, interação, comportamento e observações. Todos os parâmetros descritos foram analisados de acordo com uma escala numérica previamente definida com o objetivo de facilitar a avaliação quantitativa para cada participante. Os dados encontram-se em anexo IX.

De um modo geral as participantes aderiram espontaneamente a todas as sessões demonstrando a sua motivação. No que se refere à atenção/concentração foi visível uma evolução positiva pois as participantes foram-se envolvendo progressivamente nas diferentes dinâmicas das sessões.

Em termos de participação verificou-se uma oscilação entre a participação ativa quando motivada com a participação ativa sem necessidade de motivação. Podemos justificar estes resultados, e de acordo com o que foi verbalizado pelas participantes, esta oscilação foi consequência de um maior conhecimento e/ou preferência pelos diferentes temas abordados bem como de algumas condicionantes próprias do seu enquadramento clínico.

Quanto ao interesse, este foi frequentemente demonstrado ao longo da maioria das sessões e de uma forma crescente, assim como a interação das participantes com o restante grupo ocorrendo uma interação espontaneamente e produtiva entre o grupo. O último parâmetro avaliado foi o comportamento.

Este item foi o que obteve mais dispersão entre o inquieto, o desorganizado e o adequado, verificando-se contudo, que o comportamento mais frequente foi o adequado. Podemos atribuir vários fatores que justificam a ocorrência do comportamento classificado como inquieto e desorganizado nomeadamente fatores de ordem pessoal e clínico.

Finda a análise quantitativa surge a análise qualitativa que apresentamos e analisamos por sessão com o objetivo de melhor expor o trabalho realizado.

A 2ª e a 3ª sessão tiveram como temas respetivamente, o Autocuidado Higiene Corporal e o Autocuidado Higiene Oral. Os objetivos prendiam-se com identificar as vantagens, as dificuldades e a importância do autocuidado higiene corporal e oral, identificar corretamente a sequência, os objetos e os cuidados necessários para o autocuidado higiene corporal e oral.

Os itens avaliados foram de encontro aos objetivos traçados. No final desta 2ª sessão as participantes verbalizaram que as principais vantagens do autocuidado de higiene corporal eram sobretudo “...não cheirar mal...”, “... para não ficarmos doentes...” e “... andarmos bonitas...”. Ao nível das dificuldades apenas verbalizaram a falta de tempo adequado justificando este facto de viverem numa residência com várias utentes. Todas as participantes enumeraram, sem dificuldade, pelo menos 3 objetos necessários para a sua higiene corporal. Os mais referidos foram: champô, gel de banho e toalha. Seguindo a mesma linha orientadora, em termos da

sequência adotada para a realização da higiene corporal cada participante partilhou a sua sequência verificando-se uma correta descrição da mesma. Relativamente à identificação das vantagens da realização de uma eficaz higiene oral podemos referir: "... não ter mau hálito.." e "... poder sorrir à vontade...". Em termos de dificuldades salientaram a falta de motivação e o conseqüente desleixo da higiene oral diária.

Todas as participantes enumeraram vários objetos necessários para realizar uma correta higiene oral bem como a sequência adequada para a execução deste autocuidado.

Na 4ª sessão foi abordado o tema do Autocuidado Arranjar-se. Esta sessão tinha como metas a identificação de vantagens e dificuldade do arranjar-se. Também era pretendido identificar a importância dos cuidados ao cabelo e unhas, saber a sequência e os objetos necessários para a execução do autocuidado arranjar-se. Nesta sessão, todas as participantes foram unânimes em afirmar e apontar as vantagens, importância, objetos utilizados e a sequência que deve ser utilizada.

Depois das sessões de índole mais teórica foram iniciadas as sessões de treino do autocuidado higiene e arranjar-se, que no total foram 3. Para a avaliação das mesmas, e contrariamente às sessões anteriormente analisadas, tornou-se pertinente a elaboração de uma grelha de avaliação quantitativa que contemplasse os elementos do autocuidado de higiene e arranjar-se, nomeadamente, higiene corporal, higiene oral, arranjar-se e vestuário. Para este efeito, estabeleceram-se atividades específicas que pudessem avaliar de uma forma mais organizada e que permitisse uma análise correta dos dados.

Todas as atividades foram avaliadas de acordo com uma escala estabelecida. Esta escala apresenta valores entre 1 e 7. O número 1 corresponde a uma resposta adequada, o 2 necessita de ajuda verbal, o 3 precisa de ajuda gestual, o 4 com demonstração, o 5 com ajuda mão na mão, 6 inadequado e 7 não aplicável.

De forma global, as participantes evidenciaram uma evolução crescente entre a sessão 5 e a sessão 7. As atividades que mais evoluíram foram as relativas aos cuidados de higiene oral nomeadamente na escovagem correta dos dentes. Contrariamente, as atividades em que as participantes demonstraram maior dificuldade foram: Organiza o material necessário para a realização do banho, Abre e fecha a torneira, Arruma o espaço que utiliza (poliban, lavatório),

Seleciona o calçado adequado, Aplica creme, Organiza as peças de roupa que vai utilizar.

Com a realização das sessões práticas foi possível constatar que as residentes da unidade de vida protegida são possuidoras de conhecimentos teóricos razoáveis no entanto apresentavam défices na execução dos autocuidados. Como exemplo posso referir que foi necessário relembrar, nas primeiras sessões, a prática do autocuidado de higiene oral que era esquecido com muita frequência assim como os cuidados a ter com o cabelo e unhas.

Na 8ª sessão, como referido anteriormente, foi realizada a avaliação final tendo sido aplicado para este efeito novamente o questionário BELS, e foi realizado um panfleto ilustrativo ao tema, incluído no manual do PTACHA (Anexo III).

Relativamente aos resultados obtidos com o PTACHA iremos apresentar e analisar dados comparativos entre a avaliação inicial e a avaliação final. A aplicação do questionário BELS no

PTACHA deveu-se ao facto do mesmo ter sido concebido para avaliar as competências básicas de vida diária em pessoas com doença mental de evolução prolongada.

O seu objetivo é avaliar o desempenho nas atividades de vida diária de pessoas que transitam de um ambiente institucional para outro com características residenciais, no contexto da reforma dos serviços hospitalares de saúde mental. Assim, é principalmente um instrumento de investigação, embora possa ser usado para avaliar as competências básicas de vida diária em pessoas integradas em programas de reabilitação.

Este questionário é composto por 26 itens, cada um dos quais descreve um comportamento concreto. Cada item é pontuado em duas escalas. (a) Uma escala de 3 pontos que avalia o grau de oportunidade para um desempenho autónomo e (b) Uma escala de 5 pontos que avalia o nível de desempenho atual. Os itens estão agrupados em 4 domínios principais: Auto cuidado, atividades domésticas, competências sociais, atividade e relações sociais.

Os resultados obtidos relativamente à escala de desempenho, para cada domínio da BELS, serão apresentados e analisados individualmente para cada participante. Os resultados pormenorizados da ficha de cotação da BELS podem ser consultados na base de dados do PTACHA (Anexo IX). Não iremos analisar os resultados da escala de oportunidade pois não existe diferença neste item comparativamente entre a avaliação inicial e final.

No Gráfico 2, relativos à participante 1 podemos denotar uma variação positiva relativamente ao domínio do Autocuidado e Competências Domésticas. No domínio de Competências Comunitárias e o Domínio de Ocupação e Relações Sociais não houve alteração entre os valores de avaliação inicial e avaliação final.



Gráfico 2 - Resultados da Participante 1

No domínio do Autocuidado houve melhorias nos seguintes itens: vestir-se, higiene pessoal e vestuário. No item vestir-se a participante 1 que por vezes apresentava um ligeiro descuido verificou-se que na sua avaliação final é autónoma e escolhe roupas adequadas ao clima e à situação. Relativamente ao item da higiene pessoal, inicialmente a participante 1 em certos aspetos da higiene pessoal mostrava negligência ocasional passando no final da intervenção a executar um bom nível de higiene e asseio, tornando-se mais autónoma.

Em termos de vestuário no início da intervenção eram evidentes pequenos problemas com a limpeza e conservação da roupa pelo que no final das atividades observou-se uma evolução

demonstrada pela troca de roupa com regularidade mantendo a roupa limpa e em bom estado de conservação.

No Gráfico 3, relativos à participante 2 também foi possível constatar uma melhoria relativamente ao domínio do Autocuidado e Competências Domésticas. No domínio de Competências Comunitárias e o Domínio de Ocupação e Relações Sociais não houve alteração entre os valores de avaliação inicial e avaliação final.



Gráfico 3_ Resultados da Participante 2

Verificou-se que os itens de melhoria do domínio do Autocuidado foram: vestir-se, higiene pessoal e vestuário. No item vestir-se a participante 2 apresentava alguma desadequação tornando-se no final da intervenção autónoma. Em termos de higiene pessoal e vestuário verificou-se um aumento de autonomia.

No Gráfico 4, relativos à participante 3 ocorreu também uma melhoria relativamente ao domínio do Autocuidado e Competências Domésticas. No domínio de Competências Comunitárias e o Domínio de Ocupação e Relações Sociais não houve alteração entre os valores de avaliação inicial e avaliação final.



Gráfico 4_ Resultados da Participante 3

Verificou-se que os itens de melhoria do domínio do Autocuidado foram: vestir-se, higiene pessoal e vestuário. Comparativamente às outras participantes, a participante 3 obteve uma maior variação nos itens acima referidos, particularmente na higiene pessoal onde mostrava alguma negligência e que posteriormente melhorou o nível de higiene. Em relação ao vestuário em que, por vezes, teria que ser alertada para a necessidade de se trocar de roupa, atualmente mantém a roupa em bom estado de conservação trocando-a com a regularidade adequada.

Poster_PTACHA

Programa de Treino do Autocuidado Higiene e Arranjar-se



Carla Azevedo ⁽¹⁾ e Sílvia Peixoto ⁽²⁾

⁽¹⁾ ⁽²⁾ Irmãs Hospitaleiras – Casa de Saúde do Bom Jesus - Braga

Introduction/Resume

A intervenção idealizada designa-se por "Programa de Treino do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se" (PTACHA) e será desenvolvida na Casa de Saúde do Bom Jesus, em particular no Serviço de Reabilitação - Projecto CASA (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), na Unidade de Vida Protegida (Residência Santa Teresa). Este programa surge a partir de uma inquietação pessoal e da observação constante da prática clínica.

As principais áreas de intervenção são as atividades de vida diária, nomeadamente na área do autocuidado higiene e do arranjar-se que carece de intervenção especializada de enfermagem de saúde mental de psiquiátrica. Este programa surge também como um elemento pertencente ao Estágio do Mestrado em Enfermagem e Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, em particular para dar resposta ao Módulo I – "Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde

Objetivos

Objetivo Geral:

Executar autonomamente o autocuidado higiene e arranjar-se.

Objetivos específicos:

Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas no Autocuidado de Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral) e Arranjar-se;
Reconhecer a importância do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
Reconhecer corretamente os objetos necessários ao Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
Reconhecer a sequência prática do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
Identificar estratégias para a prática do Autocuidado de Higiene e Arranjar-se;
Treinar o Autocuidado de Higiene (higiene oral);
Treinar o Autocuidado de Arranjar-se.

Métodos

O principal propósito deste programa é responder a uma necessidade identificada ao longo das primeiras semanas de estágio, junto das pessoas assistidas e da equipa multidisciplinar e que carece de intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Para este fim foram delineadas um total de 8 sessões que serão realizadas com periodicidade bissemanal durante o período de 1 mês. Numa primeira fase estas sessões serão desenvolvidas em grupo (no mínimo 2 e no máximo 4 participantes) e posteriormente serão praticadas sessões individuais. Serão implementadas na Residência Santa Teresa com a duração de 60 minutos cada.

Para cada sessão foram definidos os Planos de Sessão e os Planos de Avaliação.

Número de Participantes Iniciais	11 Participantes
Número de Participantes Finais	9 Participantes
Média de Idades	41 anos
Habilitações literárias	3 Participantes – 4.º ano 2 Participantes – 5.º ano 1 Participante - 6.º ano 2 Participantes – 9.º ano 1 Participante – 12.º ano
Média do Número de Atividades Desenvolvidas	3 Atividades (Mínimo – 1 Atividade) (Máximo – 5 Atividades)
Média do Tempo de Institucionalização	9 anos (Mínimo – 3 anos) (Máximo – 17 anos)

Quadro 1_ Caracterização das Participantes

O programa de Estimulação Cognitiva desenvolvido contemplou um total de 10 sessões. Nestas sessões procedeu-se a uma avaliação inicial, aplicação de exercícios de estimulação da memória, exercícios de estimulação da função executiva, exercícios de estimulação da atenção e concentração e, por fim uma avaliação final.

Memória

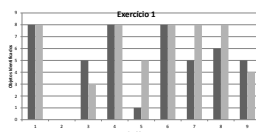


Gráfico 1_ Exercício 1

Como podemos observar em quase todas as participantes – exceto a participante nº 3 e a nº 2 que não participaram na atividade – mantiveram ou melhoraram o seu desempenho quando comparada a tentativa 1 com a tentativa 2.

Função Executiva

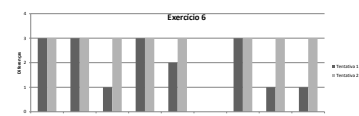


Gráfico 2_ Exercício 6

Neste exercício todas as participantes obtiveram um resultado mais satisfatório na tentativa 2 em comparação com a tentativa 1. Apenas a participante nº 6 faltou à sessão.

Atenção e Concentração

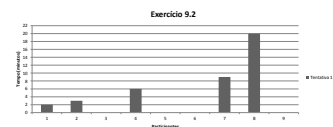


Gráfico 3_ Exercício 9.2

Estes resultados são coerentes com todos os resultados apresentados anteriormente. As participantes com menos défices cognitivos apresentam um tempo menor de resolução do exercício. O tempo estipulado inicialmente para a realização do exercício foi de 10 minutos, no entanto uma participante ultrapassou o tempo definido inicialmente. Nesta sessão cerca de 44% das participantes (4 das 9 participantes) faltaram à sessão de estimulação cognitiva devido a outras atividades que realizaram no exterior da Casa de Saúde do Bom Jesus.

Avaliação Inicial vs Avaliação Final

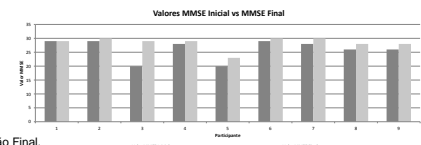


Gráfico 4_ Avaliação Final.

Pela comparação dos dados obtidos através da aplicação do Mini Mental State Exam (MMSE), 9 participantes melhoraram os valores alcançados e uma participante manteve o mesmo valor.

Conclusões

A elaboração e execução do programa de estimulação cognitiva, permitiu concluir que os benefícios consequentes à implementação do mesmo são a melhoria do desempenho cognitivo e diminuição dos défices cognitivos. Por consequência, estes benefícios têm impacto direto na melhoria da qualidade de vida das participantes e no seu desempenho quotidiano, aquando realização das atividades. Como podemos observar houve uma evolução positiva em relação às funções cognitivas trabalhadas, nomeadamente ocorreu uma melhoria da memória imediata, de curto prazo e longo prazo, da Função Executiva e da Atenção e Concentração.

Pela análise gráfico final podemos constatar os resultados cognitivos alcançados. É notória a evolução das participantes no melhoramento do seu desempenho. Com isto conseguimos responder à questão inicial e perceber que com este tipo de programas a função cognitiva é melhorada. Esta conclusão vai ao encontro da pesquisa bibliográfica realizada.

Referências Bibliográficas

(3)

Anexo V – Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro

Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro

Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio _ Módulo I – “Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde”

Porto,

16.10.2013

Siglas

CASA - Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem

PTGEUD – Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro

Índice

1 - Descrição do programa a desenvolver.....	196
2 - Fundamentação/justificação do programa	197
3 – Destinatários	197
3.1. - Critérios de Inclusão.....	198
3.2. - Critérios de Exclusão	198
4 - Recursos necessários (humanos e materiais)	198
5 - Descrição dos Objetivos do Projeto	198
6 - Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas	199
7- Descrição das Atividades a Desenvolver	199
7.1 - Fase I_Apresentação e Avaliação Inicial	199
7.2 - Fase II_Sessões.....	200
7.3 - Fase III_Avaliação Final	203
8 - Impacto previsto do Projeto	203
9 - Plano de implementação	203
10 - Acompanhamento e avaliação do programa	204
11 - Indicadores/resultados a atingir.....	204
12 - Perspetivas de continuidade do projeto	204
13 – Condicionantes.....	204
14 – Bibliografia	205
 ANEXOS.....	 206
Anexo I _ Apresentação em Power Point.....	207
Anexo II _ Planos de Sessão	215
Anexo III _ Planos de Avaliação.....	222
Anexo IV _ Panfleto	228

1 - Descrição do programa a desenvolver

Este programa surge a partir de uma inquietação pessoal e da observação constante da prática clínica. A principal área de intervenção é a gestão dos recursos económicos algo que é deficitário e que carece de intervenção especializada de enfermagem de saúde mental de psiquiátrica. Este programa surge também como um elemento pertencente ao Estágio do Mestrado em Enfermagem e Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, em particular para dar resposta ao Módulo I – “Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde”.

Por conseguinte, a intervenção idealizada designa-se por “Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro” (PTGEUD) e será desenvolvida na Casa de Saúde do Bom Jesus, em particular no Serviço de Reabilitação - Projecto CASA (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), nas Unidades de Vida Apoiada (Apartamentos Terapêuticos).

Para a implementação deste programa foram definidas um total de 8 sessões que serão executadas nas Unidades de Vida Apoiada (nomeadamente no Apartamento Terapêutico 2 e 3). Serão desenvolvidas em grupo fechado com os elementos dos respetivos Apartamentos Terapêuticos (num total de 2 grupos), de periodicidade bi-semanalmente, com a duração de cerca de 60 minutos em cada sessão.

Este programa de treino contempla 3 principais fases: apresentação e avaliação inicial, sessões de treino de gestão eficaz do uso do dinheiro e avaliação final. A Fase I refere-se à apresentação de todo o programa de treino assim como das participantes e dos técnicos. Nesta fase também se procede à avaliação inicial através de um questionário de caracterização Sócio-Demográfica, Consentimento Informado e aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades MMSE, BELS e a Escala de Lawton e Brody..

Na Fase II estão descritas as sessões que compõem o PTGEUD. Estas sessões são divididas em duas partes fundamentais: 1 – Treino de Gestão dos Gastos Mensais e 2 – Treino de Realização de Compras. Para todas as sessões está definido uma avaliação qualitativa e quantitativa através do preenchimento de uma “Grelha de Observação da Sessão”, de um “Plano de Gastos Mensais” e ainda de um “Registo de Presenças”.

E, por último, a Fase III que se refere à avaliação final onde será aplicado novamente o instrumento de avaliação de necessidades BELS e a Escala de Lawton e Brody, com o objetivo de avaliar os resultados de toda a intervenção. Esta última fase contempla ainda a construção de um panfleto que enfatiza esta intervenção e será realizada pelos técnicos em conjunto com as participantes.

2 - Fundamentação/justificação do programa

Um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 é promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização. Nos últimos tempos, o modelo de atenção em saúde mental, modificou do enfoque institucional da pessoa com doença mental para um enfoque baseado na atenção comunitária. Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007 - 2016 a abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez “maior ênfase à manutenção dos doentes na respetiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas.”

Entende-se por reabilitação psicossocial o processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o autocuidado, atividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade (Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 Janeiro). O processo de reabilitação psicossocial numa pessoa com doença mental não é só uma técnica, mas um processo de transformação que é uma componente essencial dos cuidados de Saúde Mental.

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica assume-se como elemento fundamental do processo de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental, devendo manter uma atitude positiva, não discriminar e apostar fortemente na valorização das capacidades das pessoas e no seu envolvimento ativo na definição de metas ajudará ao sucesso de qualquer intervenção. Em seguimento ao que foi exposto surge o presente programa que tem como objetivo melhorar a gestão económica das pessoas que se encontram nas unidades de vida apoiadas. Este programa surge depois de uma inquietação pessoal e de uma constante observação da prática. Esta intervenção enquadra-se nos fundamentos do enfermeiro especialista e saúde mental e psiquiátrica.

Os diagnósticos de Enfermagem identificados para esta intervenção são: Aprendizagem de capacidades comprometida, conhecimento insuficiente e resposta psicossocial ao ensino inadequada.

3 - Destinatários

Este programa está destinado às pessoas assistidas da unidade de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus e que se encontrem na Unidade de Vida Apoiada, e para a sua definição e implementação foram definidos critérios de inclusão e exclusão.

3.1. - Critérios de Inclusão

- Pessoas Assistidas na Unidade Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus e que se encontrem na Unidade de Vida Apoiada há pelo menos há 3 meses;
- Apresentar défice na gestão eficaz do uso do dinheiro;
- Aceitar participar no “Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro”;
- Estabilização clínica;
- Saber ler e escrever;
- Ausência de défices visuais, auditivos;
- Ausência de défice intelectual marcado.

3.2. - Critérios de Exclusão

- Não aceitar participar no programa de Treino;

4 - Recursos necessários (humanos e materiais)

Os recursos humanos afetos a este programa são as estagiárias Carla Azevedo e Sílvia Peixoto. Relativamente aos recursos materiais estes encontram-se descritos ao longo do programa, nomeadamente no item “Descrição das Atividades a Desenvolver”.

5 - Descrição dos Objetivos do Projeto

O programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro apresenta o seguinte objetivo geral:

- Executar uma correta gestão do orçamento mensal.

Os objetivos específicos são:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão eficaz do uso do dinheiro;
- Reconhecer a importância de um planeamento do orçamento mensal;
- Reconhecer corretamente o dinheiro (notas e moedas)
- Elaborar um “Plano de Gastos Mensais”.
- Identificar estratégias para uma boa gestão e uso do dinheiro
- Realizar as compras previstas no “Plano de Gastos Mensais”;
- Aplicar as estratégias de uma boa gestão e uso do dinheiro identificadas;
- Praticar o manuseamento do dinheiro;

6 - Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas

O principal propósito deste programa é responder a uma necessidade identificada e que carece de intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Para este fim foram delineadas um total de 8 sessões que serão realizadas com prioridade bissemanal durante o período de 1 mês. Serão sessões em grupo (no mínimo 2 e no máximo 4 participantes), terão a duração de 60 minutos cada e serão implementadas nas Unidades de Vida Apoiada (em 2 apartamentos terapêuticos).

Para cada sessão foram definidos os Planos de Sessão e os Planos de Avaliação que se encontram no Anexo II e Anexo III respetivamente.

7- Descrição das Atividades a Desenvolver

O Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro (PTGEUD) encontra-se estruturado nas seguintes fases:

- **FASE I** – Apresentação e Avaliação Inicial
- **FASE II** – Sessões de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro
- **FASE III** – Avaliação Final

7.1 - Fase I _Apresentação e Avaliação Inicial

1.ª SESSÃO – PTGEUD _APRESENTAÇÃO E AVALIAÇÃO INICIAL

Objetivos:

- Apresentar todos os elementos do grupo (auto-apresentação);
- Expor os objetivos e as atividades do PTGEUD;
- Definir o horário e o dia do PTGEUD;
- Proceder à avaliação inicial através da aplicação de instrumentos de avaliação de necessidades definidos inicialmente.

Conteúdos:

- Introdução (Objetivos da reunião do grupo);
- Apresentação de todos os membros;
- Definição do horário e o dia das sessões;Aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades definidas inicialmente;
- Fim da sessão.

Avaliação:

- “Folha de Presenças”;
- “Grelha de Observação da Sessão”
- Preenchimento dos instrumentos de avaliação de necessidades definidos.

Material:

- Mesas e cadeiras;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Registo de Presenças”;

- Instrumentos de Avaliação de Necessidades Iniciais.

Tempo estipulado: 60 minutos

7.2 - Fase II_Sessões

2.ª SESSÃO – PTGEUD _ TREINO DE GESTÃO DO DINHEIRO : VANTAGENS E DIFICULDADES

Objetivos:

- Reconhecer corretamente o dinheiro (notas e moedas);
- Identificar várias formas de pagamento de compras;
- Reconhecer a importância de um planeamento do orçamento mensal;
- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão eficaz do uso do dinheiro;

Conteúdos:

- Introdução (objetivos da sessão);
- Utilizar o método de rol-play para partilha de experiências e de dúvidas relativas a uma gestão eficaz do uso do dinheiro: importância, vantagens e dificuldades sentidas;
- Utilizar uma apresentação em power-point que complementa a partilha de experiências (no final do rol-play);
- Fim da sessão

Avaliação:

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Registo de Presenças”.

Material:

- Mesas e cadeiras;
- Computador (apresentação em Power Point) e data show;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Registo de Presenças”.

