



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

por Ana Emília Marques de Castro Guimarães

PORTO, Abril de 2012





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

por Ana Emília Marques de Castro Guimarães

Sob orientação da Professora Manuela Magalhães

PORTO, Abril de 2012



## RESUMO

**Introdução:** Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista em saúde mental é detentor de um elevado nível de conhecimento e consciência sobre si enquanto pessoa e enfermeiro, que assiste a pessoa, família, grupos ou comunidade, na otimização da saúde mental ao longo do ciclo vital. Cabe ao enfermeiro especialista identificar necessidades da pessoa e população, estabelecer prioridades e planos de cuidados no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional ao longo da vida com o objetivo de recuperar, manter e melhorar a sua saúde mental. Deste modo, o enfermeiro especialista em saúde mental deverá identificar necessidades, adequar respostas, não descurando a especificidade da pessoa ou grupo, de forma a promover a saúde mental e a prevenir a doença mental. **Objetivos:** Descrição/Exposição do trabalho desenvolvido ao longo do estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nos diferentes módulos preconizados pela instituição de ensino, de forma a desenvolver competências na área da saúde mental, e assim adquirir o grau de enfermeiro especialista na área supracitada e, posteriormente, o grau de mestre na mesma área de intervenção. **Metodologia:** Baseada no método descritivo/analítico, fundamentado em pesquisa bibliográfica e tendo como base as premissas da prática clínica baseada na evidência, bem como nos conteúdos lecionados nas unidades curriculares do curso pós-licenciatura de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. **Discussão/Resultados:** O estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, dividido nos diferentes módulos, permitiu alcançar novos conhecimentos, bem como consolidar outros decorrentes da nossa prática clínica. Assim sendo, foi possível adquirir e desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. **Conclusão:** Os cuidados de enfermagem prestados pelo especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica fomentam a Enfermagem de Excelência, uma emergência da sociedade atual, personalizam a prestação de cuidados e dão resposta às necessidades da Pessoa na plenitude da palavra.

**Palavras-chave:** esquizofrenia; promoção da saúde; estimulação cognitiva; hábitos de vida saudáveis; demência; psicomotricidade; terapia de reminiscência; ação de formação.



## ABSTRACT

**Introduction:** According to the Order of Nurses, the nurse specialist in mental health is the owner of a high level of knowledge and awareness about himself as a person and as a nurse as well, assisting the patient, family, groups or the community, with the focus of optimization of the mental health during the vital cycle. It is up to the nurse specialist to identify the needs of the patient and population, to define priorities and plans of caring regarding several approaches during life as psycho and socio therapeutics and psycho-social and psycho-educational ones. The goal is to recover, keep and improve the mental health of the patient. Therefore, the nurse specialist in mental health must identify the needs and adequate the answers, non forgetting the specificity of the person or group, in order to promote the mental health and to prevent the mental disease. **Goals:** Description/Presentation of the work developed during the traineeship of Psychiatric and Mental Health Nursing in the several modules advocated by the learning institution in order to develop skills in this area of mental health and therefore to get the degree of nurse specialist in this area and, later, the degree of master in this same area of intervention: **Methodology:** Based in the descriptive/analytical method grounded in bibliographic research and having as its basis the premises of clinical practice based on evidences, as well as the contents of the curricular units taught at the postgraduate course of specialization in Psychiatric and Mental Health Nursing. **Discussion/Results:** The traineeship in Psychiatric and Mental Health Nursing, divided in its different modules, has allowed me to achieve new knowledges as well as to consolidate others, arising from our clinical practice. Therefore, it was possible to obtain and develop specific competencies of the nurse specialist in Psychiatric and Mental Health. **Conclusion:** The nursing care provided by the specialist in Psychiatric and Mental Health Nursing encourages the Nursing of Excellence, a demand of the modern society, and personalizes the provision of care and meets the needs of the Person in the fullness of the word.

**Keywords:** schizophrenia; health promotion; cognitive stimulation; healthy lifestyle habits; dementia; psychomotricity; reminiscence therapy; training action



## AGRADECIMENTOS

Apesar de este ser um trabalho de caráter individual, a sua realização só foi possível com o apoio e colaboração de várias pessoas e instituições, as quais não poderei deixar o meu apreço e gratidão:

À Sr.<sup>a</sup> Professora Manuela Magalhães, pela orientação, motivação, pelos conselhos e compreensão ao longo de todo este tempo.

Ao Pedro, pela ajuda, compreensão e paciência...por todo este tempo em que as nossas vidas foram condicionadas pela elaboração deste trabalho.

À minha irmã Ritinha, pelo seu entusiasmo, apoio e pelas palavras amigas...

Aos meus pais pelo carinho e incentivo quando, muitas vezes, a motivação começava a escassear.

À Lara e à Diana, minhas amigas e colegas, pela partilha de conhecimentos e sugestões, mas sobretudo pela amizade sincera.

Ao Centro Hospitalar Conde Ferreira, que tão bem me recebeu, em especial, à Sra. Enfermeira Carminda, à Sra. Enfermeira Anabela Coutinho e à Sra. Enfermeira Paula Tavares, pela partilha de conhecimentos, pelo empenho e incentivo em realizar este nível de formação.

Aos doentes do Centro Hospitalar Conde Ferreira, minha fonte de inspiração, que tão bem me acolheram, sem eles este trabalho não teria sido realizado.

Aos meus amigos, pelas palavras de encorajamento e incentivo, por todo este tempo que não estivemos juntos.



*Quando se viaja em direção a um objetivo é muito importante prestar atenção ao caminho. O caminho é que nos ensina sempre a melhor maneira de chegar, e enriquece-nos, enquanto o cruzamos.*

(Paulo Coelho)



## LISTA DE SIGLAS

AAM – Auxiliares de Ação Médica;  
AVDB – Atividades de vida diária básicas;  
AVDI – Atividades de vida diária instrumentais;  
bpm – Batimentos por minuto;  
CHCF – Centro Hospitalar Conde de Ferreira;  
CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem;  
CPLEE – Curso pós licenciatura de Especialização em Enfermagem  
CT – Colesterol Total;  
EEESM – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental;  
EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental;  
ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;  
FC – Frequência cardíaca;  
IMC – Índice de Massa Corporal;  
IPAQ – International Physical Activity Questionnaire;  
MEESMP – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica;  
mmHg – Milímetros de Mercúrio;  
OE – Ordem dos Enfermeiros;  
OMS – Organização Mundial de Saúde;  
PA – Perímetro Abdominal;  
PGC – Pesquisa de Glicemia Capilar;  
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;  
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem;  
SM – Saúde Mental;  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SPSS® – Statistics Package for the Social Sciences®;  
TA – Tensão arterial;  
TAD – Tensão Arterial Diastólica;  
TAS – Tensão arterial Sistólica;  
TG – Triglicerídeos;



## ÍNDICE

Introdução .....	15
1 – O Projeto de estágio.....	17
1.1 – Enquadramento .....	17
1.2 – Escolha dos locais de Estágio .....	17
1.2.1 – Breve apresentação do CHCF .....	18
1.3 – Objetivos/Competências Comuns a Desenvolver .....	19
2 – Da Contextualização à Prática .....	21
2.1 – Módulo I .....	22
2.1.1 – Caracterização da Enfermaria P05/06 .....	23
2.1.2 – Objetivos/Atividades/Competências .....	24
2.2 – Módulo III .....	31
2.2.1 – Caracterização da Enfermaria P04 .....	32
2.2.2 – Objetivos/Atividades/Competências .....	33
Conclusão .....	43
Referências Bibliográficas .....	45
Anexos .....	49
Anexo I – Plano do estágio	
Anexo II – Projeto de estágio reformulado	
Anexo III – Organograma do CHCF	
Anexo IV – Planeamento da ação de formação “Cuidados a prestar ao doente Esquizofrénico”	
Anexo V – Diapositivos da ação de formação “Cuidados a prestar ao doente Esquizofrénico”	
Anexo VI – Questionário de avaliação da ação de formação “Cuidados a prestar ao doente Esquizofrénico”	
Anexo VII – Questionário sobre alimentação saudável	
Anexo VIII – Ação de formação sobre alimentação saudável e jogos alusivos	
Anexo IX – Estudo de Prevalência da SM nos utentes esquizofrénicos da enfermaria P05/06	
Anexo X – Ação de formação sobre os cuidados a ter com o sol e a importância da hidratação oral	
Anexo XI – Planeamento e diapositivos da ação de formação “Cuidados a prestar ao Doente com Demência”	
Anexo XII – Folheto sobre “Cuidados a prestar ao Doente com Demência”	
Anexo XIII – Sessão de Psicomotricidade	
Anexo XIV – Terapia de Reminiscência	
Anexo XV – Estudo de Caso	
Anexo XVI – Treino da Auto-cuidado, banho	



## INTRODUÇÃO

“De acordo com o dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, o relatório é uma exposição circunstanciada e objetiva, oral ou por escrito, daquilo que se viu, estudou, observou, analisou” (Carlos Azevedo, 2008). Assim sendo, um relatório não é mais do que um relato de um conjunto de informações sobre determinada atividade.