Tempo estipulado: 60 minutos

3.ª E 4.ª SESSÃO – PTGEUD _ TREINO DE GESTÃO DO DINHEIRO : ORÇAMENTO MENSAL

Objetivos:

- Reconhecer o valor do seu orçamento mensal;
- Identificar as prioridades dos gastos mensais (despesas fixas);
- Identificar os gastos previstos (despesas correntes) do orçamento mensal;
- Gerir gastos extras (despesas ocasionais);
- Elaborar um “Plano de Gastos Mensais”.

Conteúdos:

- Introdução (objetivos da sessão, resumo da sessão anterior);
- Utilizar o método de rol-play para identificar os gastos fixos, os planeados e os gastos extras do orçamento mensal;

- Utilizar uma apresentação em power-point que complementa a partilha de experiências (no final do rol-play);
- Proceder á construção individual de um “Plano de Gastos Mensais”.
- Fim da sessão.

Avaliação:

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 3 e 4”
- “Plano de Gastos Mensais”
- “Registo de Presenças”.

Material:

- Mesas e cadeiras;
- Folhas coloridas e lápis de cores;
- Máquina de Calcular;
- Computador (apresentação em Power Point) e data show;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 3 e 4”
- “Registo de Presenças”;
- “Plano de Gastos Mensais”.

Tempo estipulado: 60 minutos

5.ª SESSÃO – PTGEUD _ TREINO DE REALIZAÇÃO DE COMPRAS : SIMULAÇÃO DE COMPRAS

Objetivo:

- Reconhecer a importância de uma gestão eficaz do uso de dinheiro;
- Participar em exercícios (simulação) de gestão mensal;
- Consciencializar para o real custo de compras;
- Identificar gastos fixos, previstos e gastos extras do orçamento mensal;
- Identificar estratégias para uma boa gestão e uso do dinheiro.

Conteúdos:

- Introdução (objetivos da sessão, resumo da sessão anterior);
 - Apresentar 1 exercício de simulação de compras e, através deste conseguir identificar gastos prioritários, gastos planeados e projetar gastos extras.
 - Proceder á construção de um “Plano de Gastos Mensais” para cada exercício, utilizando o método de rol-play;
 - Fim da sessão.
- Exercício 1:
 - A D. Ana tem 55 anos e vive sozinha na sua casa. É beneficiária de pensão social de valor de 500 euros. Para este mês de novembro tem como objetivos a compra extra de um perfume e uma calças prevendo que cada bem custe 50 euros.

- Para comprar estes produtos terá que inicialmente proceder ao pagamento das suas despesas mensais fixas. Estas despesas são a renda da casa, eletricidade, água e gás, tendo a previsão de gastar 250 euros. Por outro lado, com a alimentação e restantes produtos pessoais irá gastar cerca 200 euros. Será que a D. Ana conseguirá comprar os produtos extra que deseja?

Avaliação:

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 5”
- “Plano de Gastos Mensais”;
- “Registo de Presenças”.

Material:

- Mesas e cadeiras;
- Folhas coloridas, lápis de cores e máquina de calcular;
- Fotocópia do Exercício 1;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 5”
- “Registo de Presenças”;
- “Plano de Gastos Mensais”.

Tempo estipulado: 60 minutos

6.^a E 7.^a SESSÃO – PTGEUD _ TREINO DE REALIZAÇÃO DE COMPRAS: REALIZAÇÃO DE COMPRAS

Objetivo:

- Realizar as compras previstas no “Plano de Gastos Mensais”;
- Aplicar as estratégias de uma boa gestão e uso do dinheiro identificadas anteriormente;
- Praticar o manuseamento do dinheiro,

Conteúdos:

- Introdução (objetivos da sessão, resumo da sessão anterior);
- Proceder à aquisição dos componentes previstos no “Plano de Gastos Mensais”;
- Fim da sessão.

Avaliação:

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Registo de Presenças”.
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 6 e 7”

Material:

- “Grelha de Observação da Sessão”;
- “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 6 e 7”
- “Plano de Gastos Mensais”;

- “Registo de Presenças”.

Tempo estipulado: 60 minutos

7.3 - Fase III_Avaliação Final

8.ª SESSÃO – PTGEUD _AVALIAÇÃO FINAL

Objectivo:

- Aplicar instrumentos de avaliação final definidos anteriormente;
- Elaborar um panfleto sobre o PTGEUD.

Conteúdos:

- Introdução (objetivos da sessão, resumo da sessão anterior);
- Proceder à elaboração de um panfleto, juntamente com as participantes, que contenha as vantagens, dificuldades, estratégias e opiniões sobre uma gestão eficaz do uso do dinheiro.
- Fim da sessão.

Avaliação:

- Preenchimento dos instrumentos de avaliação de necessidades definidos;
- “Registo de Presenças”.
- “Grelha de Observação da Sessão”;

Material:

- Mesas e cadeiras;
- “Registo de Presenças”;
- “Grelha de Observação da Sessão”;
- Instrumentos de Avaliação definidos.

Tempo estipulado: 60 minutos

8 - Impacto previsto do Projeto

Considera-se que com o desenvolvimento do Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro se poderá influir, junto das participantes, na:

- Identificação de vantagens e dificuldades na gestão eficaz do uso do dinheiro;
- Reconhecimento da importância do planeamento do orçamento mensal;
- Manuseamento correto do dinheiro;
- Elaboração de um “Plano de Gastos Mensais” para evitar a compra de produtos não necessários.
- Identificação e aplicação de estratégias para melhoria da gestão e o uso do dinheiro.

9 - Plano de implementação

O presente programa será implementado às pessoas residentes a Unidade de Vida Autónoma (apartamento 2 e 3). O PTGEUD terá um total de 8 sessões, desenvolvidas em cada apartamento terapêutico, aplicadas 2 x semana, por um período de 60 minutos.

Todas as sessões encontram-se delineadas e definidas neste programa, assim como a avaliação de cada sessão prevista. Em Anexo I é fornecida a apresentação em formato power point utilizada no decorrer das sessões. No Anexo II é apresentado o modelo do plano de sessão, em Anexo III é descrito o plano de avaliação de cada sessão e no Anexo IV é apresentado o panfleto elaborado em conjunto com as participantes do PTGEUD.

10 - Acompanhamento e avaliação do programa

A monitorização e a avaliação dos resultados serão realizadas pelas estagiárias Carla Azevedo e Sílvia Peixoto. A avaliação qualitativa e quantitativa de todas as sessões está prevista e é apresentada em Anexo III.

11 - Indicadores/resultados a atingir

Os indicadores de resultados definidos serão analisados estatisticamente, consideramos assim que os principais resultados a atingir serão:

- Manutenção da assiduidade durante as sessões deste programa;
- Melhoria da participação das utentes nas sessões;
- Melhoria da Gestão Eficaz e Uso do Dinheiro.

12 - Perspetivas de continuidade do projeto

Prevê-se que o presente programa seja replicado pela equipa de enfermagem da Unidade de Reabilitação da Casa de saúde do Bom Jesus, em anos subsequentes, nomeadamente inclusão deste programa nos treinos do Espaço Autonomia +, com as devidas alterações e reformulações que se acharem pertinentes, indo de encontro às necessidades reais e interesses das pessoas assistidas.

13 – Condicionantes

As principais condicionantes ao desenvolvimento deste programa são as seguintes:

- Desestabilização clínica das pessoas assistidas com alterações do comportamento que condicionem a adesão ao programa;
- Dificuldade de implementação por ocorrências imprevistas;
- Falta de experiência na implementação do programa;
- Dificuldade na análise estatística da informação obtida.

14 - Bibliografia

- AMARAL, A.C. **Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental**, Loures: Lusociência. 2010
- CORDO, M. – **Reabilitação de Pessoas com Doença Mental**, Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- DALGADARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**, 2ª edição, Artmed. 2008.
- Decreto-Lei nº 18/2010 de 28 de Janeiro. Diário da República. I Série - N.º 19. 257 a 263.
- Direcção Geral da Saúde (2007). **Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016**.
- EY, H., BERNARD, P. & BRISSET, C. **As psicoses esquizofrênicas**. In Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Masson. 1985.
- MARI, J. J. e STREINER, D. N. **An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings**. Psychol Med. 24:3, 565-578, 1994.
- PALHA, F. **O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social**. Atas do 1º Congresso de reabilitação e inclusão na saúde mental. Coimbra: Almedina Edições. 2008. Depósito Legal nº 285947/08.
- **Ordem dos Enfermeiros**. [Em linha]. [Consult. 2013-10-03]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/CIPEVERS%C3%83O2.aspx>.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**.
- Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Mental;
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **Regulamento Geral – Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional**, Porto, 2012.
- SOUSA, H. et al. **Reabilitação Integrada na Esquizofrenia in Saúde Mental**, volume III, nº5, setembro/Outubro, 2011

ANEXOS

Anexo I _ Apresentação em Power Point

Programa de Treino de Cuidado Geriátrico da UFGD

Coordenadora: Sônia Pinheiro
 (2014-2015)

PROGRAMA DE TREINO DE CUIDADO GERIÁTRICO DO UFGD

Objetivos Gerais

- Desenvolver o Treino de Especialização em Cuidado Geriátrico e Gerontológico
- Formar Cuidadores Geriátricos de Qualidade
- Formar Cuidadores Geriátricos de Qualidade
- Formar Cuidadores Geriátricos de Qualidade
- Formar Cuidadores Geriátricos de Qualidade

Objetivos Específicos

- Desenvolver o Treino de Especialização em Cuidado Geriátrico e Gerontológico
- Formar Cuidadores Geriátricos de Qualidade
- Formar Cuidadores Geriátricos de Qualidade
- Formar Cuidadores Geriátricos de Qualidade
- Formar Cuidadores Geriátricos de Qualidade

PROGRAMA DE TREINO DE CUIDADO GERIÁTRICO DO UFGD

Objetivos Específicos

- Desenvolver o Treino de Especialização em Cuidado Geriátrico e Gerontológico
- Formar Cuidadores Geriátricos de Qualidade
- Formar Cuidadores Geriátricos de Qualidade
- Formar Cuidadores Geriátricos de Qualidade
- Formar Cuidadores Geriátricos de Qualidade

1.

1.1. OBJETIVO GERAL

Desenvolver o Treino de Especialização em Cuidado Geriátrico e Gerontológico

PROGRAMA DE TREINO DE CUIDADO GERIÁTRICO DO UFGD

Objetivos Específicos

- Desenvolver o Treino de Especialização em Cuidado Geriátrico e Gerontológico
- Formar Cuidadores Geriátricos de Qualidade
- Formar Cuidadores Geriátricos de Qualidade
- Formar Cuidadores Geriátricos de Qualidade
- Formar Cuidadores Geriátricos de Qualidade



PROGRAMA DE TREINO DE ATIVIDADES ESPECIAIS DO USUÁRIO DO CENHORO

Conteúdo: moedas (Cenhoros) - 2



10 cenhoros 20 cenhoros
50 cenhoros 100 cenhoros
200 cenhoros

PROGRAMA DE TREINO DE ATIVIDADES ESPECIAIS DO USUÁRIO DO CENHORO

Objetivo do Treinamento:

- Desenvolver o uso adequado das moedas em situações de compra, garantindo uma boa compreensão acerca das suas características, como as de serem uma moeda de pequena denominação utilizada para pequenas compras.
- Desenvolver o reconhecimento das quantias a pagar.

PROGRAMA DE TREINO DE ATIVIDADES ESPECIAIS DO USUÁRIO DO CENHORO

Conteúdo: bilhetes (Cenhoros) - 3



5 euros 10 euros
20 euros 50 euros

PROGRAMA DE TREINO DE ATIVIDADES ESPECIAIS DO USUÁRIO DO CENHORO

Objetivo do Treinamento:

- Desenvolver o uso adequado das moedas para reconhecer a sua natureza, distinguir e reconhecer as quantias.
- Reconhecer as características das moedas em situações de compra e venda, como a cor, o tamanho e o formato.
- Reconhecer as características das moedas em situações de compra e venda, como a cor, o tamanho e o formato.
- Reconhecer as características das moedas em situações de compra e venda, como a cor, o tamanho e o formato.

PROGRAMA DE TREINO DE ATIVIDADES ESPECIAIS DO USUÁRIO DO CENHORO

Conteúdo: bilhetes (Cenhoros) - 4



10 euros 20 euros
50 euros 100 euros
200 euros

PROGRAMA DE TREINO DE ATIVIDADES ESPECIAIS DO USUÁRIO DO CENHORO

Objetivo do Treinamento:

- Desenvolver o uso adequado das moedas para reconhecer a sua natureza, distinguir e reconhecer as quantias.
- Reconhecer as características das moedas em situações de compra e venda, como a cor, o tamanho e o formato.
- Reconhecer as características das moedas em situações de compra e venda, como a cor, o tamanho e o formato.
- Reconhecer as características das moedas em situações de compra e venda, como a cor, o tamanho e o formato.
- Reconhecer as características das moedas em situações de compra e venda, como a cor, o tamanho e o formato.

PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO ESPECIAL DO UNO DO ZAMBÍO

Desenvolvimento do plano (continuação)

- ... (text obscured)
- ... (text obscured)
- ... (text obscured)
- ... (text obscured)

PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO ESPECIAL DO UNO DO ZAMBÍO

Desenvolvimento do plano (continuação)

Este plano temer de ser utilizado para facilitar a gestão das Unidades e permitir a melhoria da qualidade dos serviços.



PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO ESPECIAL DO UNO DO ZAMBÍO

Desenvolvimento do plano (continuação)

- ... (text obscured)
- ... (text obscured)
- ... (text obscured)



3.

ESTRATÉGIAS, TÉCNICAS METODOLÓGICAS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO ESPECIAL DO UNO DO ZAMBÍO

Desenvolvimento do plano (continuação)

- ... (text obscured)
- ... (text obscured)
- ... (text obscured)
- ... (text obscured)
- ... (text obscured)

PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO ESPECIAL DO UNO DO ZAMBÍO

Desenvolvimento do plano (continuação)

- ... (text obscured)
- ... (text obscured)
- ... (text obscured)
- ... (text obscured)
- ... (text obscured)

PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USO DO DINHEIRO

...desenvolva um "Plano de Gestão Financeira" sempre que...

...definir qual o tipo de investimento pretendido.



PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USO DO DINHEIRO

...desenvolva um "Plano de Gestão Financeira" sempre que...

...definir qual o tipo de investimento pretendido.



PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USO DO DINHEIRO

...desenvolva um "Plano de Gestão Financeira" sempre que...

...identificar as prioridades dos gastos pessoais (despesas fixas)



PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USO DO DINHEIRO

...desenvolva um "Plano de Gestão Financeira" sempre que...

...identificar as prioridades dos gastos pessoais (despesas fixas)



PROGRAMA DE TREINO DE GESTÃO EFICAZ DO USO DO DINHEIRO

...desenvolva um "Plano de Gestão Financeira" sempre que...

...identificar as prioridades dos gastos pessoais (despesas variáveis)



4.

1º ESTÁGIO - Treino de aplicação da empresa -
Análise do orçamento

PROGRAMA DE TRABALHO DE GESTÃO DE CUIDADOS DO USUÁRIO DO SERVIÇO

Objetivos

- Avaliar a qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço;
- Promover a melhoria contínua da qualidade;
- Identificar pontos fortes, pontos fracos e pontos críticos do processo de trabalho;
- Identificar estratégias para melhorar a qualidade do trabalho.

5.

1º e 2º Semestres - Trabalho de avaliação de competências profissionais em estágio

PROGRAMA DE TRABALHO DE GESTÃO DE CUIDADOS DO USUÁRIO DO SERVIÇO

Objetivos

- Avaliar a qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço;
- Promover a melhoria contínua da qualidade;
- Identificar pontos fortes, pontos fracos e pontos críticos do processo de trabalho;
- Identificar estratégias para melhorar a qualidade do trabalho.

PROGRAMA DE TRABALHO DE GESTÃO DE CUIDADOS DO USUÁRIO DO SERVIÇO

Objetivos

- Avaliar a qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço;
- Promover a melhoria contínua da qualidade;
- Identificar pontos fortes, pontos fracos e pontos críticos do processo de trabalho;
- Identificar estratégias para melhorar a qualidade do trabalho.

PROGRAMA DE TRABALHO DE GESTÃO DE CUIDADOS DO USUÁRIO DO SERVIÇO

Objetivos

- Avaliar a qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço;
- Promover a melhoria contínua da qualidade;
- Identificar pontos fortes, pontos fracos e pontos críticos do processo de trabalho;
- Identificar estratégias para melhorar a qualidade do trabalho.

PROGRAMA DE TRABALHO DE GESTÃO DE CUIDADOS DO USUÁRIO DO SERVIÇO



Hoje vamos de compras...



Anexo II _ Planos de Sessão

<p>Tema: "PTGEUD _Apresentação e Avaliação Inicial"</p> <p>Nº de Sessão: Sessão nº 1</p> <p>Tipo de Sessão: Grupo</p> <p>Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto</p> <p>Data: 15/10/2013</p> <p>Hora: 17h30m</p> <p>Local: Unidade de Vida Apoiada 2 e 3</p> <p>Duração: 60 minutos</p>		<p>Objetivo Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar uma correta gestão do orçamento mensal. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar todos os elementos do grupo (auto-apresentação); - Expor os objetivos e as atividades do PTGEUD; - Definir o horário e o dia do PTGEUD; - Proceder à avaliação inicial através da aplicação de instrumentos de avaliação de necessidades definidos inicialmente. 			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação; • Introdução ao PTGEUD; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer horário e dia do PTGEUD; • Aplicar Instrumentos de avaliação inicial; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras 	<ul style="list-style-type: none"> • "Registo de Presenças"; • "Grelha de Observação da Sessão"; • Preenchimento de instrumentos de Avaliação Inicial.

<p>Tema: “PTGEUD _Treino de Gestão do Dinheiro: vantagens e dificuldades”</p> <p>Nº de Sessão: Sessão nº 2</p> <p>Tipo de Sessão: Grupo</p> <p>Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto</p> <p>Data: 17/10/2013</p> <p>Hora: 17h30m</p> <p>Local: Unidade de Vida Apoiada 2 e 3</p> <p>Duração: 60 minutos</p>		<p>Objetivo Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar uma correta gestão do orçamento mensal. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer corretamente o dinheiro (notas e moedas); - Identificar várias formas de pagamento de compras; - Reconhecer a importância de um planeamento do orçamento mensal; - Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão eficaz do uso do dinheiro; 			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento do dinheiro e formas de pagamento; • Importância, vantagens e dificuldades no planeamento do orçamento mensal; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo • Método Rol-play 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; • Computador (apresentação em Power Point) e data show; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; • Computador (apresentação em Power Point) e data show; 	<ul style="list-style-type: none"> • “Registo de Presenças”; • “Grelha de Observação da Sessão”;

<p>Tema: “PTGEUD _Treino de Gestão do Dinheiro: orçamento mensal”</p> <p>Nº de Sessão: Sessão nº 3 e 4</p> <p>Tipo de Sessão: Grupo</p> <p>Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto</p> <p>Data: 22/10/2013 e 24/10/2013</p> <p>Hora: 17h30m</p> <p>Local: Unidade de Vida Apoiada 2 e 3</p> <p>Duração: 60 minutos</p>		<p>Objetivo Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar uma correta gestão do orçamento mensal. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer o valor do seu orçamento mensal; - Identificar as prioridades dos gastos mensais (despesas fixas); - Identificar os gastos previstos (despesas correntes) do orçamento mensal; - Gerir gastos extras (despesas ocasionais); - Elaborar um “Plano de Gastos Mensais”. 			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Valor do Orçamento Mensal; • Identificar gastos fixos, previstos e extras; • Construir um plano de gastos mensais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo • Método Rol-play 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; • Folhas, lápis e máquina de calcular; • Computador (apresentação em Power Point) e data show; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; • Computador (apresentação em Power Point) e data show; 	<ul style="list-style-type: none"> • “Registo de Presenças”; • “Grelha de Observação da Sessão”; • “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 3 e 4” • “Plano de Gastos Mensais”

<p>Tema: “PTGEUD _Treino de Realização de Compras: simulação de compras”</p> <p>Nº de Sessão: Sessão nº 5</p> <p>Tipo de Sessão: Grupo</p> <p>Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto</p> <p>Data: 29/10/2013</p> <p>Hora: 17h30m</p> <p>Local: Unidade de Vida Apoiada 2 e 3</p> <p>Duração: 60 minutos</p>		<p>Objetivo Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar uma correta gestão do orçamento mensal. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer a importância de uma gestão eficaz do uso de dinheiro; - Participar em exercícios (simulação) de gestão mensal; - Consciencializar para o real custo de compras; - Identificar gastos fixos, previstos e gastos extras do orçamento mensal; - Identificar estratégias para uma boa gestão e uso do dinheiro. 			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Importância do Orçamento Mensal; • Exercício 1: identificar gastos fixos, previstos e extras • Identificar estratégias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo • Método Rol-play 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; • Folhas, lápis e máquina de calcular; • Computador (apresentação em Power Point) e data show; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; • Computador (apresentação em Power Point) e data show; 	<ul style="list-style-type: none"> • “Registo de Presenças”; • “Grelha de Observação da Sessão”; • “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 5” • “Plano de Gastos Mensais”

<p>Tema: “PTGEUD _Treino de Realização de Compras: realização de compras”</p> <p>Nº de Sessão: Sessão nº 6 e 7</p> <p>Tipo de Sessão: Grupo</p> <p>Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto</p> <p>Data: 05/11/2013 e 06/11/2013</p> <p>Hora: 17h30m</p> <p>Local: Unidade de Vida Apoiada 2 e 3</p> <p>Duração: 60 minutos</p>		<p>Objetivo Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar uma correta gestão do orçamento mensal. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar as compras previstas no “Plano de Gastos Mensais”; - Aplicar as estratégias de uma boa gestão e uso do dinheiro identificadas anteriormente; - Praticar o manuseamento do dinheiro, 			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Carrinho de compras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Proceder à compra dos produtos planeadas; • Estratégias para uma eficaz gestão do Orçamento Mensal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Carrinho de compras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Carrinho de compras; 	<ul style="list-style-type: none"> • “Registo de Presenças”; • “Grelha de Observação da Sessão”. • “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 6 e 7”

Tema: “PTGEUD _ Avaliação Final Nº de Sessão: Sessão nº 8 Tipo de Sessão: Grupo Responsáveis: Carla Azevedo e Sílvia Peixoto Data: 14/11/2013 Hora: 17h30m Local: Unidade de Vida Apoiada 2 e 3 Duração: 60 minutos		Objetivo Geral: - Executar uma correta gestão do orçamento mensal. Objetivos Específicos: - Aplicar instrumentos de avaliação final definidos anteriormente; - Elaborar um panfleto sobre o PTGEUD.			
Fases	Tempo	Conteúdo	Estratégias	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema; 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Desenvolvimento	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Construir um panfleto sobre o PTGEUD; • Avaliação Final. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo/interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; • Instrumentos de avaliação final. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação/Atenção demonstrada pelos utentes
Conclusão	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das principais ideias; • Esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método participativo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas e Cadeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> • “Registo de Presenças”; • “Grelha de Observação da Sessão”; • “Preenchimento de instrumentos de Avaliação Final.

Anexo III _ Planos de Avaliação

Quadro 1: AS_ Registo de Presenças

NOME DA PARTICIPANTE	Unidade de Vida Apoiada	Sess ão nº1	Sess ão nº2	Ses são nº3	Ses são nº4	Ses são nº5	Sess ão nº6	Sess ão nº7	Ses são nº8

Legenda: D – Desistiu / F – Faltou / P – Presente

Nota: O “Quadro 1: AS_ Registo de Presenças” deve ser aplicado em todas as sessões

Quadro 2: AS_ Grelha de Observação da Sessão

Nome da Participante	UVA	Motivação	Atenção/ Concentração	Participação	Interesse	Interação	Comportamento	Observações

LEGENDA:

Motivação: 0 - Recusou integrar o grupo

1 - Necessitou de persuasão

2 - Aderiu espontaneamente

Atenção/ Concentração: 0 – Nula

1 - Alguma, com baixas de concentração

2 - Na maior parte da sessão

3 - Em toda a sessão

Participação: 0 - Não há resposta

1 - Poucas respostas; não colabora

2 - Participa ativamente, quando motivado

3 - Participa ativamente, sem necessidade de motivação

Interesse: 0 - Não demonstrou sinal de interesse

1 - Demonstrou sinal ocasional

2 - Interessou-se a maior parte da sessão

3 - Interessou-se durante toda a sessão

Interação: 0 - Nenhuma interação

1 - Só fala quando questionado

2 - Responde a outros membros do grupo

3 - Interage espontaneamente

Comportamento: 0 - Agitado

1 - Inquieto

2 - Desorganizado

3 - Adequado

Nota: O “Quadro 2: AS_ Grelha de Observação da Sessão” deve ser aplicado em todas as sessões.

Quadro 3: AS_ Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 3 e 4

	Nome da Participante	Nome da Participante	Nome da Participante
Reconhece o valor do seu orçamento			
Identifica prioridades dos gastos			
Identifica gastos previstos			
Planeia gastos extras			
Elabora "Plano de Gastos Mensais"			

Quadro 4: AS_ Plano de Gastos Mensais

Nome da Participante: _____

Tipo de Gastos	Descrição dos Objetos	Data da Compra	Valor de Custo
Gastos Fixos			
Gastos Previstos			
Gastos Extra			
Total dos Gastos previstos			
Valor do seu Rendimento Mensal			
Saldo Previsto			

Quadro 5: AS_ Grelha de Observação Quantitativa da Sessão 5

	Nome da Participante	Nome da Participante	Nome da Participante
Identifica prioridades dos gastos			
Identifica gastos previstos			
Identifica gastos extras			
Elabora "Plano de Gastos Mensais"			
Define pelo menos 1 estratégia			

Anexo IV _ Panfleto



Descrição

O "Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro" (PTGEUD) é desenvolvido na Casa de Saúde do Bom Jesus, em particular no Serviço de Reabilitação - Projecto CASA (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), nas Unidades de Vida Acolida (Apartamentos Terapêuticos).

É destinado às pessoas assistidas da unidade de Reabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus e que se encontrem na Unidade de Vida Acolida.

Tem um total 8 sessões desenvolvidas em grupo fechado, e periodicidade bi-semanalmente, com a duração de cerca de 60 minutos em cada sessão



Objetivos

Objetivo Geral:

- Executar uma correta gestão do orçamento mensal.

Objetivos específicos:

- Identificar as vantagens e as dificuldades inerentes na gestão eficaz do uso do dinheiro;
- Reconhecer a importância de um planeamento do orçamento mensal;
- Reconhecer corretamente o dinheiro (notas e moedas)
- Elaborar um "Plano de Gastos Mensais";
- Identificar estratégias para uma boa gestão e uso do dinheiro
- Realizar as compras previstas no "Plano de Gastos Mensais";
- Aplicar as estratégias de uma boa gestão e uso do dinheiro identificadas;
- Praticar o manuseamento do dinheiro;

Resultados Esperados

Com este programa pretende-se que as participantes possam atingir os seguintes resultados:

- Identificação de vantagens e dificuldade na gestão eficaz do uso do dinheiro;
- Reconhecimento da importância do planeamento do orçamento mensal;
- Manuseamento correto do dinheiro;
- Elaboração de um "Plano de Gastos Mensais" para evitar a compra de produtos não necessários.
- Identificação e aplicação de estratégia para melhoria da gestão e o uso do dinheiro.



**Anexo VI – Resultados do Programa de Treino Gestão Eficaz do
Uso do Dinheiro**

Um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 é promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização. Nos últimos tempos, o modelo de atenção em saúde mental, modificou do enfoque institucional da pessoa com doença mental para um enfoque baseado na atenção comunitária. Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007 - 2016 a abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez “maior ênfase à manutenção dos doentes na respetiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas”.

Tomando consciência desta realidade a intervenção idealizada designa-se por “Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro” (PTGEUD) no Serviço de Reabilitação da CSBJ nomeadamente nas Unidades de Vida Apoiada (Apartamentos Terapêuticos 2 e 3).

Para a implementação deste programa foram definidas um total de 8 sessões que serão executadas nas Unidades de Vida Apoiada (nomeadamente no Apartamento Terapêutico 2 e 3). Serão desenvolvidas em grupo fechado com os elementos dos respetivos Apartamentos Terapêuticos (num total de 2 grupos), de periodicidade bi-semanalmente, com a duração de cerca de 60 minutos em cada sessão.

Este programa de treino contempla 3 principais fases: apresentação e avaliação inicial, sessões de treino de gestão eficaz do uso do dinheiro e avaliação final. A Fase I refere-se à apresentação de todo o programa de treino assim como das participantes e dos técnicos. Nesta fase também se procede à avaliação inicial através de um questionário de caracterização Sócio-Demográfica, Consentimento Informado e aplicação dos instrumentos de avaliação de necessidades MMSE, BELS e a Escala de Lawton e Brody.

Na Fase II estão descritas as sessões que compõem o PTGEUD. Estas sessões são divididas em duas partes fundamentais: 1 – Treino de Gestão dos Gastos Mensais e 2 – Treino de Realização de Compras. Para todas as sessões está definido uma avaliação qualitativa e quantitativa através do preenchimento de uma “Grelha de Observação da Sessão”, uma “Grelha de Observação Quantitativa da Sessão”, de um “Plano de Gastos Mensais” e ainda de um “Registo de Presenças”.

E, por último, a Fase III que se refere à avaliação final onde será aplicado novamente o instrumento de avaliação de necessidades BELS e a Escala de Lawton e Brody, com o objetivo de avaliar os resultados de toda a intervenção. Esta última fase contempla ainda a construção de um panfleto que enfatiza esta intervenção e será realizada pelos técnicos em conjunto com as participantes.

Os diagnósticos de Enfermagem identificados para esta intervenção são:

Aprendizagem de capacidades comprometida, conhecimento insuficiente e resposta psicossocial ao ensino inadequada.

Depois da implementação deste programa passamos então à apresentação dos resultados obtidos. Antes de qualquer intervenção o PTGEUD foi apresentado às possíveis participantes que

posteriormente, após o analisarem, decidiram participar no mesmo tendo manifestado o seu consentimento informado.

Inicialmente foi realizada a caracterização sócio-demográfica das participantes que integraram o PTGEUD. Esta caracterização foi realizada na sessão nº1 através do preenchimento do questionário de caracterização sócio-demográfica.

Número de Participantes Iniciais	6 Participantes
Número de Participantes Finais	5 Participantes
Média de Idades	47 anos
Habilitações Literárias	2 Participante - 4.º ano 3 Participantes – 9.º ano
Média do Número de Atividades em que participa	3 Atividades (Mínimo – 2 Atividade) (Máximo – 4 Atividades)
Média do Tempo de Institucionalização na CSBJ	11 anos (Mínimo – 7 ano) (Máximo – 16 anos)
Média do Tempo de Permanência na unidade de Vida Apolada	20 meses (Mínimo – 5 meses) (Máximo – 32 meses)

Quadro 2_Caraterização das Participantes do PTGEUD

O objetivo da caracterização sócio-demográfica é obter dados sobre a nossa amostra. Com estes dados conseguimos compreender que a nossa amostra é constituída por 5 participantes. Inicialmente a amostra era de 6 participantes, no entanto por motivos de incompatibilidade de horários 1 participante não conseguiu iniciar este programa, estabelecendo assim o tamanho da amostra em 5 participantes.

No final da caracterização da amostra procedeu-se à aplicação dos instrumentos de avaliação inicial de acordo com os objetivos programados. Procedeu-se à aplicação do MMSE para despistar um eventual défice cognitivo das participantes pois esta existência seria um critério de exclusão, o que não se verificou e que pode ser consultado no Gráfico 5.

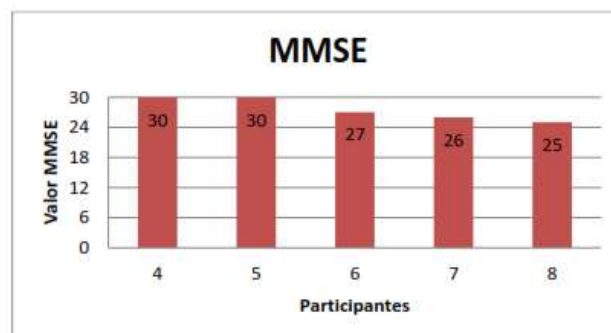


Gráfico 5_ Valor MMSE do PTGEUD

Nesta fase inicial para além da aplicação do MMSE também foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação inicial: BELS e Escala de Lawton Brody. Os resultados do questionário

da BELS e da escala de Lawton Brody serão apresentados aquando da avaliação final, de forma a podermos comparar, analisar e avaliar a eficácia de toda a intervenção.

Depois da avaliação inicial seguiu-se a implementação das sessões previamente planeadas. Para avaliar as sessões foram utilizadas, para além do registo de presenças, grelhas que permitiram obter dados quantitativos e qualitativos.

Ao longo de todas as sessões atingiu-se 100% de assiduidade. Este fato pode ser explicado pelo constante interesse demonstrado pelas participantes na execução de todas as sessões. Justificamos esta adesão pela boa relação terapêutica estabelecida com todas as participantes, o local ser o próprio apartamento terapêutico e ainda o horário das sessões serem no final do dia, estabelecido no início do programa juntamente com as participantes, permitindo assim que não existisse uma sobreposição com as atividades já existentes.

Relativamente ao horário, uma das nossas preocupações seria a presença de cansaço por parte das participantes visto que as sessões foram realizadas no final do dia no entanto este aspeto não foi observado.

Como já foi referido as sessões implementadas no PTGEUD tiveram, para além da avaliação da assiduidade, uma avaliação de carácter quantitativa e uma avaliação qualitativa. Relativamente à avaliação quantitativa foi utilizada uma grelha de observação que contemplava os seguintes parâmetros: motivação, atenção/concentração, participação, interesse, interação, comportamento e observações. Todos os parâmetros descritos foram analisados de acordo com uma escala numérica previamente definida com o objetivo de facilitar a avaliação quantitativa para cada participante. Os dados encontram-se apresentados no Anexo X.

Analisando globalmente todas as sessões, conclui-se que as participantes aderiram espontaneamente às diferentes dinâmicas demonstrando a sua motivação e interesse pela temática abordada. Este registo positivo no domínio da motivação, pode-se justificar pela relação terapêutica existente com as participantes do PTGEUD, bem como as mesmas ao terem previamente conhecimento de todo o programa, possibilitou maior disponibilidade e interação ao longo do decorrer das sessões.

No campo da atenção/concentração verificou-se uma grande oscilação entre a pontuação 1 (alguma, com baixas de concentração) e a pontuação 3 (em toda a sessão). Mais de 50% da amostra evoluiu favoravelmente neste domínio, mantendo no final das sessões um bom nível de atenção/concentração. A cotação baixa (pontuação 1) apresentada nas primeiras sessões por 3 participantes, deveu-se ao fato das mesmas sentirem dificuldades na participação de atividades em grupo, o que no final, foi verbalizado pelas mesmas, que se inicialmente estavam renitentes às sessões, as mesmas foram bastante vantajosas.

As participantes que integraram o PTGEUD lidam diariamente com dinheiro e gestão do mesmo. Este fato permitiu que, durante as sessões, fosse possível constatar uma participação constante e interesse na temática, o que facilitou a interação entre todas as participantes. Exemplo disso são os resultados obtidos na grelha de observação quantitativa das sessões, em que todas as participantes, nestes três parâmetros evoluíram de um nível médio para um nível superior. Em termos de comportamento, todas mantiveram comportamento adequado, exceto a

participante 8 que em 50% apresentou um comportamento desadequado, influenciado por motivos pessoais.

Finda a análise quantitativa surge a análise qualitativa que apresentamos e analisamos por sessão com o objetivo de melhor expor o trabalho realizado.

A sessão n.º2 intitulou-se por Treino de Gestão do Dinheiro: vantagens e desvantagens. Nesta sessão pretendia-se que as participantes reconhecessem corretamente o dinheiro (notas e moedas), identificassem a importância do planeamento dos seus recursos económicos mensais, bem como apontassem vantagens e dificuldades na sua execução. Na avaliação qualitativa desta sessão são várias as conclusões obtidas: todas as participantes reconheceram o dinheiro em moedas, no entanto relativamente às notas, apenas reconheceram até 20€. Por este motivo, e solicitado e sugerido por uma das participantes, foram entregues fotocópias das notas com valores mais elevados, para que como a mesma referiu "... posso encontrar uma nota destas e não saber quanto é que vale... assim já sei...".

Nesta sessão também era pretendido que as participantes indicassem a importância de um planeamento adequado dos recursos económicos. Foram vários os aspetos referidos pelas mesmas e que pensamos ser pertinente referi-los em seguida: "... controlamos a vida..", "...para uma pessoa se orientar e para dar valor ao dinheiro...", "... conseguir controlar a vida..."", "...para controlar o dinheiro..."

À semelhança do ponto anterior foram indicadas vantagens relativas a um correto planeamento do orçamento mensal: "...porque assim posso comprar um perfume no Boticário...", "... posso comprar as coisas que quero...", "controlo as despesas...", "... serve para gerir bem o dinheiro...", "... posso comprar o melhor...". Através da análise das respostas anteriormente referidas, concluímos que todas as participantes têm consciência dos benefícios e das vantagens de uma correta gestão do orçamento mensal, porém na prática é verificado um défice ao nível na execução correta desta gestão, motivo pelo qual se planeou, elaborou e implementou o PTGEUD.

Relativamente às dificuldades, apenas obtivemos duas respostas: "... é difícil porque tenho de puxar muito pela cabeça..." e "... é difícil porque não me consigo concentrar e dividir o dinheiro...". Com estas respostas denotamos défice de conhecimentos em delinear estratégias para uma eficaz gestão do uso do dinheiro.

Na 3ª e 4ª sessão foi abordado o tema orçamento mensal, em que era pretendido em que as participantes reconhecessem o valor do seu orçamento mensal e que elaborassem um plano de gastos mensais que incluiu gastos fixos, previstos e extras. Com a realização destas sessões, constatamos que existiam lacunas a este nível, nomeadamente o fato das participantes não terem conhecimento dos seus rendimentos mensais, o que dificulta a correta gestão dos mesmos. Esta gestão também é dificultada uma vez que as participantes recebem mensalmente um quantia estabelecida conforme as suas necessidades mensais, sempre que justifique e assim não tomam consciência do real valor do seu rendimento mensal.

Estas sessões foram bastante vantajosas pois foi possível garantir que todas as participantes tomassem conhecimento do seu rendimento mensal. Ao adquirirem este conhecimento, foram de particular interesse analisar as reações, na maioria dos casos, as participantes ficaram

surpreendidas com o valor do seu rendimento mensal, pois não sabiam que como as mesmas referiram "... não sabia que recebia tanto...".

Através destas sessões foi possível fazer a distinção entre gastos fixos, previstos e extras. Este aspeto é bastante importante para obter uma correta gestão do orçamento mensal na medida que, através deste exercício conseguimos organizar e planear devidamente os gastos. De um modo geral todas as participantes apresentaram algumas dificuldades na sua execução, por vários motivos: dificuldade na distinção entre os diferentes gastos, não tinham ideia global dos valores que gastam na compra dos seus bens e/ou produtos, e ainda o fato de não conhecerem a globalidade do seu rendimento mensal também dificultou a realização do "plano de gastos mensais."

Para colmatar estas necessidades, realizou-se na sessão 5 um treino de simulação de compras que teve como objetivo elaborar um plano de gastos mensais, a partir de um exemplo dado. As dificuldades mantiveram-se mas a um nível menor, dado a experiência já adquirida nas duas sessões anteriores.

Após a simulação de compras realizamos as sessões 6 e 7 que contemplavam a realização de compras previstas no plano de gastos mensais elaborados nas sessões anteriores. Estas sessões possibilitaram às participantes praticarem a realização de compras, manusearem o dinheiro, aplicando sempre que necessário, estratégias que permitiram uma gestão adequada.

Globalmente todas as participantes cumpriram os objetivos definidos. Conseguiram realizar pelo menos uma comprar de um produto fixo, produto previsto e extras que estavam contemplados no plano de gastos mensais. Durante estas compras, as participaram alguns défices na sua execução, especialmente na seleção dos produtos pretendidos, não tendo total autonomia em avaliar qual o mais indicado, de acordo com a melhor relação preço/qualidade.

Aquando do pagamento das compras foi possível observar os défices que as participantes apresentam a este nível, quer seja na iniciativa e autonomia na realização do pagamento, como também na verificação/confirmação do troco.

Com a realização das sessões práticas foi possível constatar que as residentes das unidades de vida apoiada necessitam de mais intervenções a este nível, particularmente o treino das compras e manuseamento do dinheiro, pois consequentemente melhorará o desempenho ao nível da gestão do orçamento mensal.

Na 8ª sessão, como referido anteriormente, foi realizada a avaliação final tendo sido aplicados para este efeito novamente o questionário BELS e a Escala de Lawton e Brody e foi realizado um panfleto ilustrativo ao tema, incluído no manual do PTGEUD (Anexo IV).

Relativamente aos resultados obtidos com o PTGEUD iremos apresentar e analisar dados comparativos entre a avaliação inicial e a avaliação final. Os resultados obtidos relativamente à escala de desempenho, para cada domínio da BELS, serão apresentados e analisados individualmente para cada participante. Os resultados pormenorizados da ficha de cotação da BELS podem ser consultados na base de dados do PTGEUD (Anexo X). Não iremos analisar os resultados da escala de oportunidade pois não existe diferença neste item comparativamente entre a avaliação inicial e final.

Nos Gráficos 6,7,8,9 e 10 abaixo expostos, relativos às participantes 4,5,6,7 e 8 observamos uma variação positiva relativamente ao domínio Competências Domésticas e Competências Comunitárias. No domínio do Autocuidado e o domínio de Ocupação e Relações Sociais não houve alteração entre os valores de avaliação inicial e avaliação final.

A nível das competências domésticas houve evolução na escala de desempenho dos itens 13 e 14 respetivamente compra de produtos alimentares e compras, ao passo que no domínio das competências comunitárias só houve melhoria na utilização do dinheiro/orçamento.



Gráfico 6_ Resultados da Participante 4



Gráfico 7_ Resultados da Participante 5



Gráfico 8_ Resultados da Participante 6



Gráfico 9_ Resultados da Participante 7

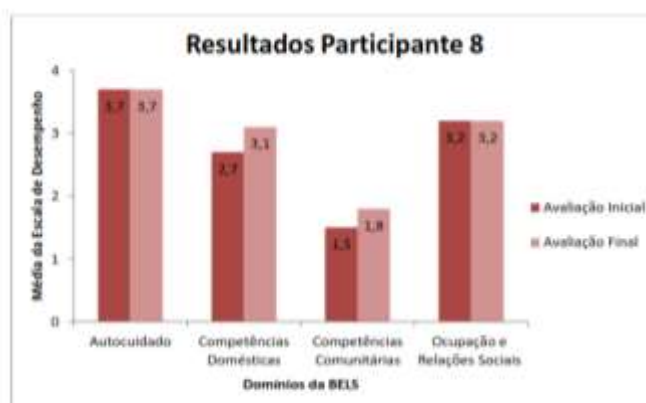


Gráfico 10_ Resultados da Participante 8

A aplicação da Escala de Lawton e Brody no PTGEUD deveu-se ao facto da mesma avaliar as atividades instrumentais de vida diária, em particular o uso do telefone, fazer compras, preparar a comida, cuidar da casa, lavar a roupa, uso de meios de transporte, responsabilidade no cumprimento da medicação e uso do dinheiro. Esta escala permite catalogar o nível de dependência nas atividades instrumentais de vida diária em: dependente, dependência moderada e muito de dependente. No final de toda a intervenção, todas as participantes melhoraram o desempenho no domínio “fazer compras” e “uso do dinheiro”, como pode ser observado no quadro 3.

PARTICIPANTE	Uso do Telefone		Fazer Compras		Preparar a comida		Cuidar da casa		Lavar a roupa		Uso de meios de transporte		Responsabilidade no cumprimento da medicação		Uso do dinheiro		Pontuação Total	
	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Participante 4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	0	0
Participante 5	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	0	0
Participante 6	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	0	0
Participante 7	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	0	0
Participante 8	1	1	3	1	2	2	2	2	1	1	3	3	1	1	2	1	0	0

Quadro 3 Escala de Lawton e Brody

Poster_PTGEUD

Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro



Carla Azevedo ⁽¹⁾ e Sílvia Peixoto ⁽²⁾

⁽¹⁾ ⁽²⁾ Irmãs Hospitaleiras – Casa de Saúde do Bom Jesus - Braga

Introduction/Resume

Este programa surge a partir de uma inquietação pessoal e da observação constante da prática clínica. A principal área de intervenção é a gestão dos recursos económicos algo que é deficitário e que carece de intervenção especializada de enfermagem de saúde mental de psiquiátrica. Este programa surge também como um elemento pertencente ao Estágio do Mestrado em Enfermagem e Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, em particular para dar resposta ao Módulo I – “Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde”. Por conseguinte, a intervenção idealizada designa-se por “Programa de Treino de Gestão Eficaz do Uso do Dinheiro” (PTGEUD) e será desenvolvida na Casa de Saúde do Bom Jesus, em particular no Serviço de Reabilitação - Projecto CASA (Convivência, Autonomia, Solidariedade e Aprendizagem), nas Unidades de Vida Apoiada (Apartamentos Terapêuticos).

Objetivos

Objetivo Geral:

Executar uma correta gestão do orçamento mensal.

Objetivos específicos:

Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão eficaz do uso do dinheiro;
Reconhecer a importância de um planeamento do orçamento mensal;
Reconhecer corretamente o dinheiro (notas e moedas)
Elaborar um “Plano de Gastos Mensais”;
Identificar estratégias para uma boa gestão e uso do dinheiro
Realizar as compras previstas no “Plano de Gastos Mensais”;
Aplicar as estratégias de uma boa gestão e uso do dinheiro identificadas;
Praticar o manuseamento do dinheiro.

Métodos

O principal propósito deste programa é responder a uma necessidade identificada e que carece de intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Para este fim foram delineadas um total de 8 sessões que serão realizadas com prioridade bissemanal durante o período de 1 mês. Serão sessões em grupo (no mínimo 2 e no máximo 4 participantes), terão a duração de 60 minutos cada e serão implementadas nas Unidades de Vida Apoiada (em 2 apartamentos terapêuticos).

Para cada sessão foram definidos os Planos de Sessão e os Planos de Avaliação

Número de Participantes Iniciais	6 Participantes
Número de Participantes Finais	5 Participantes
Média de Idades	47 anos
Habilitações literárias	2 Participante - 4.º ano 3 Participantes – 9.º ano
Média do Número de Atividades em que participa	3 Atividades (Mínimo – 2 Atividades) (Máximo – 4 Atividades)
Média do Tempo de Institucionalização na CSBJ	11 anos (Mínimo – 7 anos) (Máximo – 16 anos)
Média do Tempo de Permanência na unidade de Vida Apoiada	20 meses (Mínimo – 5 meses) (Máximo – 32 meses)

Quadro 1_Caraterização das Participantes

Resultados Obtidos

Obtivemos uma taxa de assiduidade de 100% de assiduidade. Este fato pode ser explicado pelo constante interesse demonstrado pelas participantes na execução de todas as sessões. Justificamos esta adesão pela boa relação terapêutica estabelecida com todas as participantes, o local ser o próprio apartamento terapêutico e ainda o horário das sessões serem no final do dia, estabelecido no início do programa juntamente com as participantes, permitindo assim que não existisse uma sobreposição com as atividades já existentes. Relativamente ao horário, uma das nossas preocupações seria a presença de cansaço por parte das participantes visto que as sessões foram realizadas no final do dia no entanto este aspeto não foi observado.

Relativamente à avaliação quantitativa foi utilizada uma grelha de observação que contemplava os seguintes parâmetros: motivação, atenção/concentração, participação, interesse, interação, comportamento e observações. Todos os parâmetros descritos foram analisados de acordo com uma escala numérica previamente definida com o objetivo de facilitar a avaliação quantitativa para cada participante. Ocorreu uma evolução positiva em todos os parâmetros acima referidos.

A aplicação do questionário BELS no PTGEUD deveu-se ao facto do mesmo ter sido concebido para avaliar as competências básicas de vida diária em pessoas com doença mental de evolução prolongada, nomeadamente os domínios Competências Domésticas e Competências Comunitárias.

A aplicação da Escala de Lawton e Brody no PTGEUD deveu-se ao facto da mesma avaliar as atividades instrumentais de vida diária, em particular o uso do telefone, fazer compras, preparar a comida, cuidar da casa, lavar a roupa, uso de meios de transporte, responsabilidade no cumprimento da medicação e uso do dinheiro.

PARTICIPANTE	Uso de Telefone		Fazer Compras		Preparar comida		Cuidar de casa		Lavar roupa		Uso de meios de transporte		Responsabilidade no cumprimento da medicação		Uso de dinheiro		Pontuação Total	
	Análise Inicial	Análise Final	Análise Inicial	Análise Final	Análise Inicial	Análise Final	Análise Inicial	Análise Final	Análise Inicial	Análise Final	Análise Inicial	Análise Final	Análise Inicial	Análise Final	Análise Inicial	Análise Final	Análise Inicial	Análise Final
Participante 4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	2	2
Participante 5	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	2	2
Participante 6	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	2	2
Participante 7	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	2	2
Participante 8	1	1	3	1	2	2	2	2	1	1	3	3	1	1	2	1	2	2

Quadro 2 _Escala de Lawton e Brody

Conclusões

Podemos denotar uma variação positiva relativamente ao domínio Competências Domésticas e Competências Comunitárias. No domínio do Autocuidado e o domínio de Ocupação e Relações Sociais não houve alteração entre os valores de avaliação inicial e avaliação final.

No final de toda a intervenção, todas as participantes melhoraram o desempenho no domínio “fazer compras” e “uso do dinheiro”, como pode ser observado no quadro 2. Concluímos também que o objetivo geral e os objetivos específicos inicialmente planeado foram alcançados.