A elaboração do presente, insere-se no âmbito do IV Curso de MEESMP e tem como objetivo, além de servir como instrumento de avaliação, de descrever a intervenção e o caminho percorrido ao longo de todo o estágio nos diferentes módulos, enunciar os dados recolhidos, o método utilizado, os conhecimentos apreendidos e todo o processo de aprendizagem, tendo em consideração a interpretação dos factos observados/analísados.

O estágio surge como uma fusão entre as várias unidades curriculares lecionadas no MEESMP e deverá demonstrar todo o universo de conhecimentos já anteriormente apreendidos e a sua aplicabilidade no contexto da prática, com a finalidade de adquirir, desenvolver e aperfeiçoar competências na área da ESMP.

De acordo com o plano de estudos, ao estágio corresponde 30 ECTS, num total de 750 horas das quais 540h são de contacto, de modo a facilitar o processo de ensino/aprendizagem e a aquisição de novos conhecimentos e competências, a cada período de 180 horas corresponde um módulo de estágio (Anexo I).

Módulo I – Promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção;

Módulo II – Desenvolvimentos de competências em unidades de intervenção na crise de adultos;

Módulo III – Opcional (cabe ao aluno escolher a área de intervenção de acordo com o projeto profissional).

Neste caso concreto, só foram realizados o primeiro e o terceiro módulo, uma vez que foi concedida creditação ao módulo II após elaboração de um relatório crítico de atividades.

Ambos os módulos foram cumpridos no Centro Hospitalar Conde de Ferreira, não só pela facilidade de acesso concedida, mas também pelo facto de nos questionarmos constantemente acerca do nosso exercício profissional e como a nossa prática e o nosso agir poderiam influenciar a dinâmica e o funcionamento do serviço e da instituição onde trabalhamos, fez com que decidíssemos realizar o estágio no CHCF.

O módulo I teve como objetivo desenvolver atividades com base na promoção de estilos de vida saudáveis em doentes residuais. Por sua vez, no módulo III, a nossa intervenção esteve direcionada para a aquisição de competências específicas na área das Demências.

Antes do início do estágio, foi solicitado pela instituição de ensino, a execução de um projeto de estágio para que este servisse de guia orientador às ações a desenvolver posteriormente. Embora tivesse necessidade de reformulação após o início do estágio e contato com a realidade da população alvo, serviu de fio condutor às intervenções e atividades desenvolvidas, revelando-se um instrumento promotor na aquisição de competências na área da Saúde Mental e Psiquiátrica.

Considerando que a transformação das experiências, vivenciadas no estágio, em novos conhecimentos e saberes não é uma tarefa simples, com a realização deste trabalho propusemo-nos a transmitir o percurso e o desenvolvimento da nossa aprendizagem ao longo do mesmo, demonstrando o sentido reflexivo e crítico face à realidade e problemas deparados na prática clínica, bem como a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais e pessoais na área da saúde mental e psiquiátrica.

Emerge a cada dia a necessidade da tomada de decisão face aos problemas com que nos deparamos, fundamentada com base na evidência e nos artigos científicos de modo a que possamos fazer cada vez mais e melhor.

Este trabalho é o resultado das experiências vividas ao longo do estágio e estrutura-se numa breve apresentação da Instituição, contextualização dos campos de estágio selecionados e dois capítulos, que correspondem respetivamente ao primeiro e terceiro módulo, onde serão desenvolvidos os objetivos, estratégias e atividades implementadas, competências adquiridas, seguindo-se uma conclusão.

A metodologia utilizada foi baseada no método descritivo/analítico, fundamentado em pesquisa bibliográfica e tendo como base as premissas da prática clínica baseada na evidência, bem como nos conteúdos lecionados nas unidades curriculares do curso pós-licenciatura de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

## 1 – O PROJETO DE ESTÁGIO

A elaboração de um projeto de estágio está contemplado nos planos de estudo da Instituição de Ensino, apresentando-se como uma exigência curricular mas também como instrumento facilitador do processo de ensino/aprendizagem para, deste modo, auxiliar a realização do projeto pessoal de cada aluno.

“Projeto não é uma simples representação do futuro de 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” (Barbier, 1993).

Por conseguinte, a elaboração de um projeto de estágio revela-se indispensável, na medida em que este serve de guia orientador às intervenções de enfermagem que serão desenvolvidas ao longo do mesmo e permite-nos avaliar e desenvolver a nossa capacidade de autoanálise e a consciencialização das nossas potencialidades.

### 1.1 – Enquadramento

O projeto não tendo uma estrutura totalmente rígida é suscetível de modificação, deixando espaço para que possa ser reajustado ou reformulado ao longo do estágio, de forma a satisfazer as necessidades dos utentes/instituição.

“É necessário que os conhecimentos utilizados por uma profissão constituam um património, que gerem outros conhecimentos e sirvam de alicerces permanentes a toda a evolução profissional” (Collière, 1999).

Após início do estágio, com o contacto com a realidade do serviço e da nossa população alvo, houve necessidade de reformular o projeto de estágio inicial (Anexo II) por forma a respondermos às necessidades dos utentes e da instituição, bem como à realização profissional e pessoal.

### 1.2 – A escolha dos locais de estágio

O Hospital do Conde Ferreira, atual CHCF, é um marco na história da psiquiatria. Destinado a ajudar os alienados mentais foi, e é também, uma escola ao serviço da psiquiatria, o que desde logo nos levou a optar por esta Instituição para realizarmos o estágio de ESMP.

O módulo I, foi realizado na enfermaria P04/P05 (A1, de acordo com a nova terminologia adotada pela instituição), direcionado para a promoção de estilos de vida saudáveis, enquanto o módulo III, opcional, foi efetuado na enfermaria P04 (A8, na nova denominação) tendo em vista a aquisição de conhecimentos na área das demências.

### 1.2.1 – Breve apresentação do CHCF

Joaquim Ferreira dos Santos, natural do Porto e oriundo de uma família humilde de lavradores proprietários de terras em Campanha, incrementou conhecimentos que mais tarde aplicou na área comercial, onde desenvolveu carreira.

Após emigração para o Brasil onde estabeleceu os seus negócios comerciais, estendeu os mesmos para Buenos Aires e África e rapidamente construiu fortuna.

Posteriormente regressou a Portugal onde se estabeleceu como capitalista e proprietário na cidade do Porto onde foi nomeado pela Rainha D. Maria II de Conde de Ferreira pelos serviços prestados ao país e ao partido constitucional.

Após o seu falecimento em 1866, na ausência de descendência direta, possuindo avultados rendimentos e uma vasta fortuna, deixou a mesma a um grande conjunto de Beneficiários, nomeadamente a Santa Casa da Misericórdia do Porto. Destinou ainda fundos para a construção de 120 escolas e para um hospital de doentes mentais. *“Quero que os meus testamenteiros empreguem todo o remanescente da minha fortuna (...), em construir onde julgarem conveniente, um edifício para o hospital de alienados, não devendo gastar no edifício mais da terça parte do remanescente e, acabada a obra e mobilado o hospital, farão entrega à Santa Casa da Misericórdia desta cidade, não só do edifício, mas também dos fundos sobrantes, (...)”*. A instituição foi inaugurada no dia 24 de Março de 1883 com a denominação de Hospital de Conde Ferreira e recebeu doentes do Hospital António Rilhafoles.