Referências Bibliográficas

AMARAL, A. C. *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*, Loures: Lusociência, 2010
CORDO, M. – *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental*, Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. [Consult. 2013-10-03]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/CIPEVERSC3%8302.aspx>.

Anexo VII – Consulta de Enfermagem



Irmãs
Hospitaleiras

PROPOSTA DE PROJETO

Consulta de Enfermagem

GIS – Gabinete Integrado de Serviços

2014

ÍNDICE

1. Descrição projeto/inação a desenvolver;
2. Destinatários;
3. Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros e parcerias);
4. Fundamentação/justificação do projeto/diagnóstico;
5. Descrição dos Objetivos do Projeto;
6. Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas;
7. Descrição das Atividades a Desenvolver;
8. Impacto previsto do Projeto;
9. Plano de implementação (atividades, cronograma, responsáveis);
10. Acompanhamento e avaliação do projeto;
11. Indicadores/resultados a atingir;
12. Perspetivas futuras de continuidade do projeto
13. Condicionantes
14. Bibliografia

Anexos

Anexo I_ Caracterização dos Utilizadores da USO

Anexo II_ Programa de AVD – Higiene

Anexo III_ Programa de AIVD – Medicação

Anexo IV_ Programa de Educação para a Saúde

Anexo V_ Panfleto Informativo sobre a Consulta de Enfermagem

1. Descrição projeto/inação a desenvolver

A Consulta de Enfermagem é considerada uma atividade autónoma baseada em metodologia científica permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem, realizar um plano de cuidados e respetiva avaliação, assim como a reformulação das intervenções de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado (Paixão e Valério, 2008).

De acordo com a bibliografia consultada e com a observação da prática clínica tornou-se fundamental e imprescindível pensar e elaborar um programa de implementação para consulta de enfermagem especialista em saúde mental e psiquiatria. Esta consulta de enfermagem tem como objetivo primordial “Prestar cuidados de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria aos utilizadores da USO” e apresenta como população alvo de intervenção os utilizadores da unidade sócio-ocupacional (USO) Bento Menni – que constitui uma resposta comunitária do Gabinete Integrado de Serviços (GIS). Será realizada uma vez por semana, às 4^{af} no turno da manhã, nas instalações do GIS e com a duração de 40 minutos por consulta de enfermagem. A divulgação da consulta de enfermagem passa por transmissão de informação verbal aos diferentes terapeutas de referência e através da elaboração de um panfleto que contém os objetivos e as intervenções fundamentais (que se encontra em Anexo V)

A consulta de Enfermagem foi inicialmente delineada e constituída por três programas de intervenções, nomeadamente AIVD – Medicação, AVD – Higiene e Educação para a Saúde. Os programas surgiram após uma avaliação das necessidades não satisfeitas dos utilizadores da USO, baseadas na constante observação da prática clínica e na opinião dos distintos terapeutas de referência que compõem a equipa multidisciplinar do GIS.

O utilizador USO será referenciado para a consulta de enfermagem através do seu terapeuta de referência, após realização da ficha de triagem do GIS. Posteriormente será realizada a avaliação inicial de enfermagem que possibilitará a delineação de objetivos, elaboração do plano individual de intervenção, planeamento das intervenções, execução das mesmas e respetiva avaliação.

2. Destinatários

Esta intervenção apresenta como destinatários os utilizadores da USO, a sua caracterização encontra-se em Anexo I, no qual têm que obedecer aos seguintes pré-requisitos:

Constituem pré-requisitos para inclusão nesta intervenção:

- Estabilização clínica;
- Necessidades de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiatria.

3. Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros e parcerias)

Os recursos humanos afetos a este programa são a equipa de Enfermagem que integra a equipa do GIS. Relativamente aos recursos materiais estes encontram-se descritos ao longo do projecto/programa.

4. Fundamentação/justificação do projeto/diagnóstico

Durante a segunda metade do século XX, verificou-se um aumento da consciencialização da importância da pessoa e dos seus direitos o que transformou a nossa perspetiva em relação à característica das respostas dos serviços para pessoas com doença mental. (Narigão, 2012) Através desta consciencialização, passamos a valorizar uma intervenção abrangente e integradora mais centrada na saúde mental e menos na intervenção psiquiátrica. Esta mudança traduziu-se na reforma dos grandes centros psiquiátricos e na disponibilização de respostas na comunidade adaptadas às necessidades da pessoa com doença mental. (Narigão, 2012)

Esta mudança adaptada às necessidades da pessoa com doença mental também se verifica a nível da prestação dos cuidados de enfermagem. As funções de enfermagem estão focadas na promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental, na ajuda ao doente a criar estratégias para lidar com a sua doença mental e na capacidade de assistência à pessoa, à família/cuidador e à comunidade, ajudando-os a encontrarem o verdadeiro sentido da doença. (Scatena e Villela, 2004) Para o enfermeiro implementar as suas ações, deve usar a perceção e a observação, formular interpretações válidas, delinear um campo de ação com tomada de decisões, planear e avaliar a intervenção. Essas ações fazem parte do processo de enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico. (Scatena e Villela, 2004)

A Consulta de Enfermagem é considerada uma atividade autónoma baseada em metodologia científica permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem, realizar um plano de cuidados e respetiva avaliação, assim como a reformulação das intervenções de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado (Paixão e Valério, 2008).

A consulta de enfermagem deve ter uma visão holística, captando toda a informação sensível aos cuidados proveniente da pessoa, possibilitando um diagnóstico preciso e um planeamento de cuidados de acordo com as necessidades de cada indivíduo para obtenção de ganhos em saúde. É um espaço onde se tenta obter o maior número de dados, mantendo a pessoa próxima do enfermeiro numa relação onde seja preservada a privacidade, onde se crie empatia, confiança, segurança e onde enfermeiro e pessoa definam, em conjunto, as estratégias para obtenção dos melhores resultados em saúde (Barcelos, 2005).

Perante a situação de cada pessoa, o enfermeiro cumpre um papel essencial na adaptação da pessoa à sua doença (Medalhas, 2005). Estas consultas possuem o intuito de auxílio à pessoa em transição, utilizando um conjunto de competências que ao serem postas em prática permitem dar visibilidade à forma como o enfermeiro aplica o saber adquirido e o saber vivido (Barcelos, 2005). Neste contexto, do ponto de vista educacional, o enfermeiro deve adequar o modelo de aprendizagem que mais se adapta ao doente, respeitando as necessidades e expectativas do mesmo em relação ao tratamento (Medalhas, 2005).

O enfermeiro tem igualmente um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida da pessoa e por isso deve desenvolver competências para a ajudar a aceitar o tratamento e aderir com segurança ao plano de cuidados delineados, envolvendo-o no mesmo. (Medalhas, 2005). Deste modo, na Consulta de Enfermagem é indispensável propiciar momentos para que a pessoa

verbalize os seus receios e problemas, procurando saber como a pessoa está a encarar a situação de doença, de forma a encontrar mecanismos de apoio e outros recursos que ajudem o indivíduo e a família a ultrapassar o momento delicado (Medalhas, 2005). Este é inequivocamente um grande desafio, que atribui à pessoa um papel ativo na estimulação das suas aptidões de forma a ultrapassar saudavelmente o seu processo de transição.

5. Descrição dos Objetivos do Projeto

Esta intervenção tem o seguinte **objetivo geral**:

- Prestar cuidados de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria aos utilizadores da USO.

Os **objetivos específicos** são:

- Identificar necessidades e diagnósticos de enfermagem dos utilizadores da USO;
- Planear intervenções adequadas a cada utilizador;
- Colaborar na construção do Plano Individual de Intervenção;
- Desenvolver competências a nível da AIVD - Medicação;
- Desenvolver competências nível da AVD - higiene;
- Desenvolver hábitos e rotinas saudáveis;
- Implementar intervenções psicoeducativas no âmbito do reconhecimento precoce de situação de crise;
- Realizar Psicoeducação a utilizadores e familiares/cuidadores.

6. Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas

A metodologia utilizada para a execução da consulta de enfermagem baseia-se no processo de enfermagem. Foi aceite como metodologia científica da enfermagem, que o processo de enfermagem consiste em seis fases e utiliza uma abordagem de resolução de problemas. É orientada para os objetivos, com a finalidade de prestar ao cliente um cuidado de qualidade. Este processo é dinâmico e não estático, é contínuo e continua enquanto o enfermeiro e o cliente interagirem em direção à mudança nas respostas físicas ou comportamentais do cliente.

As seis fases do processo de enfermagem são: (Re)apreciação, Diagnóstico, Identificação dos resultados esperados, Planeamento, Implementação e Avaliação.

Fases do Processo de Enfermagem	Caracterização
Fase I _ (Re)Apreciação	<ul style="list-style-type: none"> - Recolha dados de saúde abrangente e que são pertinentes para a saúde da pessoa. - Reunida informação a partir da qual se estabelece uma base de dados para determinar o cuidado mais adequado para a pessoa. - Avaliação Inicial de Enfermagem
Fase II _ Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Análise dos dados de avaliação para determinar diagnósticos de enfermagem; - Identificação de diagnósticos de enfermagem por prioridades.
Fase III _ Identificação dos Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - São identificados os resultados esperados para um plano personalizado para a pessoa; - Definição dos objetivos mensuráveis esperados;

Fase IV _ Planejamento	- Desenvolve um plano que inclui estratégias e alternativas para obter os resultados esperados (Elaboração do Plano Individual de Intervenção juntamente com a pessoa, pessoas significativas e equipa multidisciplinar);
Fase V _ Implementação	- São executadas as intervenções selecionadas durante a fase IV. - A documentação das intervenções também ocorre nesta fase.
Fase VI _ Avaliação	- Avaliação é o processo utilizado para determinar o progresso do cliente em direção à obtenção dos resultados esperados e a eficácia dos cuidados de enfermagem; - Apreciação do progresso respeitante à obtenção dos resultados esperados; - Avaliação do sucesso das intervenções; Os diagnósticos, resultados e o plano de cuidados são revistos.

Quadro 1_ Fonte Bibliográfica_ Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência. 6ª ed. Lusociência. Loures. ISBN 978 – 972 – 8930 – 61 – 5.

7. Descrição das Atividades a Desenvolver

A consulta de Enfermagem foi inicialmente delineada e constituída por três programas de intervenções, nomeadamente AIVD – Gestão do Regime Terapêutico, AVD – Higiene e Educação para a Saúde. Os programas surgiram após uma avaliação das necessidades não satisfeitas dos utilizadores da USO, baseadas na constante observação da prática clínica e na opinião dos distintos terapeutas de referência que compõem a equipa multidisciplinar do GIS.

A definição do programa de treino intitulado “Atividade de Vida Diária – Higiene”, surge devido à carência de intervenção especializada de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica nesta temática. Este programa destina-se aos utilizadores da Unidade Sócio-Ocupacional Bento Menni (USO), apresentando como objetivo principal: Melhorar a autonomia do autocuidado higiene. O programa de treino terá a duração de 3 meses, com sessões individuais trissemanais e com a duração de aproximadamente 40 minutos por sessão, sendo da responsabilidade da equipa de enfermagem que integra o GIS a sessão 1 e 36 e as restantes pelas Ajudantes de Ocupação. Este programa encontra-se dividido em 3 fases fundamentais: a primeira fase corresponde a uma avaliação inicial, a segunda fase equivale ao treino do autocuidado higiene e na terceira fase será realizada a avaliação final de toda a intervenção. O Programa “Atividade de Vida Diária – Higiene” encontra-se descrito no Anexo II.

O programa de treino “Atividade Instrumental de Vida Diária – Medicação” destina-se aos utilizadores da USO, apresentando como objetivo principal: Melhorar a autonomia da gestão do regime terapêutico. Este programa de treino terá a duração de 6 meses, com sessões individuais, de periodicidade quinzenais e com a duração de aproximadamente 40 min. por sessão, sendo da total responsabilidade da equipa de enfermagem que integra o GIS. O programa encontra-se dividido em 3 fases fundamentais: a primeira fase corresponde a uma avaliação inicial, a segunda fase equivale ao treino da gestão do regime terapêutico e na terceira fase será realizada a avaliação final de toda a intervenção. O Programa “Atividade Instrumental de Vida Diária – Medicação” encontra-se descrito no Anexo III.

Para implementar o presente programa será utilizado o programa denominado “Viver em Equilíbrio” (criado pelo Laboratório Norte Americano Lilly). Este programa foi desenhado com o objetivo de ajudar as pessoas a adquirirem hábitos de vida saudável, sendo este o principal

objetivo desta intervenção. A EPS para pessoas portadoras de doença mental é fulcral visto que as mesmas têm tendência a apresentar um aumento do peso significativo inerente de más práticas alimentares e de um estilo de vida sedentário. Este programa apresenta como população-alvo os utilizadores da USO, com a modalidade de sessões em grupo (no máximo 15 utilizadores) realizadas quinzenalmente à quarta-feira de manhã entre as 9h30 e as 11h30. O Programa EPS encontra-se descrito no Anexo IV.

O utilizador USO será referenciado para a consulta de enfermagem pelo seu terapeuta de referência, após realização da ficha de triagem do GIS. Posteriormente será realizada a avaliação inicial de enfermagem que possibilitará a delineação de objetivos, elaboração do plano individual de intervenção, planeamento das intervenções, execução das mesmas e respetiva avaliação.

8. Impacto previsto do Projeto

Com a implementação desta intervenção os utilizadores da USO deverão:

- Realizar um plano individual de intervenção;
- Aumentar a autonomia na gestão do regime terapêutico;
- Aumentar a autonomia na prática do autocuidado higiene;
- Melhorar hábitos de vida: alimentação e exercício físico.
- Identificar sinais e sintomas de recaída.

9. Plano de implementação (atividades, cronograma, responsáveis)

O presente programa será implementado de acordo com as intervenções definidas e que se encontram descritas em anexo deste documento.

10. Acompanhamento e avaliação do projeto

A monitorização e a avaliação dos resultados serão realizadas pela equipa de Enfermagem do GIS mediante a metodologia e as estratégias definidas anteriormente.

11. Indicadores/resultados a atingir

Os indicadores de resultados definidos serão analisados estatisticamente, consideramos assim que os principais resultados a atingir serão:

- Manutenção da assiduidade nas consultas de enfermagem programadas;
- Concretização dos objetivos definidos;
- Autonomia do utilizador da USO na gestão do seu regime terapêutico;
- Autonomia do utilizador da USO no autocuidado higiene:
- Manutenção do peso corporal;
- Ausência de reinternamentos.

Nota: todos estes indicadores serão avaliados através dos instrumentos de avaliação contemplados nos programas definidos

12. Perspetivas futuras de continuidade do projeto

Prevê-se que a consulta de enfermagem em saúde mental e psiquiatria seja implementada no GIS com as devidas alterações e reformulações que se acharem pertinentes, indo de encontro às necessidades reais e interesses dos utilizadores da USO.

13. Condicionantes

As principais condicionantes ao desenvolvimento deste projeto são as seguintes:

- Desestabilização clínica dos utilizadores que condicionem a adesão ao programa;
- Dificuldade de implementação por ocorrências imprevistas;
- Dificuldade na análise estatística da informação obtida.

14. Bibliografia

- Amaral, A.C. Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental, Loures: Lusociência. 2010
- Barcelos, M. O. S. F. (2005) – Representação social da consulta de enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de mestrado.
- Cordo, M. – Reabilitação de Pessoas com Doença Mental, Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- Medalhas, Helena J. (2005) – Consulta de enfermagem e ensino ao doente. Nursing. Ano 16, nº 195, p. 41-43.
- Narigão, M. (2012). Cuidados continuados em saúde mental: reflexão sobre respostas para pessoas. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (8), 58-62, Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 8 (DEZ.,2012)
- Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. [Consult. 2013-10-03]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/CIPEVERS%C3%83O2.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) – do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue». Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Depósito Legal: 289859/09
- Paixão, A. e Valério, I. (2008) – A consulta de enfermagem do utente hipertenso no Centro de Saúde do Bonfim, Extensão de Santa Maria. Sinais Vitais. Nº 77, p. 45-48.
- Scatena, M.; Villela, S. (2004). A Enfermagem e o Cuidar na Área de Saúde Mental. Revista Brasileira de Enfermagem (6),738-41. Brasília (DF) 2004 (nov/dez 2004);57(6):
- Stuart, G. e Laraia, M. (2001). Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática. 6ª ed. Artmed editora. Portoalegre. ISBN 85-73077-713-1. pp.634-637
- Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência. 6ª ed. Lusociência. Loures. ISBN 978 – 972 – 8930 – 61 – 5.

Anexos

Anexo I_ Caracterização dos Utilizadores da USO

Caracterização dos Utilizadores da USO

O GIS disponibiliza um conjunto de serviços integrados de reabilitação psicossocial na comunidade, promovidos por uma equipa multidisciplinar que o GIS contempla, nomeadamente Consultas da Especialidade, a Unidade Sócio-Ocupacional (USO), Formação e Integração Profissional e o Apoio Domiciliário. Ao nível das intervenções realizadas prendem-se com Actividades Ocupacionais, Formação Profissional Inicial, Reabilitação Cognitiva, Treino Competências Sociais, Treino das AVD's e Treino das AIVD's. Os destinatários deste gabinete são pessoas adultas com doença mental, cuidadores informais e profissionais de saúde.

A Consulta de Enfermagem apresenta como destinatários os utilizadores da USO, que de seguida se apresentará uma breve caracterização da população-alvo desta intervenção. Esta caracterização contempla dados relativos ao mês de janeiro de 2014.

Dos 37 utilizadores inscritos nas atividades da USO, no mês de janeiro de 2014, 23 são mulheres e 14 são homens, como se pode observar no Gráfico 1.

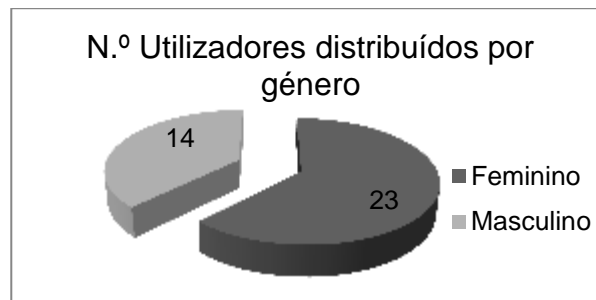


Gráfico 1: Distribuição dos utilizadores USO género

No parâmetro da idade, e analisando os dados por intervalos de idade observa-se que, no Gráfico 2, existe um maior número de utilizadores na faixa etária dos 41-50 anos (18). A média de idade dos utilizadores situa-se nos 44 anos, sendo que a idade máxima situa-se nos 69 anos e a o utilizador mais jovem tem 23 anos.

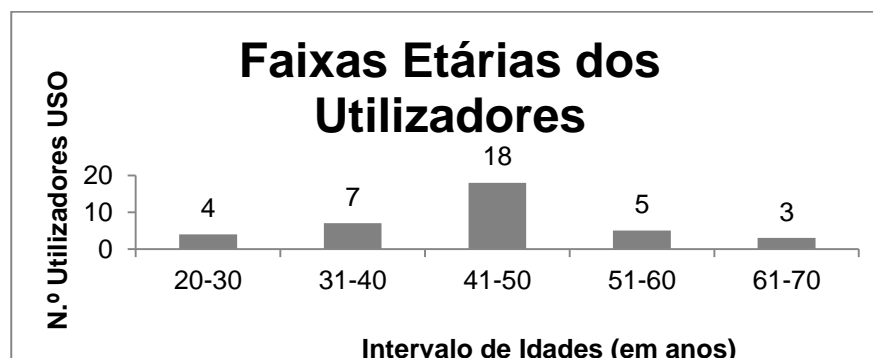


Gráfico 2: Idade dos Utilizadores apresentada por intervalos

Relativamente à origem da referência para o USO, ou seja, o proponente, verifica-se que a maioria das referências foi iniciativa do próprio utilizador (15) ou foi alguma instituição (14), como se observa no Gráfico 3.

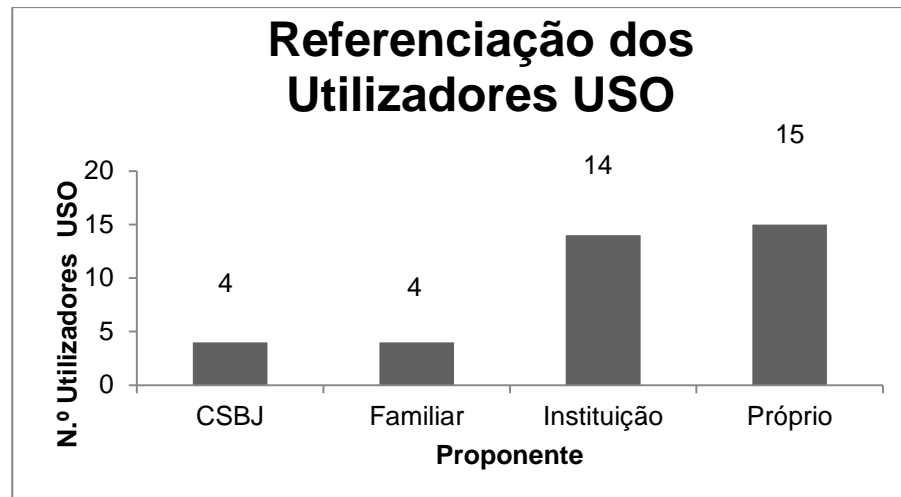


Gráfico 3: Proponentes dos Utilizadores USO

No que diz respeito à localidade dos utilizadores, de acordo com o Gráfico 4, constatamos que a maioria dos utilizadores reside no concelho de Braga (33), fato explicado pois o GIS situa-se na cidade de braga, sendo os acessos ao mesmo mais facilitados. A nacionalidade de todos os utilizadores é portuguesa.

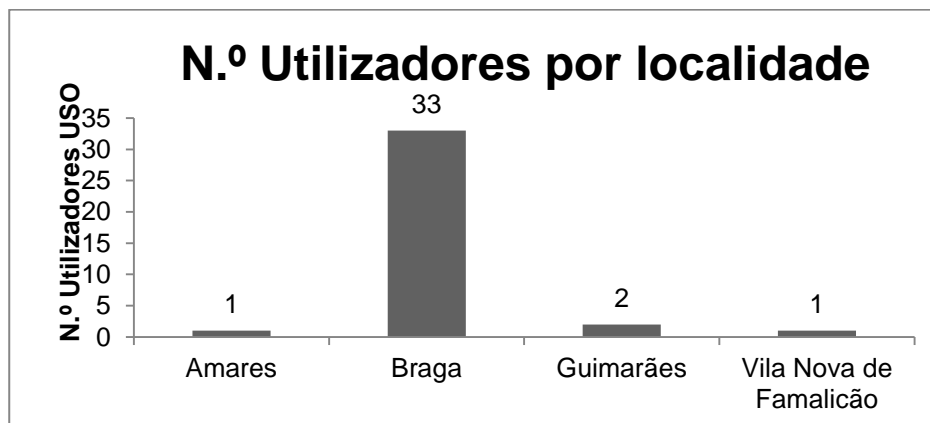


Gráfico 4: Utilizadores USO por localidade

Através do Gráfico 5, foi possível caracterizar a nossa amostra de acordo com o estado civil. Verificou-se que os utilizadores da USO são maioritariamente solteiros (20), seguindo os divorciados (8), casados (7) e viúvos (2).

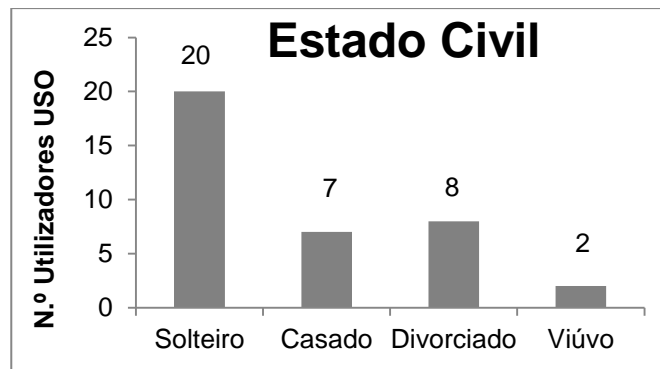


Gráfico 5: Utilizadores USO por estado civil

No item da escolaridade, Gráfico 6, pode-se verificar que os valores são diversificados, com maior concentração no 2º ciclo (11), seguindo-se o 3º ciclo (8) e logo de seguida o 1º ciclo e o Secundário com mesmo número de utilizadores (7). A licenciatura é a escolaridade que apresenta menos número de utilizadores, apenas 2.

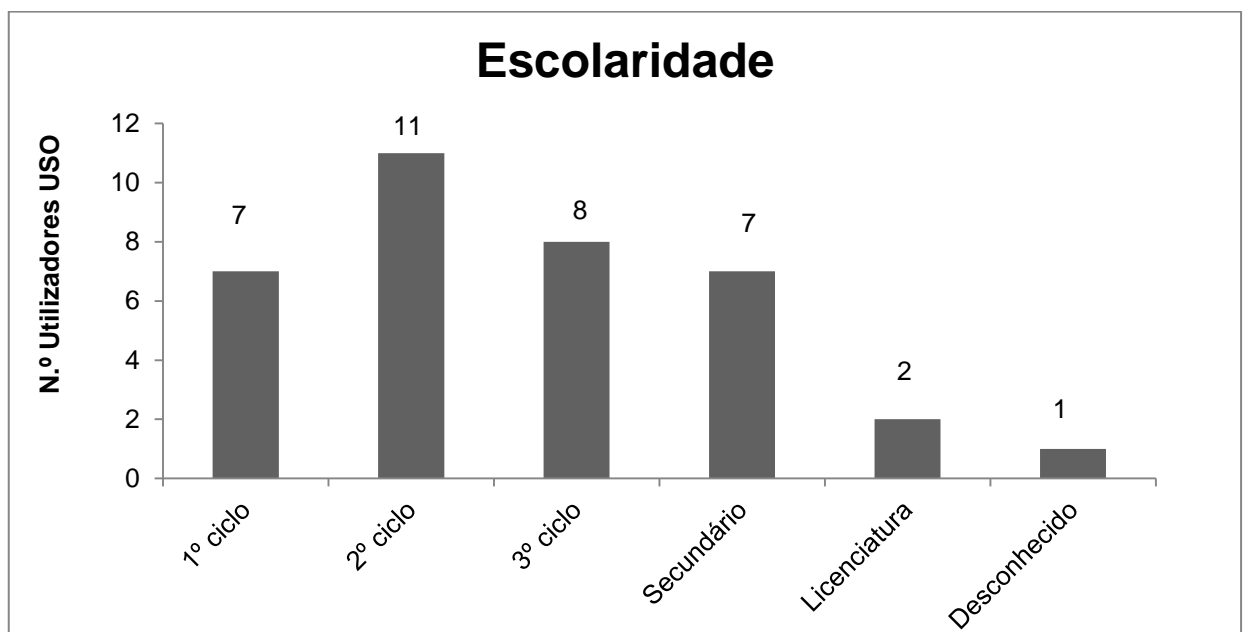


Gráfico 6: Utilizadores USO distribuídos por Escolaridade

Verifica-se no Gráfico 7, que quanto à situação profissional os utilizadores da USO são na sua maioria reformados (65%), desempregados (24%) e apenas 11% dos utilizadores exercem alguma atividade profissional.



Gráfico 7: Utilizadores USO distribuídos por Situação Profissional

Na USO todas as intervenções estão organizadas por “tempos”, cada tempo equivale a uma manhã ou uma tarde. Através da observação do Gráfico 8, constatamos que a maioria dos utilizadores (16) frequenta na maioria “1 a 3 tempos” e 14 utilizadores de “4 a 7 tempos”. Apenas 7 utilizadores estão inscritos de “8 a 10 tempos”.

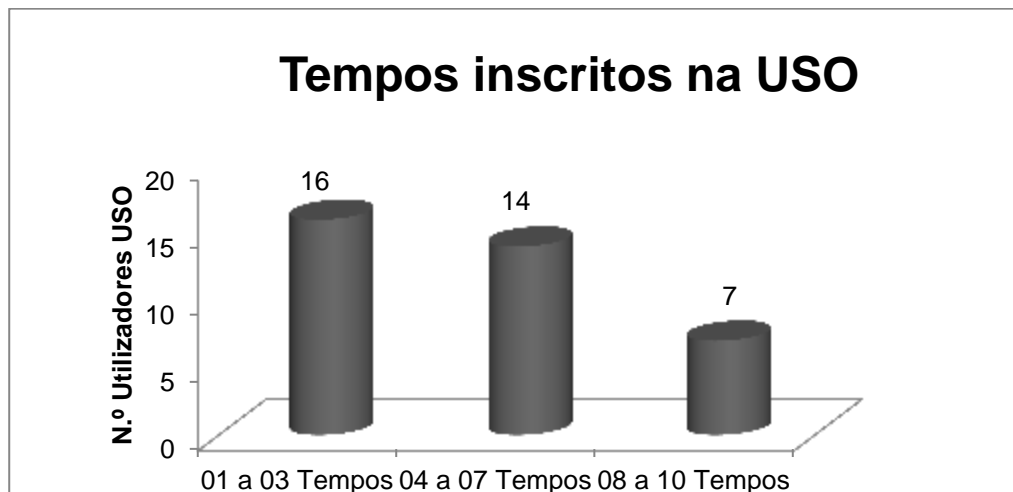


Gráfico 8: Utilizadores USO distribuídos por intervalo de tempos inscritos

Anexo II_ Programa de AVD – Higiene



Irmãs
Hospitaleiras

PROPOSTA DE PROJETO

Atividade de Vida Diária – Higiene
GIS – Gabinete Integrado de Serviços
2014

ÍNDICE

1. Descrição projeto/ inovação a desenvolver;
2. Destinatários;
3. Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros e parcerias);
4. Fundamentação/justificação do projeto/diagnóstico;
5. Descrição dos Objetivos do Projeto;
6. Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas;
7. Descrição das Atividades a Desenvolver;
8. Impacto previsto do Projeto;
9. Plano de implementação (atividades, cronograma, responsáveis);
10. Acompanhamento e avaliação do projeto;
11. Indicadores/resultados a atingir;
12. Perspetivas futuras de continuidade do projeto
13. Condicionantes
14. Bibliografia

1. Descrição projeto/ inovação a desenvolver

Um dos objetivos da reabilitação consiste na emancipação do utente, procurando criar oportunidades para que pessoas com diagnóstico de doença mental vivam, aprendam e trabalhem em suas próprias comunidades (Stuart e Laraia, 2001). Daí ser necessária assistência por parte das equipas de reabilitação no desenvolvimento das aptidões sociais. (Cordo, 2003).

As principais áreas de intervenção são as atividades de vida diária, nomeadamente na área do autocuidado higiene que carece de intervenção especializada de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

Neste sentido surgiu a definição do programa de treino intitulado “Atividade de Vida Diária – Higiene”. Este programa destina-se aos utilizadores da Unidade Sócio-Ocupacional Bento Menni (USO), sendo esta parte integrante de uma resposta comunitária do Gabinete Integrado de Serviços (GIS). Apresentando como objetivo principal: Melhorar a autonomia do autocuidado higiene.

Este programa de treino terá a duração de 3 meses, com sessões individuais trissemanais e com a duração de aproximadamente 40 minutos por sessão, sendo da responsabilidade da equipa de enfermagem que integra o GIS a sessão 1 e 36 e as restantes pelas Ajudantes de Ocupação.

O treino da AVD – Higiene corresponde a uma das intervenções preconizadas na consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria. Os utilizadores são referenciados para esta consulta de enfermagem através do respetivo terapeuta de referência. Depois da referenciação será realizada uma avaliação inicial de enfermagem e, se reunir os critérios necessários será incluído neste programa. Para a conceção de uma avaliação inicial mais completa foi preconizado a aplicação da escala Basis Everyday Living Skills (BELS) que avalia as competências básicas de vida diária.

2. Destinatários

Esta intervenção apresenta como destinatários os utilizadores USO no qual têm que obedecer aos seguintes pré-requisitos:

- Estabilização clínica;
- Défices na Atividade de Vida Diária – Higiene.

3. Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros e parcerias)

Os recursos humanos afetos a este programa são a equipa de Enfermagem e as Ajudantes de Ocupação que compõem a equipa do GIS. Relativamente aos recursos materiais estes encontram-se descritos ao longo do projecto/programa.

4. Fundamentação/justificação do projeto/diagnóstico

Entende-se por reabilitação psicossocial o processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o autocuidado, atividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade (Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 Janeiro). O processo de reabilitação psicossocial numa pessoa com doença mental não é só uma técnica, mas um processo de transformação que é uma componente essencial dos cuidados de Saúde Mental.

Segundo o Relatório Mundial de Saúde, OMS 2001, “A reabilitação psicossocial permite a muitas pessoas adquirir ou recuperar as aptidões práticas necessárias para viver e conviver na comunidade e ensinar-lhes a maneira de fazer face às suas incapacidades. Inclui assistência no desenvolvimento das aptidões sociais, interesses e atividades de lazer, que dão um sentido de participação e de valor pessoal. Ensina também aptidões de vida, tais como regime alimentar, higiene pessoal, cozinhar, fazer compras, fazer orçamentos, manter a casa e usar diferentes meios de transporte.”

Um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 é promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização. Nos últimos tempos, o modelo de atenção em saúde mental, modificou do enfoque institucional da pessoa com doença mental para um enfoque baseado na atenção comunitária. Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007 - 2016 a abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez “maior ênfase à manutenção dos doentes na respetiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas.”

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica assume-se como elemento fundamental do processo de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental, devendo manter uma atitude positiva, não discriminar e apostar fortemente na valorização das capacidades das pessoas e no seu envolvimento ativo na definição de metas ajudará ao sucesso de qualquer intervenção.

Em seguimento ao que foi exposto surge o presente programa que tem como objetivo melhorar o autocuidado higiene das pessoas que se encontram na unidade de vida protegida. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2, o autocuidado define-se como sendo uma “atividade executada pelo próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”. Este programa surge depois de uma inquietação pessoal e de uma constante observação da prática. Esta intervenção enquadra-se nos fundamentos do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria.

Os diagnósticos de Enfermagem identificados para esta intervenção são: Autocuidado Higiene Ineficaz, Aprendizagem de Capacidades Comprometida, Conhecimento Insuficiente e Resposta Psicossocial ao ensino inadequada.

5. Descrição dos Objetivos do Projeto

Esta intervenção tem o seguinte **objetivo geral**:

- Executar autonomamente o autocuidado higiene.

Os **objetivos específicos** são:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas no Autocuidado de Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral);
- Reconhecer a importância do Autocuidado de Higiene;
- Reconhecer corretamente os objetos necessários ao Autocuidado de Higiene;

- Reconhecer a sequência prática do Autocuidado de Higiene;
- Identificar estratégias para a prática do Autocuidado de Higiene;
- Efetuar autonomamente o autocuidado Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral).

6. Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas

Este programa disponibiliza um conjunto de atividades que vão de encontro às necessidades, potencialidades, expectativas e objetivos das pessoas que integram o USO.

Tem uma duração de 3 meses e encontra-se estruturado em 36 sessões que incluem:

- 1.^a Sessão – Avaliação inicial do utilizador USO;
- Da 2.^a Sessão à 35.^a Sessão – Sessões teóricas e práticas sobre o autocuidado higiene;
- 36.^a Sessão – Avaliação final do utilizador USO.

De salientar que cada sessão programada terá a duração de 30 min. e serão asseguradas pelas ajudantes de ocupação, exceto na sessão nº1 e nº 36 que será assegurada pela equipa de enfermagem do GIS. Os utilizadores podem, se necessário, ser novamente integrados num novo programa de atividade de vida diária – higiene

7. Descrição das Atividades a Desenvolver

A intervenção “Atividade de Vida Diária – Higiene” encontra-se estruturada nas seguintes fases: **FASE I** – 1.^a Sessão – Avaliação inicial do utilizador USO;

FASE II – Da 2.^a Sessão à 35.^a Sessão – Sessões teóricas-práticas sobre o autocuidado higiene;

FASE III – 36.^a Sessão – Avaliação final do utilizador USO.

FASE I

Avaliação Inicial do Utilizador USO

1.^a SESSÃO – AVALIAÇÃO INICIAL DO UTILIZADOR USO

Objetivos:

- Proceder à avaliação inicial de enfermagem e avaliação de conhecimentos e experiências;
- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na realização do autocuidado higiene;
- Reconhecer a importância do autocuidado higiene.

Conteúdos:

- Introdução (motivo do acompanhamento);
- Partilha de experiências relativamente ao banho e higiene oral;
- Preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem;
- Definição do horário da intervenção e do material necessário;
- Aplicação da Escala de Lawton e Brody;
- Aplicação da Escala BELS;
- Fim da sessão.

Avaliação: Observação e quantificação de resultados (Escala)

Material: Gabinete e fotocópias dos instrumentos de avaliação de necessidades.

Tempo estipulado: 40 minutos

FASE II

Sessões sobre o autocuidado higiene

2.ª A 12.ª SESSÃO – TREINO DO AUTOCUIDADO HIGIENE

Objetivos:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas no Autocuidado Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral);
 - Reconhecer a importância do Autocuidado Higiene;
 - Reconhecer corretamente os objetos necessários ao Autocuidado Higiene;
 - Reconhecer a sequência prática do Autocuidado Higiene;
 - Identificar estratégias para a prática do Autocuidado Higiene;
 - Treinar o Autocuidado Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral);

Conteúdos:

- Introdução (continuação do acompanhamento);
- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas no Autocuidado Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral);
- Reconhecer a importância do Autocuidado Higiene;
- Reconhecer corretamente os objetos necessários ao Autocuidado Higiene;
- Reconhecer a sequência prática do Autocuidado Higiene;
- Identificar estratégias para a prática do Autocuidado Higiene;
- Treinar o Autocuidado Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral);
- Fim da sessão.

Avaliação: Observação e quantificação de resultados (Grelha de Avaliação da sessão)

Material: WC do GIS, material necessário para o autocuidado higiene (toalhas de banho, gel de banho, champô, esponja, creme hidratante, corta unhas, escova do cabelo, pasta dentífrica, escova de dentes, roupa pessoal limpa, luvas e avental).

Tempo estipulado: 40 minutos

13.ª A 35.ª SESSÃO – SUPERVISÃO DO AUTOCUIDADO HIGIENE

Objetivos:

- Reconhecer e utilizar corretamente os objetos necessários ao Autocuidado de Higiene;
- Reconhecer e aplicar corretamente a sequência prática do Autocuidado de Higiene;
- Identificar estratégias para a prática do Autocuidado de Higiene;
- Treinar o Autocuidado Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral).

Conteúdos:

- Introdução (continuação do acompanhamento);
- Reconhecer e utilizar corretamente os objetos necessários ao Autocuidado Higiene;
- Reconhecer e aplicar corretamente a sequência prática do Autocuidado Higiene;
- Identificar estratégias para a prática do Autocuidado Higiene;
- Treinar o Autocuidado Higiene (cuidados com o corpo e higiene oral);
- Fim da sessão.

Avaliação: Observação e quantificação de resultados (Grelha de Avaliação da sessão)

Material: WC do GIS, material necessário para o autocuidado higiene (toalhas de banho, gel de banho, champô, esponja, creme hidratante, corta unhas, escova do cabelo, pasta dentífrica, escova de dentes, roupa pessoal limpa, luvas e avental).

Tempo estipulado: 40 minutos

FASE III

Monitorização e avaliação da Pessoa Assistida

36.ª SESSÃO – AVALIAÇÃO FINAL DO UTILIZADOR USO

Objetivos:

- Proceder à avaliação final do Utilizador da USO.

Conteúdos:

- Introdução (continuação do acompanhamento);
- Preenchimento da Avaliação Final;
- Aplicação da Escala de Lawton e Brody;
- Aplicação da Escala BELS;
- Fim da sessão.

Avaliação: Observação e quantificação de resultados (Escala)

Material: Gabinete e fotocópias dos instrumentos de avaliação

Tempo estipulado: 40 minutos

8. Impacto previsto do Projeto

Com a implementação desta intervenção os utilizadores USO deverão:

- Melhorar a autonomia no autocuidado higiene (avaliado através dos indicadores da BELS);
- Efetuar autonomamente o autocuidado higiene (avaliado através do registo de presenças e da grelha de observação).

9. Plano de implementação (atividades, cronograma, responsáveis)

O presente programa será implementado de acordo com um plano de sessões e avaliação definidos e apresentados em anexo deste documento e prevê-se a sua replicação ao longo do ano, de acordo com as necessidades detetadas.

10. Acompanhamento e avaliação do projeto

A monitorização e a avaliação dos resultados serão realizadas pela equipa de Enfermagem do GIS mediante observação, aplicação de instrumentos de avaliação e grelhas de observação. Serão também tidos em conta os indicadores de resultado definidos neste documento, através de uma análise estatística. Prevê-se igualmente reuniões semanais com as ajudantes de ocupação para monitorizar a implementação da intervenção.

11. Indicadores/resultados a atingir

Os indicadores de resultados definidos serão analisados estatisticamente, consideramos assim que os principais resultados a atingir serão:

- Manutenção da assiduidade durante as sessões deste programa;
- Melhoria da participação das utentes nas sessões;
- Autonomia do utilizador USO no Autocuidado Higiene.

12. Perspetivas futuras de continuidade do projeto

Prevê-se que o presente programa seja replicado em anos subsequentes, com as devidas alterações e reformulações que se acharem pertinentes, indo de encontro às necessidades reais e interesses dos utilizadores GIS.

13. Condicionantes

As principais condicionantes ao desenvolvimento deste projeto são as seguintes:

- Desestabilização clínica dos utilizadores que condicionem a adesão ao programa;
- Dificuldade de implementação por ocorrências imprevistas;
- Dificuldade na análise estatística da informação obtida.

14. Bibliografia

- AMARAL, A.C. Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental, Loures: Lusociência. 2010
- CORDO, M. – Reabilitação de Pessoas com Doença Mental, Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- Direcção Geral da Saúde (2007). Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde Mental: - Nova concepção, Nova Esperança. Genebra: OMS.
- Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. [Consult. 2013-12-02]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/CIPEVERS%C3%83O2.asp>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Edição Ordem dos Enfermeiros. Depósito Legal nº. 322898/11
- PALHA, F. O Papel das Famílias e das Redes de Apoio Social. Atas do 1º Congresso de reabilitação e inclusão na saúde mental. Coimbra: Almedina Edições. 2008. Depósito Legal nº 285947/08.
- Stuart, G. e Laraia, M. (2001). Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática. 6ª ed. Artmed editora. Portoalegre. ISBN 85-73077-713-1. pp.634-637
- Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência. 6ª ed. Lusociência. Loures. ISBN 978 – 972 – 8930 – 61 – 5.

Anexo III_ Programa de AIVD – Medicação



Irmãs
Hospitaleiras

PROPOSTA DE PROJETO

Atividade Instrumental de Vida Diária – Medicação
GIS – Gabinete Integrado de Serviços
2014

ÍNDICE

1. Descrição projeto/ inovação a desenvolver;
2. Destinatários;
3. Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros e parcerias);
4. Fundamentação/justificação do projeto/diagnóstico;
5. Descrição dos Objetivos do Projeto;
6. Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas;
7. Descrição das Atividades a Desenvolver;
8. Impacto previsto do Projeto;
9. Plano de implementação (atividades, cronograma, responsáveis);
10. Acompanhamento e avaliação do projeto;
11. Indicadores/resultados a atingir;
12. Perspetivas futuras de continuidade do projeto
13. Condicionantes
14. Bibliografia

1. Descrição projeto/ inovação a desenvolver

As evidências afirmam que um dos "principais problemas com que o sistema de saúde se depara é o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde cujas consequências tanto se refletem na morbidade e mortalidade" (...). (Catálogo da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, 2009)

Enquanto prestadores de cuidados de saúde em quem as pessoas confiam no contínuo de cuidados, os enfermeiros encontram-se numa posição única para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão. A prática holística da Enfermagem inclui:

- Avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspectos físicos, mentais, comportamentais, sócio-culturais, ambientais e espirituais);
- Identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão;
- Proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação; e avaliar a adesão ao tratamento.

Foi neste sentido que surgiu a definição do programa de treino intitulado "Atividade Instrumental de Vida Diária – Medicação". Este programa destina-se aos utilizadores da Unidade Sócio-Ocupacional Bento Menni (USO), sendo esta parte integrante de uma resposta comunitária do Gabinete Integrado de Serviços (GIS). Apresentando como objetivo principal: Melhorar a autonomia da gestão do regime terapêutico.

Este programa de treino terá a duração de 6 meses, com sessões individuais, de periodicidade quinzenais e com a duração de aproximadamente 40 min. por sessão, sendo da total responsabilidade da equipa de enfermagem que integra o GIS.

O treino da AIVD – Medicação corresponde a uma das intervenções preconizadas na consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria. Os utilizadores são referenciados para esta consulta de enfermagem através do respetivo terapeuta de referência. Depois da referenciação será realizada uma avaliação inicial de enfermagem e, se reunir os critérios necessários será incluído neste programa. Para a conceção de uma avaliação inicial mais completa foi preconizado a aplicação da escala de Medida de adesão ao Tratamento (MAT) e o questionário de crenças acerca dos fármacos (QCF).

A MAT pretende principal medir especificamente os níveis de adesão dos indivíduos à medicação, incluindo a frequência com que estes ajustam ou alteram as dosagens prescritas pelos médicos e a QCF avalia a crença das pessoas acerca dos medicamentos.

Este programa encontra-se dividido em 3 fases fundamentais: a primeira fase corresponde a uma avaliação inicial, a segunda fase equivale ao treino da gestão do regime terapêutico e na terceira fase será realizada a avaliação final de toda a intervenção.

2. Destinatários

Esta intervenção apresenta como destinatários os utilizadores da USO no qual têm que obedecer aos seguintes pré-requisitos:

Constituem pré-requisitos para inclusão nesta intervenção:

- Estabilização clínica;

- Défices na AIVD – Medicação.

3. Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros e parcerias)

Os recursos humanos afetos a este programa são a equipa de Enfermagem que integra a equipa do GIS. Relativamente aos recursos materiais estes encontram-se descritos ao longo do projecto/programa.

4. Fundamentação/justificação do projeto/diagnóstico

Um dos objetivos da reabilitação consiste na emancipação do utente, procurando criar oportunidades para que pessoas com diagnóstico de doença mental vivam, aprendam e trabalhem em suas próprias comunidades (Stuart e Laraia, 2001). Daí ser necessária assistência por parte das equipas de reabilitação no desenvolvimento das aptidões sociais. (Cordo, 2003).

Segundo Cordo (2003) um dos exemplos de programas facilitadores da reabilitação dos doentes mentais é a preparação para a gestão da medicação.

A adesão é definida, em geral, como sendo “a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde.” (Catálogo da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, 2009, p.31)

Centenas de estudos envolvendo grupos de clientes e tipos de doenças procuraram quantificar e compreender as questões complexas envolvidas no cumprimento de tratamentos prescritos.

Segundo Stuart e Laraia (2001) um estudo com 253 pacientes psiquiátricos que receberam alta hospitalar nos EUA, descreve que mais de metade dos utentes não conhecia o nome e a dosagem dos seus medicamentos psiquiátricos e o motivo pelo que os tomavam, embora tivessem recebido instruções sobre o medicamento tanto em grupo como individualmente durante a hospitalização. Para os autores os resultados sugerem a necessidade de existirem formas mais ativas de educação sobre medicamentos como por exemplo a auto-preparação e a auto-administração supervisionada previamente à autonomia do utente sobre esta.

As implicações da não-adesão ao tratamento são significativas, incluindo o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida e insatisfação dos clientes. Os indivíduos, as famílias e os prestadores de cuidados têm frustrações e aborrecimentos com a não-adesão. Uma folha informativa recente do ICN amplia o conceito de não-adesão, especialmente com terapêuticas a longo prazo, em termos de medicação, fatores que influenciam a adesão e estratégias para a melhoria da adesão. (Catálogo da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, 2009). Utilizando a mesma fonte bibliográfica, os fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico são:

- Baixo estatuto socioeconómico;
- Analfabetismo e baixo nível educacional;
- Desemprego;
- Distância dos centros de tratamento;
- Custo elevado do transporte ou da medicação;
- As características da doença;

- Fatores relacionados com a terapêutica: complexidade e duração do tratamento, efeitos secundários;
- Crenças culturais acerca da doença e do tratamento.

De acordo com o seu mandato social e desempenho de papel na equipa de saúde, são particularmente os enfermeiros quem desenvolvem, com os clientes, planos de gestão de regime terapêutico que, frequentemente, envolvem orientações de diferentes profissionais, terapêutica medicamentosa, modificações no estilo de vida e acompanhamentos que podem ser difíceis para as pessoas e as suas famílias. Decorrente da identificação que os enfermeiros fazem, quanto às dificuldades e constrangimentos, cabe-lhes planejar com as pessoas e famílias para melhorar a adesão, ajudando a integrar os diferentes aspetos do regime terapêutico e constituindo-nos como parceiros e recurso.

Enquanto prestadores de cuidados de saúde em quem as pessoas confiam no contínuo de cuidados, os enfermeiros encontram-se numa posição única para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão. A prática holística da Enfermagem inclui:

- Avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspectos físicos, mentais, comportamentais, sócio-culturais, ambientais e espirituais);
- Identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão;
- Proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação; e avaliar a adesão ao tratamento.

Os enfermeiros, em colaboração com outros prestadores de cuidados de saúde, desempenham um papel importante na otimização da adesão ao tratamento ao nível do indivíduo, da família, da comunidade e do sistema de saúde.