Depois de nacionalizado no período pós revolução em 1974, foi devolvido à Santa Casa da Misericórdia do Porto (em 1995, com a publicação do Dec. Lei nº 232/95 iniciou-se um processo de interesse mútuo do Estado e da Santa Casa da Misericórdia do Porto em reprivatizar o Hospital Conde de Ferreira o que se consumou em Janeiro de 1996). Em 2009, aderiu à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados passando a prestar cuidados a doentes psiquiátricos não só de curta e média duração, mas passou a abranger também a prestação de cuidados continuados a doentes com patologia mental.

O Hospital Conde Ferreira foi-se adaptando às alterações e inovações que foram surgindo na área da psiquiatria não descurando contudo o propósito da sua existência.

A instituição supracitada, atualmente designada Centro Hospitalar Conde Ferreira assume no Serviço Nacional de Saúde o carácter de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). Estas, “são instituições constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico.” No âmbito da saúde, estas instituições têm como objetivo a promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação.

Deste modo, o Centro Hospitalar Conde Ferreira assume um papel extremamente relevante perante a sociedade e em particular pelos doentes do foro mental e psiquiátrico,

desempenhando funções de carácter curativo, preventivo e de reabilitação nesta área específica.

O Centro Hospitalar Conde de Ferreira foi a primeira construção de raiz feita para a Psiquiatria em Portugal. Embora mantendo a estrutura física que tão bem a caracteriza como um marco na história da Psiquiatria portuguesa, sofreu recentemente algumas reestruturações quer a nível físico quer humano. (Anexo III)

É composto por uma vasta equipa multidisciplinar, entre os quais, enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fisioterapeuta, AAM, entre outros.

### 1.3 - Objetivos/Atividades/Competências Comuns aos Módulo I e III

Num projeto de estágio, é fundamental a referencia aos objetivos, atividades e estratégias que se visam implementar nos campos de estágio, podendo estes ser ou não comuns aos dois módulos de estágio a realizar. No entanto, estes objetivos não são rígidos uma vez que até ao momento da realização do estágio e mesmo durante este, poderão ocorrer alterações significativas que levem a uma desadequação da sua realização e à necessidade de um reajuste do mesmo. Para além disso, durante o processo de aprendizagem podemos ter necessidade de flexibilizar os nossos planos de forma a podermos absorver informações e responder a novos desafios, que consideremos importantes para a nossa formação pessoal e profissional e para as necessidades dos doentes com os quais iremos trabalhar.

“A enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição (...) são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EESM desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas da especialidade” (OE, 2010).

Como já foi referido anteriormente, perante a realidade do serviço e as necessidades dos doentes houve necessidade de uma readaptação do projeto.

Objetivo nº1: Conhecer a dinâmica organizacional, funcional e estrutural das Unidades.

*Atividades:*

- Visita guiada ao serviço;
- Reunião com a enfermeira tutora do estágio e com a enfermeira chefe do serviço;
- Consulta de regulamentos, protocolos e normas do serviço;
- Pesquisa sobre a estrutura física e a organização do serviço;
- Identificação dos recursos materiais e humanos do serviço;
- Observação participada;
- Integração na equipa multidisciplinar e participação na prestação de cuidados direta aos doentes e familiares;
- Realização de entrevistas informais com a equipa multidisciplinar;

- Identificação dos projetos e programas desenvolvidos pela instituição.

Competências Adquiridas:

- Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
- Capacidade de manter, de forma autónoma e contínua, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Desenvolver a capacidade crítica e sistemática;
- Identificar os problemas e necessidades dos doentes, família, cuidadores, serviço e/ou instituição e desenvolver respostas e estratégias fundamentadas, adequadas a cada situação

Objetivo nº2 - Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada, tanto a técnicos como à população alvo.

*Atividades:*

- Pesquisa bibliográfica;
- Aplicação e mobilização de conhecimentos adquiridos durante o MESMP;
- Aproveitar as oportunidades no estágio para desenvolver conhecimentos na área da ESMP;
- Demonstrar capacidade de decisão;
- Comunicação eficaz utilizando uma linguagem mais técnico-científica para técnicos e uma linguagem acessível para a população alvo.

Competências adquiridas:- Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;

- Capacidade de adequar métodos de análise de situações complexas, numa perspetiva avançada;
- Capacidade de desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, demonstrando aptidão em reagir perante situações inesperadas;
- Avaliar fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental, bem como fatores desencadeadores da doença mental;
- Avaliar a repercussão para a saúde mental da interface entre o doente, família, grupos, comunidade;
- Desenvolver capacidade reflexiva-crítica.

Objetivo nº3 - Manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de aprendizagem e de autodesenvolvimento pessoal e profissional produzindo um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas.

*Atividades:*

- Pesquisa bibliográfica;
- Demonstração de interesse e motivação em aprender temas e assuntos novos;
- Comunicação refletida e estruturada tanto com a equipa multidisciplinar como com o doente/ família;

- Fundamentação dos cuidados de Enfermagem prestados;
- Reflexão escrita quinzenalmente;
- Realização de um portfólio das atividades desenvolvidas durante a prática clínica, como forma de reflexão e promoção do desenvolvimento do espírito crítico;
- Promoção de momentos de reflexão e troca de experiências com a equipa multidisciplinar.

Competências adquiridas:

- Realizar o diagnóstico da saúde mental de um grupo ou população;
- Capacidade de desenvolver um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de SMP;
- Adequar respostas e intervenções de modo a satisfazer as necessidades identificadas;
- Desenvolver capacidade reflexiva-crítica nos problemas da prática clínica em SMP;
- Manter o contexto e limites da relação profissional, de modo a preservar a integridade do processo terapêutica;
- Capacidade de realizar e implementar o planeamento de cuidados em saúde mental;
- Desenvolver e colaborar com a equipa multidisciplinar, na prestação dos cuidados de saúde mental tendo como base os conhecimentos adquiridos no MEESMP.

## 2 – Da Contextualização à Prática

O MEESMP contempla uma componente teórica, que possibilita a transmissão de conhecimento e saberes que possam posteriormente ser colocados em prática face à realidade encontrada e tendo em consideração o levantamento dos problemas com que nos deparamos. No fundo, a escola fornece-nos “ferramentas” para que possamos estar preparados para o contínuo desenvolvimento das nossas potencialidades profissionais, pessoais, racionais e afetivas ao longo do nosso percurso de vida. “o conhecimento prático adquire-se com o tempo, e as enfermeiras nem sempre dão conta dos seus progressos. É necessário construir estratégias para que haja conhecimento desse saber fazer, de maneira a poder ser desenvolvido e melhorado” (Benner, 2001).

O ensino clínico é, por sua vez o local pedagógico de eleição uma vez que nos permite colocar em prática as “ferramentas” fornecidas pela componente teórica confrontando-nos com os problemas reais dos doentes.

Deste modo, o MEESMP permite-nos a aquisição de competências específicas na área da Psiquiatria e da Saúde Mental tendo como objetivo a enfermagem de Excelência. “Competência é um conjunto integrado de habilidades cognitivas, psicomotoras e comportamentos sócio afetivos que permite o desempenho de um papel, função ou atividade exigido à entrada do mercado de trabalho (...) conceito que se identifica muitas vezes com a Excelência, não se forma instantaneamente” (Phaneuf, 2005).

A enfermeira competente “possui a capacidade de discernimento nas situações críticas, a apreensão imediata da complicação, a rapidez da decisão e do gesto que fazem a eficácia da

sua ação e (...) igualmente a capacidade de tomar a medida do seu trabalho e de se lhe adaptar, de antecipar, de planificar, de pressentir os perigos, de detetar os riscos e de evitar os erros” (Phaneuf, 2003)

## 2.1 - Módulo I

O Módulo I, realizado no período de 27/04/2011 a 18/06/2011 teve como objetivo a promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção.

Tendo em consideração o projeto pessoal, optamos por realizar este módulo na Enfermaria P05/06. Numa época em que se preconiza a prestação de cuidados de saúde mental inseridos na comunidade, a redução dos hospitais psiquiátricos e o regresso dos doentes institucionalizados à comunidade, objetivos do atual plano de saúde mental, revelou-se muito oportuno o desenvolvimento de ações com os doentes residuais.