Uma melhor adesão está relacionada com a segurança do doente, traduz-se em melhores resultados de saúde e diminui os custos com os cuidados de saúde. A boa adesão melhora a efetividade das intervenções, promove a saúde e melhora a qualidade de vida e a esperança de vida dos doentes. A boa adesão também tem benefícios económicos para o sistema de cuidados de saúde e para o doente. Não há uma forma única de promover a adesão aos regimes de tratamento. Para melhorar a adesão, têm de combinar-se várias estratégias educativas e comportamentais. As estratégias comportamentais incluem os lembretes e o reforço do comportamento do doente. Além disso, os prestadores de cuidados de saúde podem investigar as preferências dos doentes, simplificando os regimes de dosagem etc.

As estratégias educativas, que melhoram a adesão entre as pessoas com doenças crónicas, incluem a redução do número de medicamentos e da frequência das doses, o facultar de informação acerca dos efeitos secundários esperados e a motivação das pessoas para as alterações no estilo de vida causadas pela terapêutica. (Catálogo da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, 2009)

5. Descrição dos Objetivos do Projeto

Esta intervenção tem o seguinte **objetivo geral**:

- Melhorar a autonomia da gestão do regime terapêutico.

Os **objetivos específicos** são:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão do próprio regime terapêutico;
- Reconhecer a importância de uma correta adesão ao regime terapêutico;
- Identificar estratégias para obter uma gestão do regime terapêutico mais eficiente;
- Preparar autonomamente a sua própria medicação.

Pretende-se que estes momentos de aprendizagem da preparação da medicação não se resumam apenas ao colocar os comprimidos corretamente numa caixa de medicação, mas que vise outros objetivos interligados:

- Estabelecer uma relação de ajuda com o utente;
- Identificar problemas de saúde neste âmbito e noutros;
- Recolher e apreciar dados sobre cada situação que se apresenta;
- Formular diagnósticos de enfermagem;
- Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utilizador que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias;
- Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;
- Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação e resposta do utente.

6. Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas

Este programa disponibiliza um conjunto de atividades que vão de encontro às necessidades, potencialidades, expectativas e objetivos das pessoas que integram a USO.

Tem uma duração de 6 meses e encontra-se estruturado em 12 sessões que incluem:

- 1.ª Sessão – Avaliação inicial do utilizador da USO;
- Da 2.ª Sessão à 11.ª Sessão – Sessões teóricas e práticas sobre a gestão eficaz do regime terapêutico;
- 12.ª Sessão – Avaliação final do utilizador da USO.

De salientar que cada sessão programada terá a duração de aproximadamente 40 min. e serão da total responsabilidade da equipa de enfermagem do GIS. Os utilizadores podem, se necessário, ser novamente integrados num novo programa de treino do regime medicamentoso. Para cada sessão foram definidos os Planos de Sessão e os Planos de Avaliação que se encontram no Anexo I e Anexo II respetivamente.

7. Descrição das Atividades a Desenvolver

A intervenção "Atividade Instrumental de Vida Diária – Medicação" encontra-se estruturada nas seguintes fases:

- **FASE I** – 1.ª Sessão – Avaliação inicial do utilizador da USO;
- **FASE II** – Da 2.ª Sessão à 11.ª Sessão – Sessões teóricas-práticas sobre a gestão eficaz do regime terapêutico;

- **FASE III – 12.ª Sessão – Avaliação final do utilizador da USO.**

FASE I

Avaliação Inicial do Utilizador da USO

1.ª SESSÃO – AVALIAÇÃO INICIAL DO UTILIZADOR DA USO

Objetivo:

- Proceder à avaliação inicial de enfermagem e avaliação de conhecimentos e crenças;
- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão do próprio regime terapêutico
- Reconhecer a importância de uma correta adesão ao regime terapêutico;

Conteúdos:

- Introdução (motivo do acompanhamento);
- Partilha de experiências relativa à gestão do seu próprio regime terapêutico;
- Preenchimento da Avaliação Inicial, do instrumento de avaliação de necessidades MAT, Questionário de Crenças acerca dos Fármacos (QCF) e da Grelha de observação da sessão;
- Definição do horário da intervenção e do material necessário;
- Solicitar o guia terapêutico prescrito para a próxima sessão;
- Fim da sessão.

Avaliação: Observação e quantificação de resultados (Escala) e registo de presenças.

Material: Gabinete do GIS e fotocópias dos instrumentos de avaliação de necessidades.

Tempo estipulado: 40 minutos

FASE II

Sessões teóricas-práticas sobre a gestão eficaz do regime terapêutico;

2.ª À 6.ª SESSÃO- SESSÕES TEÓRICAS-PRÁTICAS SOBRE A GESTÃO EFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO

Objetivos:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão do próprio regime terapêutico;
- Reconhecer a importância de uma correta adesão ao regime terapêutico;
- Preencher guia terapêutico;
- Identificar estratégias para obter uma gestão do regime terapêutico mais eficiente;
- Ensinar os utilizadores da USO a preparar a sua própria medicação;
- Treinar os utilizadores da USO a preparar a sua própria medicação (com supervisão).

Conteúdos:

- Introdução (continuação do acompanhamento);
- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na gestão do regime terapêutico;
- Explorar os conhecimentos e crenças do utilizador;
- Reconhecer a importância da gestão do regime terapêutico;
- Identificar estratégias para uma correta gestão do regime terapêutico;
- Estimular a preparação da caixa da medicação;

- Treinar a preparação da caixa da medicação, com supervisão.
- Fim da sessão.

Avaliação: Observação e quantificação de resultados (Grelha de Avaliação da sessão) registo de presenças.

Material: Gabinete GIS, caixa de preparação de medicação semana, guia terapêutico, caneta para preencher o guia terapêutico, fotocópia da grelha de avaliação da sessão.

Tempo estipulado: 40 minutos

7.ª À 11ª SESSÃO- SESSÕES PRÁTICAS SOBRE A GESTÃO EFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO

Objetivos:

- Identificar estratégias para obter uma gestão do regime terapêutico mais eficiente;
- Treinar os utilizadores da USO a preparar a sua própria medicação

Conteúdos:

- Introdução (continuação do acompanhamento);
- Identificar estratégias para uma correta gestão do regime terapêutico;
- Estimular a preparação da caixa da medicação;
- Treinar a preparação da caixa da medicação, apenas vigiar a preparação
- Fim da sessão.

Avaliação: Observação e quantificação de resultados (Grelha de Avaliação da sessão) registo de presenças.

Material: Gabinete GIS, caixa de preparação de medicação semana, guia terapêutico preenchido, fotocópia da grelha de avaliação da sessão.

Tempo estipulado: 40 minutos

FASE III

- Avaliação final do utilizador da USO.

12.ª SESSÃO – AVALIAÇÃO FINAL DO UTILIZADOR DA USO

Objetivo:

- Avaliação final do Utilizador da USO

Conteúdos:

- Introdução (continuação do acompanhamento);
- Preenchimento da Avaliação Final: instrumento de avaliação MAT
- Fim da sessão.

Avaliação: Observação e quantificação de resultados (Escala) registo de presenças.

Material: Gabinete GIS e fotocópias dos instrumentos de avaliação de necessidades.

Tempo estipulado: 40 minutos

8. Impacto previsto do Projeto

Com a implementação desta intervenção os utilizadores da USO deverão:

- Aumentar a autonomia na gestão do regime terapêutico;
- Executar autonomamente a preparação da caixa de medicação semanal.
- Aumentar adesão...

9. Plano de implementação (atividades, cronograma, responsáveis)

O presente programa será implementado de acordo com um plano de sessões e avaliação definidos e apresentados em anexo deste documento, prevendo-se a sua replicação ao longo do ano, de acordo com as necessidades detetadas.

10. Acompanhamento e avaliação do projeto

A monitorização e a avaliação dos resultados serão realizadas pela equipa de Enfermagem da GIS mediante observação, aplicação de instrumentos de avaliação e grelhas de observação. Serão também tidos em conta os indicadores de resultado definidos neste documento, através de uma análise estatística.

11. Indicadores/resultados a atingir

Os indicadores de resultados definidos serão analisados estatisticamente, consideramos assim que os principais resultados a atingir serão:

- Manutenção da assiduidade durante as sessões deste programa (Medido através do registo de presenças);
- Melhoria da participação das utentes nas sessões (medido através da grelha de observação);
- Melhorar a adesão ao regime terapêutico (Medido através da MAT).

12. Perspetivas futuras de continuidade do projeto

Prevê-se que o presente programa seja replicado em anos subsequentes, com as devidas alterações e reformulações que se acharem pertinentes, indo de encontro às necessidades reais e interesses dos utilizadores da USO.

13. Condicionantes

As principais condicionantes ao desenvolvimento deste projeto são as seguintes:

- Desestabilização clínica dos utilizadores que condicionem a adesão ao programa;
- Dificuldade de implementação por ocorrências imprevistas;
- Dificuldade na análise estatística da informação obtida.

14. Bibliografia

- AMARAL, A.C. Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental, Loures: Lusociência. 2010
- CORDO, M. – Reabilitação de Pessoas com Doença Mental, Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. [Consult. 2013-10-03]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/CIPEVERS%C3%83O2.aspx>.
- Stuart, G. e Laraia, M. (2001). Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática. 6ª ed. Artmed editora. Portoalegre. ISBN 85-73077-713-1. pp.634-637

- Ordem dos Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) – do original «Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue». Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Depósito Legal: 289859/09
- Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência. 6ª ed. Lusociência. Loures. ISBN 978 – 972 – 8930 – 61 – 5.

Anexo IV_ Programa de Educação para a Saúde



Irmãs
Hospitaleiras

PROPOSTA DE PROJETO

Educação para a Saúde

GIS – Gabinete Integrado de Serviços

2014

ÍNDICE

1. Descrição projeto/inação a desenvolver;
2. Destinatários;
3. Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros e parcerias);
4. Fundamentação/justificação do projeto/diagnóstico;
5. Descrição dos Objetivos do Projeto;
6. Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas;
7. Descrição das Atividades a Desenvolver;
8. Impacto previsto do Projeto;
9. Plano de implementação (atividades, cronograma, responsáveis);
10. Acompanhamento e avaliação do projeto;
11. Indicadores/resultados a atingir;
12. Perspetivas futuras de continuidade do projeto
13. Condicionantes
14. Bibliografia

1. Descrição projeto/ inovação a desenvolver

O presente programa intitula-se de “Educação Para a Saúde” e é resultante de uma observação constante da prática clínica em que os défices a este nível são constantemente visualizados. O Objetivo da Educação Para a Saúde (EPS), pela primeira vez expresso na Carta de Ottawa no conceito de promoção da saúde, é o “processo de capacitação das pessoas para aumentar o conhecimento sobre a saúde e a melhorar” (WHO, 1986). Como consequência, a tarefa da EPS é ajudar as pessoas a identificar e auto-dirigir os fatores que aumentam o seu controlo pessoal sobre a saúde, dentro do contexto das suas vidas do dia-a-dia.

Para implementar o presente programa será utilizado o programa denominado “Viver em Equilíbrio” (criado pelo Laboratório Norte Americano Lilly). Este programa foi desenhado com o objetivo de ajudar as pessoas a adquirirem hábitos de vida saudável, sendo este o principal objetivo desta intervenção. A EPS para pessoas portadoras de doença mental é fulcral visto que as mesmas têm tendência a apresentar um aumento do peso significativo inerente de más práticas alimentares e de um estilo de vida sedentário.

Este programa apresenta como população-alvo os utilizadores da Unidade Sócio-Ocupacional (USO), com a modalidade de sessões em grupo (no máximo 15 utilizadores) realizadas quinzenalmente à quarta-feira de manhã entre as 9h30 e as 11h30.

A Educação Para a Saúde corresponde a uma das intervenções preconizadas na consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria. Os utilizadores são referenciados para esta consulta de enfermagem através do respetivo terapeuta de referência. Depois da referenciação será realizada uma avaliação inicial de enfermagem e, se reunir os critérios necessários será incluído neste programa. Para a conceção de uma avaliação inicial mais completa foi preconizado a aplicação de instrumentos de avaliação incluídos no programa “Viver em Equilíbrio”.

Destinatários

Esta intervenção apresenta como destinatários os utilizadores da USO no qual têm que obedecer aos seguintes pré-requisitos:

Constituem pré-requisitos para inclusão nesta intervenção:

- Estabilização clínica;
- Risco acrescido de aumento de peso.

2. Recursos necessários (humanos, materiais, financeiros e parcerias)

Os recursos humanos afetos a este programa são a equipa de Enfermagem que integra a equipa do GIS. Relativamente aos recursos materiais estes encontram-se descritos ao longo do projecto/programa.

3. Fundamentação/justificação do projeto/diagnóstico

A promoção da Saúde é reconhecida pela Carta de Ottawa (WHO, 1986) como um processo que “(...) visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a saúde, no sentido de a melhorar.” Nesta perspetiva, a pessoa ou grupo deve ser capaz de

identificar, satisfazer as suas necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio de forma a atingir o bem-estar físico, mental e social.

Como consequência, a tarefa da educação para a saúde é ajudar as pessoas a identificar e auto-dirigir os fatores que aumentam o seu controlo pessoal sobre a saúde, dentro do contexto das suas vidas do dia-a-dia. Nutbeam (1996) argumenta que nestes processos de capacitação é necessário focarmo-nos nos resultados da promoção da saúde, o que significa colocar a ênfase nos fatores pessoais, sociais e estruturais que determinam a saúde e podem ser modificados.

Para Tones e Telford, a EPS é “(...) toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença”, originando mudanças no conhecimento, compreensão e nas formas de pensar (cit in Carvalho & Carvalho, 2006, p.25). De acordo com estes autores, a EPS pode influenciar ou clarificar valores, propiciar mudanças de convicções e atitudes, facultar a aquisição de saberes, conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida. Na perspetiva de Amorim, a EPS deve constituir “(...) um processo interactivo, reconhecido e aceite pela comunidade (...)” atribuindo responsabilidades na determinação da saúde e qualidade de vida (cit in Carvalho & Carvalho, 2006, p.23).

London, Rankin, *et al.* (2005) definem “Educação do Cliente” com um “processo de influenciar e produzir alterações no conhecimento, atitudes e capacidades necessárias para manter ou melhorar a saúde. É um processo holístico com o objetivo de mudar o comportamento de um doente para beneficiar o seu status de saúde.” (cit in Townsend 2011, p.374). O trabalho de saúde pública e a prevenção primária começavam a ter maior peso e estava a ser enfatizada a importância do ensino da saúde nestas facetas de enfermagem. No **Quadro 1** são expostos alguns dos modelos de enfermagem e o seu foco na educação do cliente.

No século XIX, a educação do cliente ministrada pelos enfermeiros focava-se no tema do saneamento, limpeza e cuidado dos doentes. No entanto, no início do século XX, os enfermeiros educadores ainda expressavam alguma preocupação por estarem ausentes das escolas de enfermagem currículos que tratassem da EPS.

Na última parte do século XX, o foco alterou-se do tratamento da doença para a prevenção da mesma e manutenção da saúde. Os internamentos hospitalares tornaram-se mais curtos e a necessidade de EPS aumentou de modo a preparar os clientes para a recuperação no seu domicílio. Os enfermeiros encontram-se numa posição dominante para proporcionar este conhecimento a nível individual, familiar, a pequenos grupos e a nível da comunidade. É seu dever fazê-lo. (Townsend, 2011)

Modelo Conceptual	Foco da Educação do Cliente
Peplau	A enfermagem é definida como um processo interpessoal. A enfermagem é instrumento educativo, uma força de aperfeiçoamento que tem como objetivo promover o movimento da personalidade na direção de uma vivência criativa, construtiva, produtiva, pessoal e em comunidade
Orem	O sistema de enfermagem apoio-educação é um sistema no qual o cliente é capaz de atuar ou consegue e deve aprender a realizar as medidas necessárias para o auto-cuidado terapêutico mas não pode fazê-lo sem assistência. As técnicas de ajuda incluem apoio, orientação, provisão de um ambiente de desenvolvimento e ensino.

Neuman	A enfermagem preocupa-se com a pessoa com um todo. A enfermagem pode intervir na resposta de um cliente ao stress em três níveis: prevenção primária, secundária e terciária. A educação do cliente é uma intervenção de enfermagem aos três níveis, que têm como objetivo a obtenção, manutenção ou recuperação do máximo bem-estar.
Hendersen	A enfermagem é um processo interpessoal. O enfermeiro assiste o indivíduo na aprendizagem, descoberta ou satisfação da curiosidade que leva ao normal desenvolvimento e saúde. Os clientes aprendem através de exemplos que o enfermeiro dá a através das respostas que o enfermeiro confere às suas perguntas.
Johnson	A prática de enfermagem tem como objetivo a recuperação, manutenção ou obtenção de um equilíbrio do sistema comportamental ao nível mais alto possível. Os enfermeiros intervêm para mudar os elementos comportamentais através da instrução ou aconselhamento e adicionando opções através do ensino de novas competências.
Orlando	A enfermagem é um processo interpessoal. As atividades de enfermagem incluem instruções, sugestões, direções, explicações, informação, pedidos e questões dirigidas ao cliente; tomar decisões pelo cliente; lidar com o corpo do cliente; administrar medicações ou tratamentos e alterar o ambiente direto do cliente.

Fonte Bibliográfica: (Townsend, 2011, p. 374)

Quadro 1 _ Foco da Educação do Cliente dentro dos Modelos Conceptuais de Enfermagem

4. Descrição dos Objetivos do Projeto

Esta intervenção tem o seguinte **objetivo geral**:

- Melhorar hábitos de vida

Os **objetivos específicos** são:

- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na prática de uma alimentação equilibrada;
- Reconhecer a importância de uma correta alimentação;
- Identificar estratégias para realizar uma alimentação equilibrada;
- Identificar as vantagens e as dificuldades sentidas na prática de exercício físico;
- Reconhecer a importância da prática de exercício físico;
- Identificar estratégias para a realização de exercício físico.

5. Estratégias de intervenção e metodologias utilizadas

Este programa disponibiliza um conjunto de atividades que vão de encontro às necessidades, potencialidades, expectativas e objetivos das pessoas que integram a USO.

Tem uma duração de 12 meses e encontra-se estruturado em 12 sessões que incluem:

- Sessão 0 – Avaliação inicial do utilizador da USO;
- Da 2.^a Sessão à 11.^a Sessão – Sessões sobre alimentação equilibrada e exercício físico;
- 12.^a Sessão – Avaliação final do utilizador da USO.

De salientar que cada sessão programada terá a duração de aproximadamente 2 horas e serão da total responsabilidade da equipa de enfermagem do GIS. Os utilizadores podem, se necessário, ser novamente integrados num novo programa de EPS “Viver em Equilíbrio” ou podem sugerir novas temáticas para a realizar de outros programas de EPS.

6. Descrição das Atividades a Desenvolver

O programa de EPS “Viver em Equilíbrio” encontra-se estruturado nas seguintes fases:

- **FASE I** - Sessão 0 – Avaliação inicial do utilizador da USO;

- **FASE II** - Da 2.^a Sessão à 11.^a Sessão – Sessões sobre alimentação equilibrada e exercício físico;
- **FASE III** – 12.^a Sessão – Avaliação final do utilizador da USO.

FASE I

Avaliação Inicial do Utilizador da USO

SESSÃO 0 – AVALIAÇÃO INICIAL DO UTILIZADOR DA USO

Objetivo:

- Apresentar o programa, as sessões e todos os utilizadores;
- Reconhecer a importância de uma alimentação equilibrada;
- Definir o conceito de bem-estar.

Conteúdos:

- Introdução ao programa;
- Preenchimento da “Ficha do Facilitador”;
- Pré – teste de nutrição;
- Definição do horário da intervenção e do material necessário;
- Fim da sessão.

Avaliação: Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

Material: Gabinete do GIS e fotocópias dos instrumentos de avaliação de necessidades.

Tempo estipulado: 60 minutos

FASE II

Sessões do programa “Viver em Equilíbrio”

1.^a SESSÃO- IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO PARA UMA VIDA SAUDÁVEL

Objetivos:

- Preencher inquérito da “Qualidade de Vida”;
- Definir o conceito de bem-estar;
- Reconhecer a importância da alimentação para uma vida saudável;
- Preencher a ficha de “Monitorização da atividade”;
- Definir o conceito de Vida Saudável.

Conteúdos:

- Introdução à sessão;
- Explorar os conhecimentos e crenças do utilizador;
- Reconhecer a importância de uma alimentação para uma vida saudável;
- Identificar estratégias para uma correta gestão do regime terapêutico;
- Explorar os conceitos de “bem-estar” e “vida saudável”;
- Fim da sessão.

Avaliação: Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

Material: Sala de formação do GIS.

Tempo estipulado: 60 minutos

2.^a SESSÃO- ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO

Objetivos:

- Estabelecer a relação entre atividade física e alimentação;
- Debater a interação entre o exercício físico e alimentação;
- Caracterizar os vários tipos de alimentação;
- Compreender a importância da atividade física para uma vida saudável.

Conteúdos:

- Introdução à sessão;
- Aplicação do Pré-teste sobre os conhecimentos da atividade física;
- Explicação, através de exemplos, sobre os vários tipos de alimentação e os benefícios do exercício físico;
- Fim da sessão.

Avaliação: Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

Material: Sala de formação do GIS.

Tempo estipulado: 60 minutos

3.ª SESSÃO- ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO**Objetivos:**

- Reconhecer a importância da água para o bom funcionamento do organismo;
- Definir estratégias para melhorar os hábitos alimentares;
- Definir estratégias para controlar o apetite;
- Monitorizar a frequência cardíaca;

Conteúdos:

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

Avaliação: Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

Material: Sala de formação do GIS.

Tempo estipulado: 60 minutos

4.ª SESSÃO- EXERCÍCIO FÍSICO**Objetivos:**

- Definir: exercício cardiovascular, de flexibilidade e de fortalecimento;
- Controlar a frequência cardíaca;

Conteúdos:

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

Avaliação: Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

Material: Sala de formação do GIS.

Tempo estipulado: 60 minutos

5.ª SESSÃO- EXERCÍCIO FÍSICO - FASES

Objetivos:

- Definir as diferentes fases do exercício físico: aquecimento, exercício e arrefecimento;

Conteúdos:

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

Avaliação: Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

Material: Sala de formação do GIS.

Tempo estipulado: 60 minutos

6.ª SESSÃO- EXERCÍCIO FÍSICO – RECURSOS DA COMUNIDADE

Objetivos:

- Desenvolver sistemas de apoio para manter estilos de vida saudáveis;
- Identificar os recursos disponíveis na comunidade;

Conteúdos:

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

Avaliação: Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

Material: Sala de formação do GIS.

Tempo estipulado: 60 minutos

7.ª SESSÃO- PIRÂMIDE DE ALIMENTOS

Objetivos:

- Caracterizar os alimentos;
- Definir porções de alimentos;

Conteúdos:

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

Avaliação: Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

Material: Sala de formação do GIS.

Tempo estipulado: 60 minutos

8.ª SESSÃO- PLANEAMENTO DE UMA REFEIÇÃO

Objetivos:

- Planear a confeção de uma refeição;
- Elaborar a refeição escolhida;

Conteúdos:

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

Avaliação: Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

Material: Sala de formação e a cozinha do GIS.

Tempo estipulado: 60 minutos

9.ª SESSÃO- EXERCÍCIO FÍSICO – AULA PRÁTICA**Objetivos:**

- Executar diferentes exercícios físicos;

Conteúdos:

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

Avaliação: Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

Material: Sala de formação do GIS, ginásio da Casa de Saúde do Bom Jesus.

Tempo estipulado: 60 minutos

10.ª SESSÃO- REFORÇO MOTIVACIONAL**Objetivos:**

- Definir estratégias para manter uma alimentação equilibrada;
- Definir estratégias para manter a prática regular de exercício físico;

Conteúdos:

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

Avaliação: Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

Material: Sala de formação do GIS.

Tempo estipulado: 60 minutos

11.ª SESSÃO- “VIVER EM EQUILÍBRIO” – EVOLUÇÃO**Objetivos:**

- Aplicar o questionário de “Qualidade de Vida”;
- Monitorizar os pontos positivos e negativos de todo o programa;

Conteúdos:

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;

- Fim da sessão.

Avaliação: Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

Material: Sala de formação do GIS.

Tempo estipulado: 60 minutos

FASE III

- Avaliação final do utilizador da USO.

12.ª SESSÃO – AVALIAÇÃO FINAL DO UTILIZADOR DA USO

Objetivo:

- Realizar um panfleto alusivo aos vários temas abordados durante as sessões.

Conteúdos:

- Introdução à sessão;
- Definição dos conceitos mencionados nos objetivos através de: exemplos práticos, vídeos informativos e troca de opiniões;
- Fim da sessão.

Avaliação: Utilizar os instrumentos de avaliação definidos no programa “Viver em Equilíbrio”.

Material: Sala de formação do GIS.

Tempo estipulado: 60 minutos

7. Impacto previsto do Projeto

Com a implementação desta intervenção os utilizadores da USO deverão:

- Aumentar adesão a uma alimentação equilibrada;
- Praticar exercício físico regular (Avaliados de acordo com o procedimento do programa “Viver em Equilíbrio”).