“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” (Plano Nacional da Saúde Mental 2007/2016)

O serviço acolhe atualmente 44 doentes. As patologias psiquiátricas mais frequentes são a Esquizofrenia Paranoide, a Esquizofrenia residual, a Esquizofrenia Catatónica, histórias de dependências associadas e debilidades mentais ligeiras e profundas.

A esquizofrenia é uma realidade a nível mundial e da sociedade portuguesa. “Em termos rigorosos não se pode responder pelo escasso número de estudos e estatísticas nacionais disponíveis sobre o tema. No entanto podemos extrapolar o número divulgado pela Organização Mundial de Saúde que tem estimado a prevalência da esquizofrenia em cerca de 1% da população mundial. Isso corresponderia a cerca de 100.000 portadores da doença em Portugal.” (João G. Marques, 2010).

A Esquizofrenia sempre nos despertou grande interesse e sendo esta a mais presente no serviço, decidimos escolher como população de estudo os utentes com Esquizofrenia, independentemente do tipo.

“A Esquizofrenia é uma entidade clínica heterogénea assente em cinco grandes categorias de dados, designadamente, sintomas positivos, sintomas negativos, sintomas afetivos, sintomas cognitivos e desorganização” (Marques Teixeira, 2002)

A Esquizofrenia é uma doença mental crónica, grave e incapacitante, daí que estes doentes apresentem défices cada vez maiores e mais acentuados, aumentando de dia para dia o seu grau de dependência. Qualquer fator extrínseco, que aos nossos olhos seja insignificante, pode resultar num processo de alteração do seu estado psicopatológico.

O módulo supracitado, não podia deixar de ser mais propício à realização de ações e atividades que preservem algumas das capacidades cognitivas e motoras que estes doentes ainda mantêm. Assim sendo, resolveu-se estimular as mesmas, tendo sempre por base as necessidades dos doentes, para que estes possam alcançar uma vida mais saudável.

### 2.1.1 – Caracterização da Enfermaria P05/06 (A1):

A enfermaria P05/06 é um serviço que, apesar de se encontrar inserida num espaço físico antigo e a necessitar de algumas reestruturações, proporciona a todos os seus utentes um verdadeiro clima harmonioso e acolhedor. Quem lá entra, percebe que se tratava de um local cheio de carinho e afeto, onde o relacionamento humano colmata qualquer défice que haja a nível de estrutura física.

Trata-se de um edifício antigo, de dois pisos, com tetos altos, janelas grandes, muita luminosidade, que faz dele um verdadeiro marco na história da Psiquiatria.

No primeiro piso, encontram-se os doentes com menor grau de dependência, uma vez que não possui elevador de acesso, enquanto no rés-do-chão, permanecem os utentes com maior grau de dependência.

A nível de pessoal técnico, o serviço é constituído por uma vasta equipa multidisciplinar, do qual fazem parte, um médico psiquiatra, uma enfermeira chefe, 6 enfermeiros (generalistas e uma mestre em saúde mental e psiquiátrica), 9 AAM, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social.

Semanalmente às quartas-feiras, realiza-se uma reunião comunitária, em que estão presentes, o psiquiatra, a enfermeira chefe, o enfermeiro que se encontrar de serviço no turno, a psicóloga, a assistente social e a terapeuta ocupacional, com o objetivo de realizar uma reflexão da semana anterior, discutir vários temas pertinentes, sobre os doentes e seus familiares.

Trata-se de uma equipa multidisciplinar muito cuidadosa com os utentes, onde a cumplicidade e o processo de entreajuda é muito visível, de forma a proporcionar aos doentes uma vida digna.

“A relação de ajuda consiste numa interação, entre o enfermeiro e o utente baseada na partilha em que cada um dá o seu contributo para a satisfação da necessidade presente no utente, sendo este detentor dos verdadeiros recursos e o enfermeiro um facilitador na procura dos mesmos” (Jacque Chalifour, 1989).

“O EESM, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução” (Regulamento n.º 129/2011 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica)

No entanto, neste ato de ajuda, há sempre um dar e um receber. Nesta unidade de utentes de evolução prolongada reafirmamos a nossa vontade em trabalhar com este tipo de doentes. Na verdade, a relação com as pessoas que apresentam patologia do foro mental revela-se a cada minuto um autêntico desafio mas também uma verdadeira fonte de riqueza em termos de aprendizagem profissional e pessoal. “ (...) os enfermeiros desenvolvem com as

peças uma relação interpessoal, que se desenvolve num processo intersubjetivo de partilha do que há de mais íntimo na experiência da vulnerabilidade individual. Na relação que se estabelece, há sempre um dar e receber, uma reciprocidade de afetação (...)" (Vieira, M., 2009) Atrever-nos-emos mesmo a referir que é um verdadeiro prazer trabalhar com este tipo de doentes, porque por mais que lhes possamos dar, acabamos sempre por receber mais do que aquilo que lhe conseguimos oferecer.

A capacidade relacional de quem cuida tem sido uma preocupação constante, e na enfermagem esta assume outra responsabilidade em 1996. "Enfermagem é a profissão que na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano (...)" e na alínea 2 (...) que reconhece ao enfermeiro "competência científica, técnica e humana para a prestação dos cuidados de Enfermagem(...)" e ainda no art.º 5 que estes são caracterizados por, "fundamento uma interação entre enfermeiro e utente (...) estabelecerem uma relação de ajuda com o utente(...)" (REPE, Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, capítulo II, art.º 4º).

No projeto de estágio e mesmo durante a realização do mesmo, foram estabelecidos objetivos, delineadas estratégias e adquiridas competências que permitem o aprofundamento de conhecimentos na área da SMP.

#### 2.1.2 – Objetivos/Atividades/Competências

Objetivo nº4: Identificar no contexto profissional, necessidades/problemas dos utentes psicóticos que interfiram com a sua qualidade de vida.

##### *Atividades:*

- Prestação de cuidados de enfermagem especializados mediante a consecução do processo de enfermagem através de uma parceria de cuidados com o utente e equipa multidisciplinar;

- Incorporar na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, bem como os conhecimentos adquiridos durante o MESMP de forma a garantir o aperfeiçoamento contínuo das práticas;

- Identificação e utilização do método de trabalho adotado na prestação de cuidados de enfermagem;

- Reflexão sobre as experiências vivenciadas e confronto com os conhecimentos teóricos adquiridos;

- Reflexão e acompanhamento da gestão dos cuidados de enfermagem especializados em SMP.

##### Competências:

- Realizar o diagnóstico da saúde mental de um grupo ou população;

- Adequar respostas e intervenções de modo a satisfazer as necessidades identificadas;

- Avaliar fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental, bem como fatores desencadeadores da doença mental;

- Avaliar a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade;
- Capacidade de realizar e implementar o planeamento de cuidados em saúde mental;
- Coordenar e instituir programas de psicoeducação e treino em saúde mental.

“(…) nos CPLEE deveria procurar aprofundar-se a capacidade para conceber cuidados de enfermagem especializados, refletindo sobre a natureza própria do domínio da enfermagem geral e especializada, por forma a que o enfermeiro especialista desenvolva progressivamente uma prática de cuidados cada vez mais proficiente, desenvolva de forma continuada as suas competências para proceder a uma supervisão clínica eficaz e para otimizar as relações com os clientes no sentido da máxima obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (…)” (OE, 2011)

O facto de se tratar de utentes já institucionalizados há muitos anos, e fazerem terapêutica neuroléptica de forma contínua e prolongada, provoca o aumento substancial a nível do peso e um risco acrescido de alterações nos perfis glicídico e lipídico o que, caso os utentes não tenham alguns cuidados nomeadamente no que diz respeito a hábitos alimentares, prática de exercício físico, entre outros, apresentem um risco acrescido de desenvolverem patologias cardiovasculares.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, as doenças cardiovasculares estão associadas um conjunto de fatores de risco, são eles o sedentarismo, a HTA, o tabagismo, o stress, a obesidade, a DM e a dislipidemia, alguns passíveis de ser modificados através da adoção de estilos de vida saudáveis. Quanto mais precocemente for efetuado o diagnóstico, maiores são as possibilidades de prevenir o aparecimento ou diminuir a morbilidade causadas por estes tipo de patologias.

Os cuidados de ESMP são indivisíveis dos cuidados de saúde gerais, este é um dos valores assumido pelo Plano Nacional da Saúde Mental (2007-2016). A orientação de enfermagem para o Cuidar é Holística, centrada na pessoa, esta é vista como um todo em constante interação com o meio.

“Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais” (Colliére, 1999)

Foi também possível constatar que a maioria dos utentes apresentava défices e desinteresse, muitas vezes associado à falta de conhecimento, pelos cuidados necessários a ter com o sol (devido à fotossensibilidade provocada pelos neurolépticos) e pelas atividades lúdicas nomeadamente por hábitos de leitura (a sua maioria sabe ler).

Objetivo nº5: Diminuir o estigma da doença mental, nos cuidadores formais dos utentes Psicóticos, de modo a proporcionar estilos de vida saudáveis.

*Atividades:*

- Identificação das necessidades de intervenção;
- Análise bibliográfica de acordo com as necessidades sentidas;
- Avaliação do impacto da saúde mental nos cuidadores formais;
- Disponibilização de informação sobre a doença mental (causas; prevalência; evolução e tratamento da doença) aos cuidadores formais;
- Implementação de medidas ou estratégias de suporte aos cuidadores formais;
- Desenvolvimento de ações dirigidas para os cuidadores formais, de modo a aperfeiçoar a sua atuação junto dos utentes e famílias;
- Eliminação de estereótipos negativos e mitos no que respeita à doença mental;
- Realização de ação de formação sobre como lidar com o doente psicótico.

Competências:

- Avaliar a repercussão que a saúde mental provoca nos cuidadores formais;
- Analisar o impacto dos sinais e sintomas da esquizofrenia nos cuidadores formais;
- Demonstrar disponibilidade para aprender e planear abordagens de acordo com as necessidades sentidas;
- Capacidade de identificar necessidades formativas na área da SMP;
- Promover a formação em serviço de modo a satisfazer algumas lacunas identificadas na prestação de cuidados ao doente esquizofrénico;
- Proporcionar aos AAM momentos de reflexão, partilha de conhecimentos, emoções e vivências;
- Saber mobilizar conhecimentos teóricos e científicos;
- Capacidade de produzir um discurso fundamentado na área da Esquizofrenia;
- Promover o envolvimento dos AAM na definição de ações/projetos que visem a reabilitação psicossocial do utente esquizofrénico para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade e o aumento da qualidade de vida dos utentes.

Segundo o Artigo 6º, do Regulamento 122/2011, da OE, publicado no Diário da República, 2ªSérie de 18 de Fevereiro de 2011, cabe ao enfermeiro especialista, no domínio da melhoria contínua da qualidade, desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento de estratégias (...) conceber, gerir e colaborar em programas da melhoria contínua da qualidade, criar e manter um ambiente terapêutico seguro.

Assim sendo e numa perspetiva de proporcionar aos utentes esquizofrénicos uma melhor qualidade de vida e uma melhoria dos cuidados prestados, realizaram-se duas ações de formação em serviço, por forma a proporcionar o esclarecimento de dúvidas e o aumento de conhecimento nesta área de intervenção.

A dificuldade em compreender determinados comportamentos e atitudes presentes nos utentes esquizofrénicos, fruto da evolução da própria doença, resultava da falta de

conhecimento da patologia em si, dos sinais, sintomas e limitações. Deste modo, foi realizada uma ação de formação intitulada “Cuidados a prestar ao doente esquizofrénico” com o objetivo de aumentar a instrução de quem cuida, por forma a promover e proporcionar aos utentes uma melhor qualidade de vida.

Foi efetuado um planeamento da sessão (Anexo IV) uma apresentação de diapositivos (Anexo V) onde foram sugeridas estratégias relacionais que incidiam numa melhoria da relação AAM/Utente.

Torna-se relevante referir, que esta sessão teve uma boa receptividade por parte dos AAM do serviço e revelou-se extremamente produtiva no esclarecimento de dúvidas que os AAM muitas vezes não têm oportunidade de as colocar que não nesta circunstância.

O facto de se ter realizado duas sessões, em dias diferentes, facilitou a adesão, bem como o horário selecionado para a formação que permitiu a não colisão com a vida pessoal dos formandos e com a dinâmica do serviço.

Após apresentação da ação de formação, foi solicitado aos formadores o preenchimento de um questionário de avaliação da formação (Anexo VI). A análise dos mesmos permitiu concluir que a opinião foi unânime, todos os AAM reconheceram a pertinência da sessão e demonstraram interesse, vontade e disponibilidade em participarem em sessões semelhantes. Todos consideraram ainda que a ação de formação revelou-se extremamente importante na prestação de cuidados ao doente esquizofrénico.

Objetivo nº6: Implementar planos de prestação de cuidados especializados com vista à promoção de estilos de vida saudáveis em utentes com patologia psicótica.

*Atividades:*

- Avaliação do impacto que o problema de saúde mental provoca na qualidade de vida e bem-estar do utente;
- Realização de sessões de educações para a saúde no que diz respeito a hábitos de vida saudáveis;
- Atividades de estimulação e promoção de exercício físico;
- Utilização de técnicas psicoterapêuticas;
- Implementação de ações e iniciativas que promovam a participação ativa dos utentes na vida social e a sua reinserção na sociedade.

Competências:

- Educar e ajudar o utente esquizofrénico na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas;
- Demonstrar sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos relacionados com comportamentos de risco e estilos de vida pouco saudáveis;
- Analisar o impacto dos sinais e sintomas da esquizofrenia na habilidade e disponibilidade para aprender, planear e adequar abordagens/estratégias de acordo com as limitações dos utentes;

- Promover a adesão do doente esquizofrénico ao tratamento e ao plano de cuidados estabelecidos;
- Implementar intervenções psicoterapêuticas centradas na resposta humana aos processos de doença mental e às transições;
- Utilizar técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o utente esquizofrénico a integrar e desenvolver a sua doença mental e os défices por ela causada, promovendo mudanças positivas no seu estilo de vida;
- Utilizar técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao utente esquizofrénico libertar tensões emocionais e vivenciar experiências satisfatórias;
- Diferenciar os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas do utente esquizofrénico, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com tratamentos;
- Diferenciar exacerbação e recorrência da esquizofrenia, de sinais e sintomas de um novo problema de saúde mental ou outra doença;
- Identificar complicações que frequentemente decorrem da evolução da esquizofrenia incluindo problemas de saúde física.

Com o objetivo de melhor definir e adequar a nossa intervenção no que respeita à prevenção da doença e promoção da saúde, foi realizado um estudo inicial intitulado “A Prevalência da Síndrome Metabólica e fatores de risco nos utentes esquizofrénicos da enfermaria P05/06” (Anexo VII). Após elaboração do mesmo foi possível concluir que todos os utentes apresentam fatores de risco associados, contudo apenas um utente, numa amostra de 27 utentes esquizofrénicos que participaram no estudo, apresenta síndrome metabólica.

Após diagnóstico da população, foi estabelecida os seguintes planos de intervenção:

- Levantamento da terapêutica neuroléptica e das patologias associadas dos utentes esquizofrénicos do serviço;
- Monitorização do peso corporal, altura e cálculo do índice de massa corporal;
- Questionário sobre hábitos de vida saudáveis, constituído por questões simples de escolha múltipla, na qual estavam inseridas as quatro temáticas supracitadas. Foi fornecido numa primeira instância, para averiguar o grau de conhecimentos dos utentes acerca das temáticas abordadas e posteriormente, uma nova aplicação para avaliar a apreensão dos utentes face aos temas, (Anexo VIII);
- Ação de educação para a saúde sobre “Alimentação Saudável e a Importância do Exercício físico” com a aplicação de dois jogos educativos sobre a temática. Um primeiro que consistiu na montagem de um puzzle da roda dos alimentos e nas necessidades das diferentes proporções de cada grupo e o segundo, na construção através de cartões alusivos, de um “dia saudável” (Anexo IX).
- Ação de educação para a saúde sobre “Cuidados a ter com o Sol e a importância da hidratação oral” com a aplicação de um jogo prático alusivo ao tema, cujo objetivo consistia em identificar medidas de proteção necessária

aquando da exposição solar e identificar a importância da ingestão hídrica (Anexo X)

No que respeita à aplicação dos questionários, foi possível constatar relativamente à alimentação, uma grande maioria dos utentes, privilegiou a escolha de alimentos pouco saudáveis mas que iam de encontro aos seus gostos pessoais. Nesta medida, considero que a minha intervenção pode ser determinante na mudança substancial dos hábitos de alimentação saudáveis da população alvo.