8. Plano de implementação (atividades, cronograma, responsáveis)

O presente programa será implementado de acordo com o manual “Viver em Equilíbrio” prevendo-se a sua replicação ao longo do ano, de acordo com as necessidades detetadas.

9. Acompanhamento e avaliação do projeto

A monitorização e a avaliação dos resultados serão realizadas pela equipa de Enfermagem da GIS mediante observação, aplicação de instrumentos de avaliação e grelhas de observação. Serão também tidos em conta os indicadores de resultado definidos neste documento, através de uma análise estatística.

10. Indicadores/resultados a atingir

Os indicadores de resultados definidos serão analisados estatisticamente, consideramos assim que os principais resultados a atingir serão:

- Manutenção da assiduidade durante as sessões deste programa;
- Melhoria da participação das utentes nas sessões;
- Melhoria de hábitos de vida;
- Melhoria da qualidade de vida.

(Avaliados de acordo com o procedimento do programa “Viver em Equilíbrio”).

11. Perspetivas futuras de continuidade do projeto

Prevê-se que o presente programa seja replicado em anos subsequentes, com as devidas alterações e reformulações que se acharem pertinentes, indo de encontro às necessidades reais e interesses dos utilizadores da USO.

12. Condicionantes

As principais condicionantes ao desenvolvimento deste projeto são as seguintes:

- Desestabilização clínica dos utilizadores que condicionem a adesão ao programa;
- Dificuldade de implementação por ocorrências imprevistas;
- Dificuldade na análise estatística da informação obtida.

13. Bibliografia

- AMARAL, A.C. Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental, Loures: Lusociência. 2010
- CORDO, M. – Reabilitação de Pessoas com Doença Mental, Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- Manual “Viver em Equilíbrio”
- Nutbeam, D. (1996). Achieving ‘best practice’ in health promotion: improving the fit between research and practice. *Health Education Research*, 11 (4), pp. 317-325.
- Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. [Consult. 2013-12-03]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/CIPEVERS%C3%83O2.aspx>.
- Stuart, G. e Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática*. 6ª ed. Artmed editora. Portoalegre. ISBN 85-73077-713-1. pp.634-637
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. 6ª ed. Lusociência. Loures. ISBN 978 – 972 – 8930 – 61 – 5.
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization (WHO/HPR/HEP/95.1).

Anexo V_ Panfleto Informativo sobre a Consulta de Enfermagem



Gabinete Integrado de Serviços
Saúde Mental

Consulta de Enfermagem



Rua Bernardo Sequeira, n.º 10
S. Vitor - 4710-358 Braga

Telefone 253 061 971 • Telemóvel 96 168 77 59
Fax 253 203 009

gis.csbj@irmashospitaleiras.pt
www.gis.org.pt



Objetivo Geral

Prestação de cuidados de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria.

Objetivos Específicos

- Identificar necessidades e diagnósticos de enfermagem dos utilizadores da USO;
- Planear intervenções adequadas a cada utilizador;
- Colaborar na construção do Plano Individual de Intervenção;
- Desenvolver competências a nível da AIVD - Medicação;
- Desenvolver competências a nível da AVD - higiene;
- Desenvolver hábitos e rotinas saudáveis;
- Implementar intervenções psicoeducativas no âmbito do reconhecimento precoce de situação de crise;
- Realizar Psicoeducação a utilizadores e familiares/cuidadores.

Destinatários

Utilizadores da Unidade Sócio-Ocupacional (USO)

Horário

Quarta-feira das 9h30 às 12h30



Anexo VIII – Estudo de Caso



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

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

ESTUDO DE CASO

Carla Sofia Morais Azevedo

Porto, fevereiro de 2014



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

ESTUDO DE CASO

Módulo III – Módulo III - Desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria (SMP) – Pedopsiquiatria, Psicogerontologia e Gerontopsiquiatria, Equipas de Psiquiatria Comunitária, Reabilitação e Reinserção (pessoas com problemas de adição e outros)

**Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental – ConSentido –
Casa de Saúde do Bom Jesus**

Aluno: Carla Sofia Morais Azevedo (n.º361612006)

Sob orientação de: Prof.^a Aida Maria da Silva Fernandes

Porto, fevereiro de 2014

SIGLAS

AVD – Atividade de Vida Diária

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSBJ – Casa de Saúde do Bom Jesus

GIS – Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental

MESMP - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Nap - Neuroléptico de acção prolongada

PII - Plano Individual de Intervenção

UCP – Universidade Católica Portuguesa

USO - Unidade Sócio-Ocupacional Bento Menni

Índice

0 – Introdução	297
1 – Estudo de Caso	299
1.1 - Dados da Ficha de Referenciação	299
1.2 - Enquadramento Teórico.....	300
1.3. Processo de Enfermagem	300
1.3.1. Fase I _ Apreciação	301
1.3.2. Fase II _ Diagnóstico	309
1.3.3. Fase III _ Identificação dos Resultados.....	309
1.3.4. Fase IV _ Planeamento	310
1.3.5. Fase V _ Implementação	312
1.3.6 Fase VI _ Avaliação	313
2 – Conclusão.....	313
3- Referências Bibliográficas.....	314

0 – Introdução

O presente Estudo de Caso foi elaborado no âmbito do V Curso do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP), no Instituto de Ciências da Saúde do Porto, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), estando enquadrado na Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, nomeadamente ao Módulo III - Desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria (SMP) – Pedopsiquiatria, Psicogerontologia e Gerontopsiquiatria, Equipas de Psiquiatria Comunitária, Reabilitação e Reinserção (pessoas com problemas de adição e outros), realizado no Gabinete Integrado de Serviços em Saúde Mental (GIS), mais particularmente no Apoio Domiciliário - ConSentido, na Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ) em Braga, no período de 25 de Novembro de 2013 a 01 de Fevereiro de 2014, sob orientação da Professora Aida Fernandes e da Tutoria do Enfermeira Ana Paula Palmeira.

Segundo Fortin (1999) um estudo de caso consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social (indivíduo, família, grupo). Considero que a realização do presente estudo de caso possibilita uma aprendizagem e um conhecimento mais aprofundado e específico relativamente ao utente em questão. Penso que me levará a refletir sobre o planeamento e concepção de cuidados e o processo de tomada de decisão, desenvolvendo deste modo as minhas capacidades cognitivas, crítica e reflexiva.

O estudo de caso refere-se ao Sr. G.A. de 50 anos, portador de doença mental, nomeadamente esquizofrenia, que é acompanhado pela equipa do apoio domiciliário – ConSentido. A escolha do Sr. G.A. para desenvolver o presente estudo de caso, prendeu-se principalmente, pela relação empática e de confiança que pude estabelecer com este utente ao longo das visitas domiciliárias. Após um diálogo com o utente, este deu-me autorização para ser objeto de estudo deste trabalho. Neste caso concreto trata-se da intervenção em contexto de domicílio, tendo como particular atenção a perspectiva global do utente, desde a sua história de vida, condição actual e perspectivas futuras. Torna-se assim importante saber como lidar com a patologia de modo a ajudar a pessoa/ família a ultrapassar dificuldades relacionadas com a mesma.

Com a realização do presente estudo de caso, pretendo desenvolver as minhas competências e capacidades pessoais, nomeadamente comunicacionais e de empatia com o intuito de estabelecer uma relação terapêutica com o utente, profissionais, potenciando a minha formação como futura enfermeira especialista e dando resposta a uma intervenção planeada no projeto de estágio para este o módulo III.

Os objetivos delineados para o estudo de caso são:

- Aprofundar conhecimentos sobre a Patologia Esquizofrenia;
- Aprofundar os conhecimentos relativamente à história clínica do utente;
- Saber realizar uma avaliação psiquiátrica eficazmente;
- Identificar o impacto da patologia na dinâmica relacional e social deste utente;
- Realizar um plano de cuidados adequado ao estado do utente, para desta forma, poder aplicar as intervenções planeadas, de maneira a colmatar as necessidades identificadas;
- Organizar e interpretar todos os dados colhidos inerentes a este utente;
- Percepcionar o utente como um todo com necessidades fundamentais de ordem biopsicossocial, cultural e espiritual;
- Aplicar competências relacionais;
- Contribuir como instrumento de avaliação;
- Realizar um percurso de aprendizagem centrado na auto-responsabilização.

As metodologias adotadas na elaboração deste trabalho foram do tipo descritiva, ao relatar de forma escrita o caso do Sr. G.A. e os cuidados a ele prestados durante o tempo que o acompanhei no apoio domiciliário; na observação direta do estado geral do utente; na entrevista, utilizada como instrumento de obtenção dos dados indispensáveis para a elaboração da avaliação do utente; a pesquisa de dados contidos no do processo do utente, à sua avaliação inicial de enfermagem, registos do diário de intervenção, nomeadamente os de enfermagem, folha de terapêutica, entre outros, permitiram-me obter um vasto leque de informações sobre o utente em estudo; e ainda pesquisas bibliográficas e cibernéticas pertinentes;

Para uma mais fácil compreensão, este trabalho foi estruturado em três partes. A presente introdução, onde é realizada uma retrospectiva dos temas a abordar neste estudo de caso, qual a metodologia utilizada e os objetivos que pretendo atingir. Segue-se o corpo do trabalho com o único capítulo intitulado “Estudo de Caso”, em que contempla vários itens nomeadamente, a História Clínica do utente em estudo, o Enquadramento Teórico com definição de alguns conceitos pertinentes à temática e o Processo de Enfermagem que descreve todas as suas fases que foram implementadas para a realização do presente estudo de caso. Termina com umas considerações finais ao estudo de caso, em que apresento uma breve síntese da análise dos resultados obtidos com a minha intervenção junto deste utente assim como dos ganhos individuais obtidos e as referências Bibliográficas utilizadas.

1 – Estudo de Caso

Todo o processo de investigação, mais simples ou mais complexo, assenta em princípios metodológicos, que asseguram o seu carácter científico. De acordo com a Fortin (1999, p. 164). “... o estudo de caso consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização”. O estudo de caso é, normalmente, de natureza qualitativa, naturalística ou interpretativa mas também podem fazer uso de metodologias quantitativas com uma articulação entre ambas, contudo deveria ser sempre baseado num quadro teórico, mesmo que o objectivo de estudo seja desenvolver ou verificar uma teoria.

O presente estudo de caso foi desenvolvido no Gabinete Integrado de Serviços (GIS) em particular na resposta comunitária do apoio domiciliário, designa-de por ConSentido. Este serviço corresponde a uma unidade móvel de apoio domiciliário integrado em saúde mental que faz o acompanhamento de pessoas com doença mental nos seus domicílios. Acompanha, neste momento, cerca de 50 pessoas que apresentam como principais necessidades a fraca adesão ao regime terapêutica e restantes AIVD's, isolamento social marcado e falta de atividades ocupacionais estruturadas.

Através destas visitas domiciliárias que o enfermeiro conhece e reconhece as reais necessidades que as pessoas e os seus cuidadores apresentam. De facto, é no domicílio, que temos a demonstração das verdadeiras necessidades e das dificuldades que as pessoas apresentam e que, muitas vezes não pedem ajuda a profissionais qualificados o que compromete todo o processo de reabilitação psicossocial. No cuidar em contexto domiciliário o enfermeiro deve ter uma perceção clara do seu real papel, bem como das competências enquanto profissional. Deve conhecer, não apenas a pessoa e o modo como a patologia a afeta a si e à sua família, deve estar consciente do domínio/vivência que o cuidador tem da situação, a mudança no estado de saúde da família, a tensão da relação entre o cuidador e a pessoa, a restrição da atividade social e a exaustão relacionada com a prestação de cuidados. Deve ainda ter presente os valores e as crenças da família e ser capaz de articular o tipo de recursos/ajudas que podem ser mobilizadas.

Faz parte integrante deste estágio realizar um estudo de caso. E através deste consegui dar resposta ao objetivo específico “ Prestar cuidados de enfermagem individualizados aos utentes do apoio domiciliário – “ConSentido””. E consequentemente responder ao objetivo geral nº2 que enfatiza o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Saúde Mental e Psiquiatria.

Para melhor compreensão, este estudo de caso, foi dividido do seguinte modo: dados da ficha de referênciação, enquadramento teórico e o processo de enfermagem.

1.1 - *Dados da Ficha de Referênciação*

A pessoa alvo deste estudo de caso chama-se G. A., tem 50 anos, é do sexo masculino, divorciado e é reformado por incapacidade 2º ciclo. É acompanhado pela equipa do ConSentido desde 2009 tendo sido encaminhado através da assistente social do último

internamento que teve. Apresentava como principais défices: autonomia nas avd's e aivd's assim como evidência de interação social deficitária.

Este senhor vive sozinho num apartamento arrendado no centro da cidade de Braga e não apresenta nenhum apoio familiar. Sabe-se que tem familiares no Alentejo, de onde é natural, mas que não mantém qualquer tipo de relação afectiva.

1.2 - Enquadramento Teórico

O utente G.A. tem como diagnóstico médico “Esquizofrenia Paranóide”. A Esquizofrenia “*é uma doença de personalidade total que afecta a zona central do eu e altera toda a estrutura vivencial*” (Marques-Teixeira, 2007).

Os psicopatológicos do final do século XIX e início do século XX identificam quatro subtipos de Esquizofrenia sendo, a forma paranoide, a catatónica, a hebefrénica e a simples (Dalgadarrondo, 2008). Segundo o mesmo autor, a Esquizofrenia Paranóide caracteriza-se por alucinações e ideias delirantes principalmente de conteúdo persecutório. Esta patologia encerra em si o estereótipo do louco e do doente psiquiátrico e ainda existe um grande estigma sobre ela. “*Os doentes com esquizofrenia ocupam 25% das camas em Psiquiatria e representam 50% dos internamentos*” (Harrison, P.; Geddes, J. e Sharpe, M., 2006). É hoje encarada não como doença, no sentido clássico do termo, mas sim como um transtorno mental, podendo atingir pessoas de quaisquer idade, género, raça, classes sociais e país. Segundo estudos da OMS atinge cerca de 1% da população mundial.

A sua etiologia não é totalmente conhecida, mas supõe-se que as duas principais causas etiológicas sejam a alteração da dopamina (excesso de actividade neuronal dependente da dopamina no cérebro que pode estar relacionada à maior produção ou libertação da substância em terminais nervosos, maior susceptibilidade dos receptores ou menor actividade dos antagonistas da dopamina) e a hereditariedade.

Esta psicose manifesta-se em regra em jovens adultos e caracteriza-se por uma coexistência de sintomatologia positiva (novos sintomas ou sinais), como 8s (normalmente persecutórios), alucinações (normalmente visuais e na 3ª pessoa), pensamento e discurso desorganizado e sintomatologia negativa (perda de uma função), como embotamento da afectividade, pobreza de discurso, avolição, dificuldade no pensamento abstracto, falta de espontaneidade, entre outros.

O tratamento da esquizofrenia apresenta duas frentes: as intervenções farmacológicas, que reduzem ou eliminam sintomas psicóticos, sendo os fármacos mais utilizados os antipsicóticos, os estabilizadores de humor, as benzodiazepinas e a electroconvulsivoterapia. E as intervenções psicossociais, nomeadamente intervenções com o objectivo da reabilitação e da inserção social. Estas intervenções não devem ser instituídas até o doente apresentar *insight* sobre a situação, pelo que por vezes é difícil aplicá-las.

1.3. Processo de Enfermagem

A metodologia utilizada para a execução do estudo de caso baseia-se no processo de enfermagem. Foi aceite como metodologia científica da enfermagem, que o processo de enfermagem consiste em seis fases e utiliza uma abordagem de resolução de problemas. É

orientada para os objetivos, com a finalidade de prestar ao cliente um cuidado de qualidade. Este processo é dinâmico e não estático, é contínuo e continua enquanto o enfermeiro e o cliente interagirem em direção à mudança nas respostas físicas ou comportamentais do cliente. As seis fases do processo de enfermagem são: (Re)apreciação, Diagnóstico, Identificação dos resultados esperados, Planeamento, Implementação e Avaliação.

Fases do Processo de Enfermagem	Caracterização
Fase I _ (Re)Apreciação	<ul style="list-style-type: none"> - Recolha dados de saúde abrangente e que são pertinentes para a saúde da pessoa. - Reunida informação a partir da qual se estabelece uma base de dados para determinar o cuidado mais adequado para a pessoa. - Avaliação Inicial de Enfermagem
Fase II _ Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> - Análise dos dados de avaliação para determinar diagnósticos de enfermagem; - Identificação de diagnósticos de enfermagem por prioridades.
Fase III _ Identificação dos Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - São identificados os resultados esperados para um plano personalizado para a pessoa; - Definição dos objetivos mensuráveis esperados;
Fase IV _ Planeamento	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve um plano que inclui estratégias e alternativas para obter os resultados esperados.
Fase V _ Implementação	<ul style="list-style-type: none"> - São executadas as intervenções selecionadas durante a fase IV. - A documentação das intervenções também ocorre nesta fase.
Fase VI _ Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação é o processo utilizado para determinar o progresso do cliente em direção à obtenção dos resultados esperados e a eficácia dos cuidados de enfermagem; - Apreciação do progresso respeitante à obtenção dos resultados esperados; - Avaliação do sucesso das intervenções; Os diagnósticos, resultados e o plano de cuidados são revistos.

Quadro 1_ Fonte Bibliográfica_ Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência. 6ª ed. Lusociência. Loures. ISBN 978 – 972 – 8930 – 61 – 5.

1.3.1. Fase I _ Apreciação

Esta fase é considerada a primeira etapa do processo de enfermagem em que o enfermeiro recolhe dados de saúde abrangente e que são pertinentes para a saúde da pessoa. A informação pode ser recolhida a partir de várias fontes incluindo entrevistas com o utente ou família, observação do utente no seu domicílio, consultas com outros membros da equipa multidisciplinar, leitura dos registos do processo do utente e avaliação inicial de enfermagem que deve adquirir na prática um carácter informal.

Podemos caracterizar esta fase como sendo um processo sistemático, organizado e contínuo de colheita de dados. Desta etapa, fazem parte a recolha de informações demográficas, a recolha do conjunto de sinais e sintomas, o conhecimento do estado mental e emocional do utente, a sua história clínica, etc. Através desta colheita de dados, o enfermeiro consegue estabelecer o vínculo terapêutico onde identifica as necessidades psíquicas, biológicas e sociais do utente através da avaliação inicial de enfermagem.

De seguida é apresentada a avaliação inicial de enfermagem que se utilizou para realizar a avaliação inicial de enfermagem ao Sr. G.A., este modelo de avaliação inicial utilizado é o mesmo que foi utilizado para a definição da consulta de enfermagem no GIS.

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM**ADMISSÃO**

MOTIVO DA ADMISSÃO (Observação de Enfermagem): acompanhamento no pós-alta imediato da Casa de Saúde S. João de Deus. Apresenta dificuldades nas AVD's e AIVD's. Sem suporte social.

ACOMPANHADO POR

FONTE DE INFORMAÇÃO: PRÓPRIO FAMILIARES OUTROS:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: encontra-se no seu domicílio desde 18 meses sem internamentos.

É acompanhado pelo ConSentido desde 2009 onde tem sido realizado um acompanhamento individual e semanal,

Clinicamente estável.

ACOMPANHAMENTO

PSIQUIÁTRICO: NÃO SIM LOCAL: Hospital de Braga

PSIQUIATRA: Dr.ª N

DATA ÚLTIMA CONSULTA: 08/10/2013

MEDICAÇÃO HABITUAL: (descrita no guia terapêutico)

NAP: NÃO SIM ÚLTIMA TOMA: 06/12/2013 PRÓXIMA TOMA: 06/12/2013

ADESÃO À TERAPÊUTICA: NÃO SIM

MEIOS AUXILIARES DE	DATA	RESULTADOS
DIGNÓSTICO:		

ANTECEDENTES PESSOAIS

DOENÇAS: Desconhece

MEDICAÇÃO HABITUAL (descrita no guia terapêutico)

ADESÃO À TERAPÊUTICA: NÃO SIM

ALERGIAS: NÃO SIM QUAIS

ANTECEDENTES FAMILIARES

DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS NÃO SIM QUAIS

OUTROS: Desconhece

PARÂMETROS VITAIS

TA 138/74 mmHg PULSO 72 bpm RESPIRAÇÃO 23 c/m TEMPERATURA 36,2 °C DOR (Score) 0

PESO 103 kg ALTURA 1,65 m GLICEMIA 108 mg/dl

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)**AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS**

TEGUMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> ROSADOS	<input type="checkbox"/> PÁLIDOS	<input type="checkbox"/> CIANOSADOS	<input type="checkbox"/> DESIDRATADOS
S:	<input type="checkbox"/> EDEMAS	<input type="checkbox"/> TUMEFACÇÕES	<input type="checkbox"/> FERIDAS	<input type="checkbox"/> OUTROS
SENTIDOS:	AUDIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> REDUZIDA ESQ.	<input type="checkbox"/> REDUZIDA DTA.	<input type="checkbox"/> USO PRÓTESE
	VISÃO: <input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> REDUZIDA ESQ.	<input type="checkbox"/> REDUZIDA DTA.	<input checked="" type="checkbox"/> USO ÓCULOS (para ler)
ALIMENTAÇÃO	APETITE: <input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> DIMINUÍDO	<input checked="" type="checkbox"/> AUMENTADO	<input checked="" type="checkbox"/> USO PRÓTESE
	<input type="checkbox"/> INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> NECESSITA DE AJUDA	DIETA: Refeições fornecidas por Centro Social	
	ESTADO DE NUTRIÇÃO:	<input type="checkbox"/> BEM NUTRIDA	<input type="checkbox"/> DESNUTRIDA	<input checked="" type="checkbox"/> OBESA
ELIMINAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÕES	<input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA	
:	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA DE FEZES	<input type="checkbox"/> OBSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> USO LAXANTES
LOCOMOÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> MARCHA NORMAL	<input type="checkbox"/> MARCHA ALTERADA	<input type="checkbox"/> PERDA DE EQUILÍBRIO	
O:	<input type="checkbox"/> CADEIRA DE RODAS	<input type="checkbox"/> PRÓTESES	QUAIS:	
	<input type="checkbox"/> DEAMBULA COM AJUDA	<input type="checkbox"/> ACAMADO	<input type="checkbox"/> OUTROS APOIOS	

ASPETO GERAL

HIGIENE:	<input type="checkbox"/> CUIDADA	<input checked="" type="checkbox"/> DESCUIDADA	<input type="checkbox"/> INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> AJUDA TOTAL	<input type="checkbox"/> AJUDA PARCIAL
PADRÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> BANHO GERAL (2xsemana)		<input type="checkbox"/> BANHO PARCIAL		
HIGIENE ORAL:	<input type="checkbox"/> CUIDADA	<input type="checkbox"/> DESCUIDADA	<input checked="" type="checkbox"/> USO PRÓTESE (frequentemente não usa)		
VESTUÁRIO ADEQUADO:			<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	
IDADE APARENTE CORRESPONDENTE À REAL:			<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	

SONO/REPOUSO

PADRÃO HABITUAL: 12h	DIFICULDADES SONO:	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
FATORES FAVORECEDORES: Toma da medicação					

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

<input type="checkbox"/> RIGIDEZ	<input type="checkbox"/> TREMOR	<input type="checkbox"/> MOV. ANORMAIS	<input type="checkbox"/> SONOLENTO	<input checked="" type="checkbox"/> CATATONIA	
<input type="checkbox"/> AGITAÇÃO	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES:	CARACTERÍSTICAS: Movimentos incessantes com os pés e um constante baloiçar com o tronco.			