No que concerne à prática de exercício físico, foi notória o conhecimento básico e a atribuição de importância do mesmo pelos utentes, no entanto, o défice motivacional provocado também por estímulos externos diminutos, a escassez da sua prática, o consumo excessivo de tabaco, conduzem à ausência de exercício no quotidiano. A própria deterioração física e cognitiva associada à patologia, desencadeia o ócio.

Relativamente aos cuidados a ter com o sol, foi possível verificar que os utentes negligenciam sistematicamente as medidas de proteção, necessitando constantemente de vigilância e incentivo, sobretudo aquando da hidratação oral, utilização de chapéu e aplicação de protetor solar.

Os hábitos de leitura também foram focados no questionário e foi possível concluir que apesar de parte dos utentes saberem ler e manifestarem interesse na leitura de jornais, não o fazem regularmente devido ao difícil acesso à imprensa escrita e ao défice de atenção que possuem. A avaliação dos questionários, da qual resultou a deteção dos défices e das razões que proporciona a manutenção de hábitos de vida menos saudáveis, permitiu direcionar o raio de ação e os objetivos a definir.

Por isso, enveredou-se pela iniciação de uma ação de educação para a saúde sobre a alimentação saudável e outra apresentada a posteriori sobre os cuidados a ter com o sol e a importância da hidratação oral e pela implementação de caminhadas regulares, bem como de criar com os utentes o "dia da leitura" uma vez por semana.

A sessão de educação para a saúde sobre " a alimentação saudável e a importância do exercício físico" bem como a sessão dos "cuidados a ter com o sol e a importância da hidratação oral" tratavam aspetos simples e de fácil compreensão uma vez que a gravidade da disfunção cognitiva da amostra, foi determinada pela aplicação do Mini Mental State Examination (MMSE) e esta situava-se entre 1 a 11 anos de escolaridade.

O MMSE ou teste de Folstein, é um instrumento que foi introduzido por Folstein em 1975, usado para triagem do comprometimento cognitivo e comumente utilizado para triagem de demência. Também é usado para estimar a gravidade da disfunção cognitiva num determinado ponto no tempo e seguir o curso de alterações cognitivas num indivíduo ao longo do tempo.

O mini exame do estado mental (MMSE) é um breve questionário de 30 pontos, que no intervalo de tempo de cerca de 10 minutos, amostras das funções de memória, cálculo e orientação são avaliadas.

Esta foi uma das formas escolhidas para tornar as sessões de educação para a saúde mais eficientes e facilitar o processo de aprendizagem.

Diariamente foi sendo reforçado o ensino sobre a alimentação saudável, os cuidados a ter com o sol e a importância do exercício físico, através da exposição do material já apresentado, mas desta vez essa apresentação ficou a cargo de alguns doentes com menor comprometimento cognitivo e que mostraram disponibilidade para o fazer.

Deste modo, obteve-se uma maior envolvência dos utentes no processo de aprendizagem e simultaneamente a realização de treinos de memória.

Existe vários estudos realizados, que defendem que a memória, neste tipo de doentes, tem de ser continuamente estimulada no sentido de preservar a mesma, caso contrário perde-se. Daí que se tenha optado por fazer treinos de memória diariamente ao longo do estágio.

“Os doentes com Esquizofrenia apresentam um conjunto de défices cognitivos sendo estes mais marcados nos domínios da memória verbal, da vigilância, da atenção (...) os défices cognitivos parecem ser os principais determinantes no funcionamento psicossocial destes indivíduos, sendo os défices da fluência verbal, da aprendizagem, da memória verbal (...) os que causam maior impedimento ao funcionamento adequado do doente” (Pedro Afonso, 2010).

Ambas as exposições efetuadas obtiveram uma receptividade e entusiasmo assinaláveis por parte dos utentes, sendo isso ainda mais notório nas atividades que se seguiram.

Objetivo nº7: Promover e estimular a autonomia dos utentes psicóticos de modo a melhorar a sua qualidade de vida.

*Atividades:*

- Realização de sessões de treinos das AIVD;
- Estimulação diária das ABVD;
- Implementação de ações que visem incentivar o relacionamento interpessoal dos utentes e o processo de autoajuda entre os mesmos.

Competências:

- Demonstrar disponibilidade e capacidade para melhorar o autocuidado dos utentes esquizofrénicos;
- Definir e utilizar estratégias que facilitem respostas adaptativas do utente esquizofrénico às limitações causadas pela doença;
- Utilizar técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o utente esquizofrénico a adotar estratégias de modo a contornar os défices causados pela evolução da doença mental, promovendo mudanças positivas no seu estilo de vida;
- Elaborar e implementar um plano de cuidados ao utente esquizofrénico de modo a aumentar as suas competências e capacidades, e diminuir o grau de incapacidade;
- Aplicar estratégias de interação social.

“O EESMP presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial, 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

(...) envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar (...)" (Regulamento nº129/2011 das Competências Específicas do EEESM, publicado no Diário da República, 2ª série, Nº35)

Assim sendo compete ao enfermeiro especialista, promover a saúde mental, prevenir a doença, estabelecer planos de reabilitação psicossocial, otimizar as capacidades ainda preservadas e diminuir a morbilidade decorrente da evolução da própria doença, demonstrando disponibilidade para melhorar o autocuidado.

Os utentes esquizofrénicos necessitam constantemente de incentivo e estímulo, nos autocuidados, uma vez que estas capacidades se vão dissipando com o evoluir da doença, contudo, são recetivos às intervenções efetuadas e acabamos por conseguir, com frequência, que a higiene oral se revele num momento de descontração e interação entre os utentes.

## 2.2 – Módulo III

A área da geriatria sempre nos cativou, não só pela sua especificidade mas também pela necessidade, e a nosso ver um direito, em ter um final de vida digno e com qualidade. Atualmente fala-se muito em "Envelhecimento Ativo" como forma de promover o bem-estar e sobretudo a qualidade de vida. "Envelhecimento Ativo é o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Este conceito deve ser compreendido no contexto do género e da cultura da pessoa" (OMS/ONU, 2002).

A OMS preconiza uma série de fatores designados por determinantes do envelhecimento ativo, são eles de ordem pessoal (biológicos, genéticos e psicológicos), social (apoio social, educação e alfabetização), comportamental (estilo de vida saudável), de ordem económica (rendimentos e oportunidades de trabalho digno), meio físico (água limpa, ar puro, alimentação segura, acessibilidade a serviços de transporte) e ainda saúde e serviços sociais (orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, acessíveis e de qualidade). Assim sendo, o que se pretende no envelhecimento ativo é a promoção do bem-estar e da qualidade de vida durante o envelhecimento como preconizado pela OMS, através do envolvimento e da participação do idoso em todo este processo.

A Demência sendo reconhecida como uma patologia do envelhecimento cuja prevalência e incidência aumenta com a idade, conduziu a escolha de, no estágio opcional, direcionar a nossa intervenção no âmbito das Demências. O facto de esta patologia ter vindo a aumentar ao longo dos anos e da emergência em prestar cuidados de enfermagem cada vez mais especializados nesta área, foram aspetos determinantes nesta decisão.

### 2.2.1 – Caracterização da Enfermaria P04 (A8)

A Enfermaria P04 (A8) é um serviço que se adequa às necessidades dos utentes que nele residem, não só pelo ambiente acolhedor que transmite mas também pelas suas infraestruturas.

Trata-se de um edifício que sofreu obras há relativamente pouco tempo, totalmente renovado, amplo, de apenas um piso, com tetos altos, janelas grandes, muita luminosidade, que apesar de ter sido reestruturado, demonstra que houve a preocupação em preservar alguns dos traços originais, da Instituição.

O serviço acolhe atualmente 26 utentes do sexo feminino. As patologias psiquiátricas mais frequentes são a Esquizofrenia residual, a Esquizofrenia Catatónica, Demência de Alzheimer, Demência de Pick e Casos Demenciais associado a ingestão de álcool.