RELAÇÕES INTERPESSOAIS

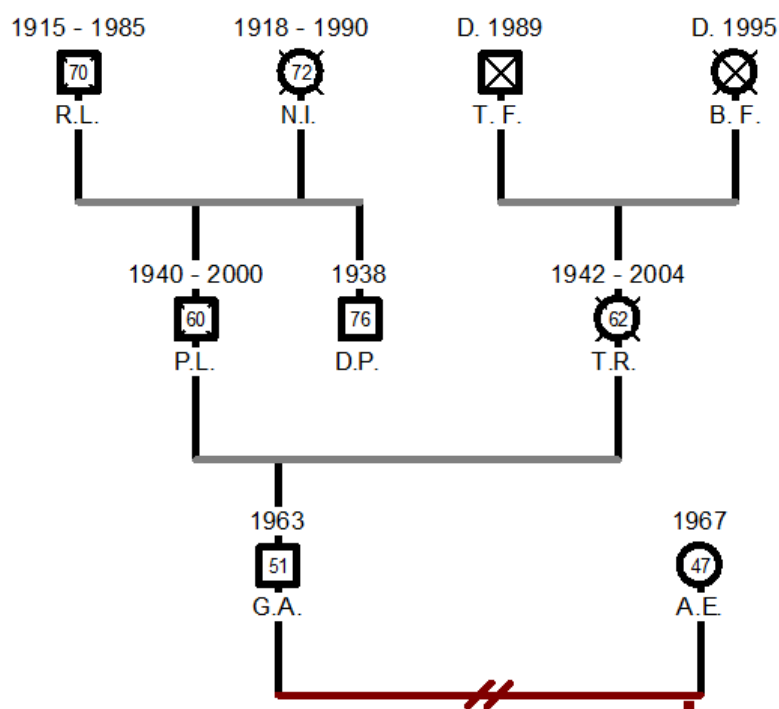
<input type="checkbox"/> BOAS	<input checked="" type="checkbox"/> REGULARES	<input type="checkbox"/> DIFÍCEIS			
REACÇÃO AO SERVIÇO:	<input checked="" type="checkbox"/> ACEITA	<input type="checkbox"/> NÃO ACEITA	<input type="checkbox"/> INDIFERENTE	<input type="checkbox"/> AGRESSIVO	
	<input type="checkbox"/> HOSTIL	<input type="checkbox"/> IRRITÁVEL	<input type="checkbox"/> AGITADO		
ATITUDE:	<input checked="" type="checkbox"/> COLABORANTE	<input type="checkbox"/> COLABORANTE	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> INDIFERENTE	<input type="checkbox"/> AGRESSIVA

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

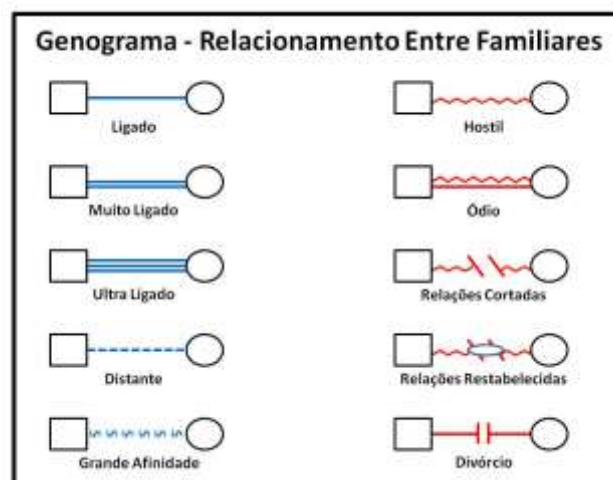
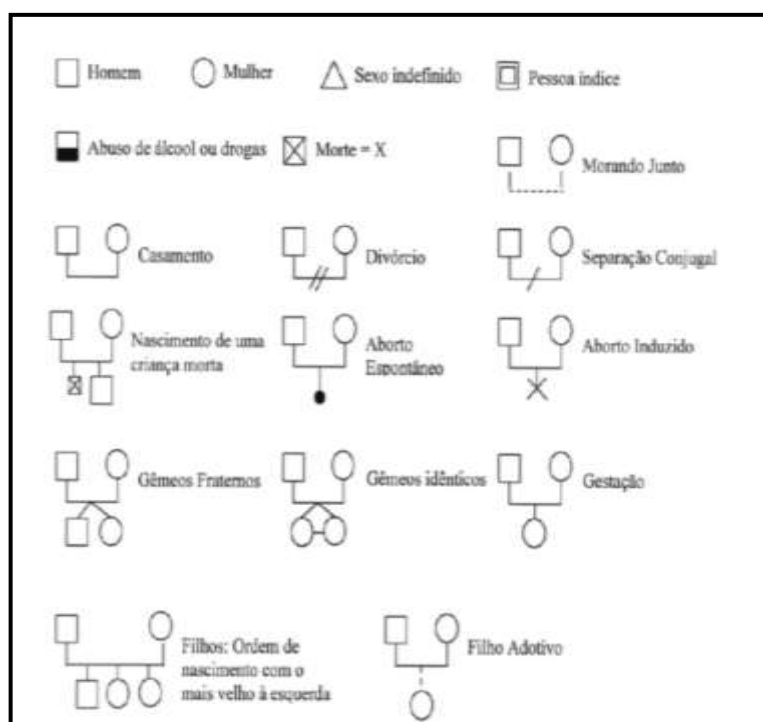
USO DE SUBSTÂNCIAS				
USO DE ÁLCOOL:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	QUANT.	
USO DE TABACO:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	QUANT. +- 1 maço/dia	
USO DE DROGAS:	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	QUAIS	
AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL				
CONSCIÊNCIA:	ORIENTAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> AUTOPSÍQUICA	<input checked="" type="checkbox"/> ALOPSÍQUICA	
	DESORIENTAÇÃO:	<input type="checkbox"/> TEMPORAL	<input type="checkbox"/> ESPACIAL	
	<input checked="" type="checkbox"/> LÚCIDO	<input type="checkbox"/> VIGIL	<input type="checkbox"/> CONFUSO	<input type="checkbox"/> SONOLENTO
PENSAMENTOS:	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO	<input type="checkbox"/> BRADIPSQUIZISMO	<input type="checkbox"/> TAQUIPSQUIZISMO	
	<input type="checkbox"/> FUGA DE IDEIAS	<input type="checkbox"/> INIBIÇÃO	<input type="checkbox"/> CIRCUNSTANCIADO	
PENSAMENTOS:	<input type="checkbox"/> DESAGREGADO	<input type="checkbox"/> DISSOCIADO	<input type="checkbox"/> ILÓGICO	<input type="checkbox"/> NEOLOGÍSTICO
	<input checked="" type="checkbox"/> ANSIOSO	<input type="checkbox"/> DEPRESSIVO	<input type="checkbox"/> FÓBICO	<input type="checkbox"/> OBSESSIVO
PENSAMENTOS:	DELÍRIOS:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	TIPO: De teor persecutório e místico
	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> VERBORREIA	<input type="checkbox"/> MUTISMO	<input type="checkbox"/> LENTIFICADO
DISCURSO:	<input type="checkbox"/> MONÓLOGO	CONTEÚDO:	<input checked="" type="checkbox"/> COERENTE	<input type="checkbox"/> INCOERENTE
	LINGUAGEM VERBAL:	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	EXPRESSÃO FACIAL – Normal	
		OLHAR – Mantém contacto ocular		
		POSTURA – alterada com movimentos catatónicos		
PERCEÇÃO:	ALUCINAÇÃO S:	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	TIPO:
	ILUSÕES:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	TIPO:
	<input type="checkbox"/> DESPERSONALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> DESREALIZAÇÃO		
JUÍZO CRÍTICO:	<input type="checkbox"/> CONSERVADO	<input checked="" type="checkbox"/> ALTERADO		
MEMÓRIA:	RECENTE:	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ALTERADA	
	REMOTA:	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ALTERADA	
HUMOR:	<input type="checkbox"/> EUTÍMICA	<input type="checkbox"/> DEPRESSIVA	<input type="checkbox"/> EUFÓRICA	<input checked="" type="checkbox"/> ANSIOSA
	<input type="checkbox"/> APÁTICA	<input type="checkbox"/> LÁBIL	<input type="checkbox"/> AGRESSIVA	

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

GENOGRAMA

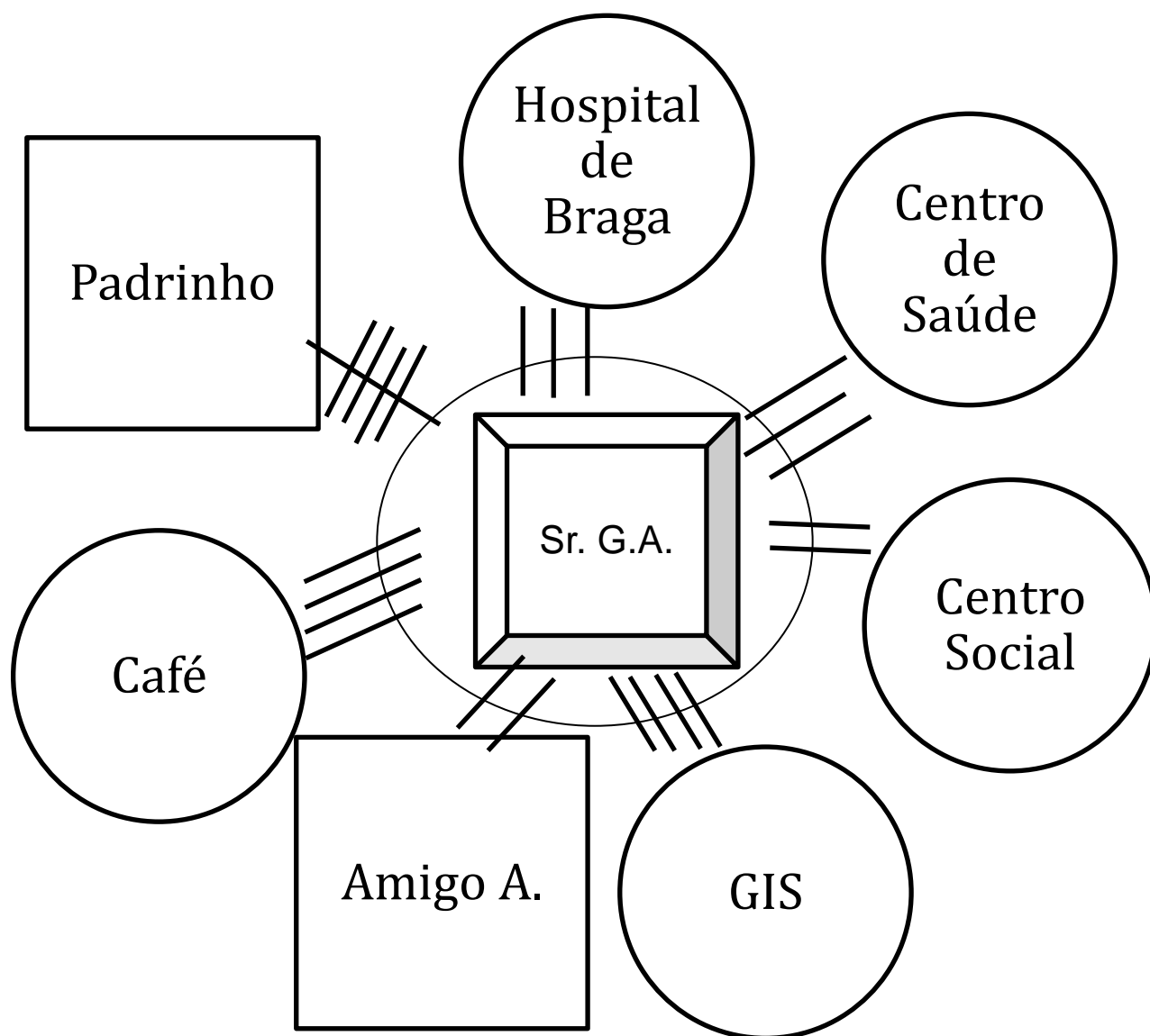


LEGENDA:

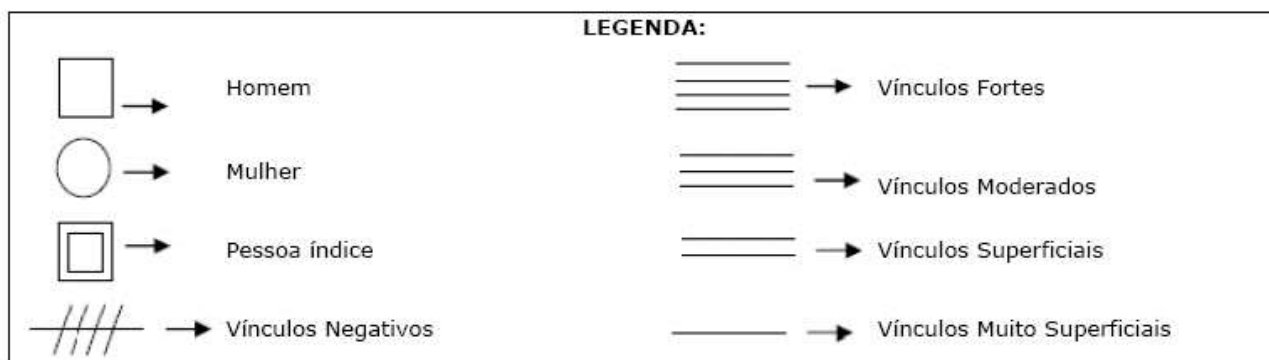


AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

ECOMAPA:



LEGENDA:



AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

GUIA TERAPÊUTICO:

Medicamento (nome e dose)	Peq. Alm.	Almo ço	Lan che	Janta r	Deita r	Observações
Akineton R 4mg	1			1		
Largactil 100 mg				1		
Risperdal 2 mg	1			1		
Inderal 40 mg	1			1		
Lorazepam 2,5 mg	1			1		
Haldol Decanoato 100 mg						Mensal - Dia 6

O Enfermeiro

____ / ____ / ____

CP |

1.3.2. Fase II _ Diagnóstico

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria analisa os dados recolhidos na avaliação inicial e determina diagnósticos de enfermagem. O diagnóstico corresponde à segunda fase do processo de enfermagem que, de acordo com a NANDA (2007), diagnósticos de enfermagem definem-se como sendo juízos clínicos sobre respostas individuais, família ou da comunidade a problemas de saúde atuais ou potenciais processos de vida. Estes diagnósticos de enfermagem fornecem uma base para a definição de intervenções que em conjunto alcançarão resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão beta2, um diagnóstico de enfermagem é um rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem.

Os diagnósticos são elaborados de acordo com sistemas de classificação aceites, que no presente caso, a fonte e instrumento orientador utilizado foi a CIPE Versão 2. Para a construção dos diagnósticos de enfermagem seguimos as regras da CIPE, em que deve incluir 1 termo do eixo dos Focos e 1 termo do eixo do Juízo, sendo a inclusão de termos de outros eixos é opcional, em só pode ser usado 1 termo de cada eixo.

Para o presente estudo de caso os diagnósticos construídos para colmatar as necessidades não satisfeitas identificadas na etapa anterior foram:

- Adesão ao regime medicamentoso, comprometido
- Capacidade para cuidar da higiene pessoal, comprometido
- Capacidade para arranjar a casa, comprometido
- Isolamento Social, comprometido

1.3.3. Fase III _ Identificação dos Resultados

Nesta fase, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria identifica os resultados esperados para um plano personalizado do utente. Por definição “Resultados” são “objectivos mensuráveis, esperados, centrados no doente que se traduzem em comportamentos observáveis” (ANA, 2004). Estes resultados derivam do diagnóstico e devem ser mensuráveis e incluir uma estimativa de tempo para a sua aquisição.

Os objetivos gerais são a formulação dos resultados esperados e capacidades a adquirir com um determinado Plano Individual de Intervenção, num determinado tempo. Relaciona-se diretamente com o problema, esclarece e relaciona diretamente o foco central de atuação de uma maneira ampla.

Os objetivos gerais, para serem concretizados, são desdobrados em diferentes objetivos específicos, que no seu todo, dão execução ao objetivo geral. Os Objetivos Específicos definem os diferentes pontos a serem abordados, visando concretizar o objetivo geral.

A definição destes objetivos traduzem aquilo que o utente quer atingir num determinado período de tempo. Para este estudo de caso, os objetivos gerais e específicos foram definidos em

conjunto com o Sr. G.A. e de acordo com as suas necessidades, expectativas, potencialidades e prioridades. Todos estes componentes fazem parte integrante do Plano Individual de Intervenção (PII) do Sr. G.A. os objetivos gerais e específicos desenvolvidos em conjunto com o Sr.º G.A. e que fazem parte do PII são os seguintes:

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos (Resultados a atingir) (O Sr. G.A. deve ser capaz de...)
1. Desenvolver competências a nível da AIVD: Gestão do Regime Terapêutico	1.1. Cumprir toma da medicação autonomamente, em 100% das visitas domiciliárias, no prazo de 6 meses; 1.2. Identificar pelo menos 1 benefício da toma da medicação, no prazo de 6 meses; 1.3. Preparar caixa de medicação semanal, com supervisão, no prazo de 6 meses; 1.4. Adquirir medicação com ajuda da equipa, no prazo de 6 meses; 1.5. Aderir à administração de Nap (Neuroléptico de acção prolongada), em 100% no prazo de 6 meses; 1.6. Aderir às consultas de psiquiatria, em 100%, no Hospital de Braga, prazo de 6 meses.
2. Desenvolver competências a nível das AVD - Higiene pessoal	2.1. Tomar banho geral, autonomamente, pelo menos em 50% das visitas domiciliárias, no prazo de 6 meses; 2.2. Efetuar higiene oral (da prótese) autonomamente, pelo menos 1 vez por dia, no prazo de 6 meses. 2.3. Apresentar vestuário adequado (roupa limpa e de acordo com as condições climáticas), pelo menos 2 vezes por semana, no prazo de 6 meses.
3. Desenvolver competências a nível das AIVD - Cuidar da Casa/Tratar da roupa	3.1. Cuidar da arrumação do espaço (limpar a mesa e o chão da cozinha e o corredor) autonomamente, pelo menos 2 vezes por semana, no prazo de 6 meses; 3.2. Aceitar presença da equipa do centro social para apoio na higiene da casa, pelo menos uma vez por mês, no prazo de 3 meses.
4. Desenvolver hábitos e rotinas saudáveis	4.1. Realizar atividades no exterior do domicílio, pelo menos uma vez por semana, no prazo de 6 meses; 4.2. Integrar atividade ocupacional, pelo menos uma vez por semana, no prazo de 6 meses.
5. Manter os ganhos obtidos no processo de recuperação e prevenção de recaídas	5.1. Identificar pelo menos uma estratégia para a prevenção da recaída; 5.2. Aplicar a estratégia na prevenção da recaída.

Nota: Os objetivos apresentados foram redigidos de acordo com a nomenclatura SMART - Specific (específicos), Measurable (mensuráveis), Attainable (atingíveis), Realistic (realistas) e Time (temporizáveis).

1.3.4. Fase IV _ Planeamento

Depois de realizar a avaliação inicial e definir os diagnósticos e os resultados esperados surge a fase do planeamento. Nesta etapa o enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria

desenvolve um plano onde estabelece estratégias e alternativas para a obtenção dos resultados esperados. O plano de cuidados é fruto de uma relação existente o enfermeiro e o utente. Aquando da sua construção são definidos os diagnósticos e as intervenções mais adequadas.

Intervenção de Enfermagem, de acordo com a CIPE versão beta 2, é definida como a acção tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado em enfermagem e é composta pelos conceitos contidos nos eixos de classificação da acção.

De seguida são descritas as intervenções planeadas para cada diagnóstico de enfermagem definido, em que as mesmas foram incluídas no PII do Sr. G.A.. Estas intervenções tiveram início a 9 de dezembro de 2013 e ainda se encontram a decorrer e a serem realizadas pela equipa de enfermagem do ConSentido.

Foco de Atenção: Adesão ao regime medicamentoso

Diagnóstico de Enfermagem: Adesão ao regime medicamentoso, comprometido

Início: 9 de dezembro de 2013

Fim: a decorrer

Objectivo: Desenvolver competências a nível da AIVD: Gestão do Regime Terapêutico

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar a adesão ao regime terapêutico;
- Ensinar sobre os benefícios da toma correta da medicação;
- Ensinar sobre os sinais e sintomas da doença;
- Instruir o utente sobre preparação da caixa de medicação semanal;
- Treinar a preparação da caixa de medicação semanal;
- Vigiar a preparação da caixa de medicação semanal;
- Administar Nap;
- Avaliar atitude face à gestão da medicação.
- Motivar disposição para aprender;
- Realizar psicoeducação;
- Promover a auto-responsabilização.

Foco de Atenção: Capacidade para cuidar da higiene pessoal

Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para cuidar da higiene pessoal, comprometido

Início: 9 de dezembro de 2013

Fim: a decorrer

Objectivo: Desenvolver competências a nível das AVD - Higiene pessoal

Intervenções de Enfermagem:

- Identificar atitude face à autocuidado higiene pessoal;
- Avaliar os conhecimentos sobre autocuidado higiene pessoal;
- Ensinar sobre os benefícios da autocuidado higiene pessoal (corporal e oral);
- Assistir a cuidar da higiene pessoal;
- Promover o autocuidado higiene;
- Motivar disposição para aprender;
- Realizar psicoeducação;

Promover a auto-responsabilização.

Foco de Atenção: Capacidade para arranjar a casa

Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para arranjar a casa, comprometido

Início: 9 de dezembro de 2013

Fim: a decorrer

Objectivo: Desenvolver competências a nível das AIVD - Cuidar da Casa/Tratar da roupa

Intervenções de Enfermagem:

Identificar atitude face à capacidade para arranjar a casa;

Avaliar os conhecimentos sobre arranjar a casa;

Ensinar sobre os benefícios do arranjar a casa;

Ensinar estratégias para arranjar a casa;

Vigiar comportamento de adesão ao arranjar da casa;

Motivar disposição para aprender;

Promover a auto-responsabilização.

Foco de Atenção: Isolamento Social

Diagnóstico de Enfermagem: Isolamento Social, comprometido

Início: 9 de dezembro de 2013

Fim: a decorrer

Objectivo: Desenvolver hábitos e rotinas saudáveis

Intervenções de Enfermagem:

Identificar atitude face à adesão para as atividades ocupacionais;

Promover saídas regulares ao exterior;

Motivar para adesão a atividades ocupacionais;

Reforçar os benefícios da adesão a atividades ocupacionais;

Vigiar adesão a atividades ocupacionais;

Realizar psicoeducação;

Promover a auto-responsabilização.

1.3.5. Fase V _ Implementação

Nesta fase são executadas, pelo enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, as intervenções seleccionadas durante a fase de planeamento. O plano de cuidados serve como projeto para a prestação de intervenções seguras, éticas e apropriadas. A documentação das intervenções também ocorrer durante este passo do processo de enfermagem. É nesta fase que o enfermeiro implementa as intervenções que procuram prevenir o desequilíbrio e promover os mecanismos de *coping* do utente. A fase de implementação do processo de enfermagem consiste: na validação, na documentação e na prestação de cuidados.

Durante a realização do estudo de caso foram diversas as visitas domiciliárias realizadas com o objetivo de implementar todo o plano de cuidados idealizado. Em todas as visitas

domiciliárias mostrou uma atitude de colaboração e de comunicação que facilitou toda a minha intervenção.

As visitas domiciliárias foram realizadas com a periodicidade bissemanal, realizadas no turno da manhã ou no turno da tarde, em que foram executadas todas as intervenções previstas e acima descritas. A intervenção terapêutica mais utilizada foi a psicoeducação e técnica de resolução de problemas.

1.3.6 Fase VI _ Avaliação

A avaliação corresponde à etapa final do processo de enfermagem. O seu objetivo não é apenas verificar se houver evolução positiva ou negativa do utente, é também reformular as prescrições em relação às prescrições inicialmente planeadas.

Nesta fase o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria aprecia o progresso respeitante à obtenção dos resultados esperados, medindo o sucesso das intervenções no que diz respeito aos resultados.

Relativamente ao Sr. G.A. a avaliação final do plano de cuidados instituído será realizada aquando término do seu PII. Por este motivo o que farei de seguida, será uma análise do balanço actual das minhas intervenções e dos resultados já atingidos, durante o período no qual realizei este estudo de caso. Posso referir que as intervenções planeadas foram executadas de acordo com o esperado e que a expectativa do Sr. G.A. (Manter-se no domicílio) está a ser cumprida.

2 – Conclusão

O estudo de caso é uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.

O presente estudo de caso foi desenvolvido no GIS, em particular no ConSentido. Com a realização deste estudo de caso, permitiu-me efectivamente concretizar os objectivos propostos. Através da pesquisa bibliográfica realizada, foi possível desenvolver uma panóplia de conhecimentos no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria e assim consegui mobilizar todos os conhecimentos para a construção de um PII em conjunto com o Sr. G.A. Pude aprofundar os conhecimentos relativamente à história clínica do utente, realizando uma avaliação psiquiátrica eficazmente; Identifiquei o impacto da patologia na dinâmica relacional e social deste utente; Realizei um plano de cuidados adequado ao estado do utente, para desta forma, poder aplicar as intervenções planeadas, de maneira a colmatar as necessidades identificadas; Percepcionei o utente como um todo com necessidades fundamentais de ordem biopsicossocial, cultural e espiritual; Apliquei competências relacionais; Contribuindo para o meu percurso de aprendizagem centrado na auto-responsabilização.

A elaboração deste estudo de caso foi, sem dúvida, mais um momento de crescimento, reflexão e aprendizagem contribuindo directamente para a minha formação enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Gostaria por último de referir que o facto de não ter experiência anterior elaboração deste tipo de trabalho, foi de certa forma, limitativo do meu desempenho, tendo a consciência que demonstrar tudo o que foi realizado na prática, poderá não estar totalmente explícito neste documento.

3- Referências Bibliográficas

- Amaral, A.C. (2010). **Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental**, Loures: Lusociência.
- Dalgalarondo, P. (2008). **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**, 2ª edição, Artmed.
- Fortin, M. (1999). **O processo de investigação – Da concepção à realidade**. Loures: Lusociências,
- Ordem dos Enfermeiros (2011). **CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** - do original «ICNP Versão 2 Internacional Classification for Nursing Practice». Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Depósito Legal: 322898/11.
- Townsend, M. C. (2011). **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência**. 6ª ed. Lusociência. Loures. ISBN 978 – 972 – 8930 – 61 – 5.