A população da enfermaria P04 é constituída por utentes na sua maioria residentes há vários anos e outros com internamentos mais recentes. Recebe ainda utentes particulares que posteriormente, tendo em consideração a sua estabilização/recuperação transitam para o Centro de Dia ao qual o serviço presta apoio.

O Centro de Dia que inicialmente foi concebido para receber utentes portadores da doença de Alzheimer, a alargou a sua intervenção, por decisão do conselho de gerência, noutros tipos de demências por forma a colmatar a dificuldade de resposta das instituições a este tipo de patologia.

A nível de pessoal técnico, o serviço é constituído por uma vasta equipa multidisciplinar, da qual fazem parte uma médica psiquiatra, uma enfermeira chefe, 6 enfermeiras (5 generalistas e uma especialista em saúde mental e psiquiátrica), 8 auxiliares de ação médica (AAM), uma psicóloga, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional.

Trata-se de uma equipa multidisciplinar muito cuidadosa com as utentes, onde a cumplicidade e o processo de entreaajuda são uma mais-valia neste serviço.

Semanalmente, às terças-feiras à tarde, realiza-se uma reunião comunitária, em que estão presentes todas as utentes, a psiquiatra, a enfermeira chefe, a enfermeira que se encontra de serviço no referido turno, a assistente social, a terapeuta ocupacional, a psicóloga e uma AAM que se encontre de serviço, com o objetivo de proporcionar o envolvimento de toda a equipa na prestação de cuidados, realizar uma reflexão da semana anterior e discutir vários temas pertinentes que digam respeito às utentes e seus familiares, bem como planear estratégias de intervenção.

O confronto com a realidade do serviço e as necessidades das suas utentes, conduziu a um reajuste dos objetivos propostos inicialmente para este estágio.

O número de cidadãos europeus com demência é de 7,3 milhões. Face ao envelhecimento da população nos estados-membros da União Europeia os especialistas preveem uma duplicação destes valores em 2040 na Europa Ocidental, podendo atingir o triplo na Europa de Leste. Todos os anos, 1,4 milhões de cidadãos europeus desenvolvem

demência, o que significa que a cada 24 segundos, um novo caso é diagnosticado. (Projecto European Collaboration on Dementia, Eurocode, conduzido pela Alzheimer Europe).

Em Portugal estima-se que existam cerca de 153.000 pessoas com demência) a, dos quais 90.000 com Doença de Alzheimer. (Associação Alzheimer Portugal)

Assim sendo, os cuidados de enfermagem nesta área de intervenção assumem cada vez mais um papel relevante na nossa sociedade, quer seja a nível da prevenção primária, secundária ou terciária.

A minha intervenção neste módulo de estágio, passou sobretudo pela prevenção terciária, ou seja, pela recuperação e melhoria funcional uma vez que a minha população se encontrava residente na instituição, com um diagnóstico há algum tempo, sem retaguarda familiar em grande parte dos casos.

### 2.2.2 – Objetivos/Atividades/Competências

Objetivo nº8: Desenvolver competências de prestação de cuidados de Enfermagem Especializados na área das demências.

#### *Atividades:*

- Integração na equipa multidisciplinar e participação ativa na prestação e cuidados aos utentes com Demência;
- Pesquisa bibliográfica e aprofundamento de conhecimentos específicos na área das demências (tipos e estadios);
- Estabelecimento de um relacionamento terapêutico com o utente e família;
- Observação e pesquisa de prioridades de intervenção e promoção da SMP em utentes com diferentes tipos de demência;
- Observação e participação em projetos de reabilitação e reinserção já existentes no serviço, bem como desenvolvimentos de novos projetos que se mostrem adequados e necessários.

#### Competências:

- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar;
- Desenvolver e aprofundar conhecimentos nesta área da Psiquiatria;
- Capacidade de produzir um discurso fundamentado, nesta área de intervenção;
- Diferenciar os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas do utente com Demência, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com tratamentos;
- Diferenciar exacerbação e recorrência da Demência, de sinais e sintomas de um novo problema de saúde mental ou outra doença;
- Identificar complicações que frequentemente decorrem da evolução da Demência;
- Monitorizar a segurança do utente, fazendo uma avaliação contínua para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de urgência psiquiátrica,

A Demência caracteriza-se por “uma síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crônica ou progressiva na qual se registam múltiplas alterações das funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio, (...). As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação.” (CID 10)

A mesma classificação, considera ainda a demência em três graus: ligeira, moderada e grave, de acordo com o grau de dano da memória e do pensamento abstrato.

“A definição da CID10 “é relativamente ampla e não implica alteração intelectual anterior (...) Assim, a demência implica uma evolução progressiva e crônica para um estado” (Carlos Sequeira, 2010).

Torna-se extremamente importante para definirmos os planos de intervenção de forma eficaz, o diagnóstico precoce da doença e o estadiamento da patologia por forma a incidir os cuidados de enfermagem adequados. No entanto, há ainda alguma dificuldade na uniformização dos critérios de diagnóstico. Contudo, sabe-se que para um diagnóstico rigoroso, é indispensável o exame do estado mental, a história clínica, a avaliação do comportamento diário, a avaliação laboratorial e a aplicação de testes neuropsicológicos (Carlos Sequeira, 2010).

Os cuidados especializados nesta área de intervenção, revelam-se de extrema importância na medida que a população idosa tem vindo a duplicar nos últimos 40 anos, daí emerge a necessidade em dar resposta a esta nova realidade através de programas que promovam o envelhecimento ativo, incentivem a coesão e interação familiar e protejam o idoso de negligência, de más práticas, de violência física e psicológica (Carlos Sequeira, 2010).

No sentido de contribuir para uma melhoria da qualidade de vida das utentes da enfermaria P04 e de forma a orientar a nossa intervenção nesta área da saúde mental de acordo com as necessidades demonstradas pelas utentes/serviço, foi elaborada a seguinte ordem de trabalho:

- Consulta do historial clínico de cada utente e terapêutica atual;
- Aplicação do MMSE, como triagem do comprometimento cognitivo;
- Aplicação da escala de avaliação clínica da Demência/Clinical Dementia Rating (ACD/CDR) (Hughes e col.,1982; Morris, 1993; Garret e col., 2003b), com o objetivo de avaliar a fase da demência em que as utentes se encontravam;
- Aplicação do Índice de Barthel para avaliar o tipo e o grau de dependência nas ABVDs;
- Aplicação de instrumento de avaliação da atividade física das utentes através do IPAQ (versão curta);
- Monitorização do peso corporal, altura, cálculo do IMC, PGC, CT, TA, FC e PA.

A consulta do historial clínico das utentes permitiu-nos conhecer a nossa população e compreender melhor determinados comportamentos que as utentes manifestavam, a sua história de vida bem como o suporte familiar que estas utentes apresentavam.

O MMSE continua a ser um instrumento de avaliação utilizado para triagem de demência e do comprometimento cognitivo, dada a sua fácil aplicabilidade. Dá-nos uma avaliação breve do estado mental das utentes, no que concerne à orientação, memória, atenção, cálculo, habilidade construtiva entre outros. Com a sua aplicação pretendeu-se avaliar a gravidade da disfunção cognitiva.

A escala de avaliação clínica da Demência/Clinical Dementia Rating (ACD/CDR) (Hughes e col., 1982; Morris, 1993; Garret e col., 2003b) foi aplicada com o objetivo de avaliar a fase da demência em que as utentes se encontravam. Esta escala é um dos instrumentos utilizados para avaliar o estágio da demência. Trata-se de um questionário que avalia seis categorias: memória, orientação, juízo e resolução de problemas, atividades sociais e cuidado pessoal. Cada categoria deve ser pontuada com 0; 0,5; 1; 2 ou 3 pontos. No que diz respeito ao preenchimento deste questionário é relevante referir que a afetação da “memória” tem prioridade para a determinação do estado geral. Assim sendo se três categorias tiverem a mesma pontuação da memória, o grau de afetação desta é que definirá o estado geral. Se verificarmos que existem três ou mais categorias com valores superiores ao da memória, então prevalece esse valor. No entanto, qualquer que seja o instrumento utilizado sobre a demência, não podemos descurar as queixas que os prestadores de cuidados referem nomeadamente, falhas de memória, alterações de humor, dificuldades na gestão do dinheiro, entre outros (Carlos Sequeira, 2010). Neste caso, foi complementada informação fornecida pela equipa multidisciplinar do serviço.

Após determinarmos o estágio de demência que as utentes apresentam, foram efetuadas sessões de treinos cognitivos adequados às utentes e indo ao encontro dos défices cognitivos que estas apresentavam. Uma grande parte das utentes apresentava demência no estágio moderado, ou seja, apresentam alterações significativas a nível da memória, dificuldade na resolução de problemas, desorientação espaço/temporal, alterações da linguagem, da atenção, emoção e da personalidade (apenas duas no estágio grave ou severo, sendo totalmente dependentes nas atividades de vida diárias). Deste modo e no sentido de dar continuidade ao trabalho iniciado no estágio do módulo anterior, foram efetuadas sessões que tinham como objetivo o treino de memória, que consistia em exibir uma imagem e posteriormente era solicitado que as utentes construíssem um puzzle da imagem visualizada anteriormente. Esta atividade foi bem aceite pelas utentes, no entanto foi necessário muito estímulo e incentivo para realizarem a atividade.

Outro exercício utilizado foi a construção de um “retrato” do dia-a-dia na enfermaria, através de cartões que mostravam as diversas atividades que normalmente efetuavam. Foi também um exercício que exigiu muito incentivo e ajuda parcial.

Também foi possível constatar que a nossa população alvo apresentava dependência a nível das ABVD (atividades básicas de vida diária) desta forma foi aplicado o Índice de Barthel, instrumento habitualmente utilizado, quer na prática clínica quer na prática de investigação, para avaliar o grau e o tipo de dependência das ABVD. Após análise das diferentes atividades que integram o Índice de Barthel, foi possível constatar que a população alvo apresentava uma

maior dependência a nível do banho, da higiene corporal e do vestir. Por forma a minimizar estes défices foram organizadas sessões de treino para desenvolver competências de adaptação bem como otimização e preservação das capacidades ainda mantidas. Deste modo, durante os cuidados de higiene, que se realizam diariamente no turno da manhã, cerca das 8h30m, as utentes eram incentivadas e estimuladas diariamente no sentido de uma maior autonomia e independência nas ABVD's.

A monitorização da atividade física destas utentes através da aplicação do IPAQ, pretendeu avaliar os hábitos de atividade física que estas utentes apresentavam. No que concerne à monitorização do peso corporal, altura, cálculo do índice de massa corporal, pesquisa de glicemia capilar (PGC), colesterol total, tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC) e perímetro abdominal, fatores de risco da síndrome metabólica, permite direcionar a minha intervenção para a estimulação cognitiva através da utilização de hábitos de vida saudáveis uma vez que estas utentes apresentam um grande défice a nível dos autocuidados, higiene, vestir, alimentar-se, entre outros, indo ao encontro do lema "corpo sã mente sã".

Objetivo nº9: Promover a sensibilização, informação e orientação dos cuidadores formais, sobre as demências e em como lidar com os utentes portadores desta patologia.

*Atividades:*

- Identificação das necessidades de intervenção;
- Avaliação do impacto que a demência provoca nos cuidadores formais;
- Pesquisa bibliográfica;
- Disponibilização de informação sobre a referida patologia e de estratégias para melhor lidar com o utente demente (ação de formação);
- Desenvolvimento de ações adequadas ao contexto e às necessidades identificadas no serviço, sempre que se revele pertinente.

Competências:

- Capacidade de identificar necessidades formativas no serviço;
- Demonstrar disponibilidade para aprender e planear abordagens de acordo com as necessidades sentidas;
- Avaliar a repercussão que a Demência causa na qualidade de vida dos utentes;
- Promover a formação em serviço de modo a satisfazer algumas lacunas identificadas na prestação de cuidados ao "doente com demência";
- Proporcionar aos AAM momentos de reflexão, partilha de conhecimentos, emoções e vivências;
- Capacidade de produzir um discurso fundamentado na área das Demências;
- Promover o envolvimento dos AAM na definição de ações/projetos que visem a reabilitação psicossocial do utente com demência para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade e o aumento da qualidade de vida dos utentes;
- Providenciar medidas de suporte aos cuidadores formais, em concreto aos AAM.

Com a longevidade da idade, aumenta a prevalência das doenças crônicas e o grau de dependência das pessoas idosas, conseqüentemente a implementação de programas que dê resposta a esta situação.

A função do cuidar ao longo dos tempos tem estado vinculada essencialmente à família (Lage, 2005) Contudo, devido às mudanças que a família tem vindo a sofrer no seu ciclo de vida (famílias nucleares, instabilidade financeira, ausência de filhos) e mesmo a “desresponsabilização” que as famílias assumem sobre os mais idosos, avós ou pais, conduz a uma alteração no cuidar e à emergência em definir e implementar programas de saúde especializados para dar resposta a esta situação.

No que se refere às utentes da enfermaria P04, o que se verifica é que a sua maioria não apresenta qualquer retaguarda familiar, estando o seu cuidado ao encargo da instituição logo dos cuidadores formais.

Ao longo do estágio fomos constatando que as maiores dificuldades sentidas pelas AAM ao lidar com os doentes dementes prendiam-se com o desconhecimento dos sintomas que a patologia provoca.

No sentido de colmatar esta dificuldade, foi-nos proposto pelo serviço a realização de uma ação de formação intitulada “Cuidados a prestar ao Doente com Demência” por forma a melhorar o conhecimento das auxiliares de ação médica (AAM) que cuidam destas utentes no que respeita aos sintomas e limitações que a Demência provoca no utente (Anexo XI).

“A informação/formação ao cuidador reveste-se de particular importância para capacitar o cuidador na gestão dos sintomas, na segurança dos cuidados e para promover uma gestão adequada do regime terapêutico, com ganhos evidentes em saúde, que se traduzem na (...) melhoria da qualidade de vida do doente e da família” (Parecer nº 02/2010, emitido pela Mesa do Colégio de Especialidade de acordo com o Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica relativamente à adequação técnico-científica da admissão das pessoas com demência nas unidades de dia e promoção da autonomia)

Aumentando a instrução de quem cuida promovemos e proporcionamos aos utentes uma melhor qualidade de vida e promovemos o envelhecimento ativo. A informação deverá ser a primeira competência a ser adquirida, uma vez que através desta desenvolvemos as competências que se seguem.

Através desta formação, foram sugeridas estratégias relacionais que incidiam numa melhoria da relação AAM/Utente. Esta sessão teve uma boa receptividade por parte dos AAM do serviço e foi muito produtiva para a exposição de dúvidas que as AAM muitas vezes não têm oportunidade de ser esclarecidas.

O horário selecionado para a sessão promoveu a adesão e permitiu a não colisão com a vida pessoal dos formandos e com a dinâmica da enfermaria.

Após avaliação dos questionários aplicados para avaliar a sessão, verificou-se que todas as AAM do serviço acharam pertinente a realização da mesma e demonstraram interesse e disponibilidade para frequentar outras sessões semelhantes. Todas referiram ainda que a sessão apresentada tinha sido útil, esclarecedora e importante para as suas atividades na

prestação de cuidados ao doente com Demência. No final da sessão foi distribuído um panfleto com um resumo da sessão apresentada, de forma a servir de suporte para esclarecimentos posteriores. (Anexo XII)

Objetivo nº10: Implementar planos de prestação de cuidados especializados com vista à promoção e preservação da saúde mental em doentes com demência.

*Atividades:*

- Avaliação do impacto que a Demência provoca na vida do utente;
- Aplicação da terapia de reminiscência;
- Realização de exercícios de psicomotricidade;
- Realização de um estudo de caso.

Competências:

- Analisar o impacto dos sinais e sintomas da esquizofrenia na habilidade e disponibilidade para aprender, planear e adequar abordagens/estratégias de acordo com as limitações dos utentes com Demência;
- Promover a adesão do utente demente ao tratamento e ao plano de cuidados estabelecido;
- Implementar intervenções psicoterapêuticas centradas na resposta humana aos processos de doença mental e às transições;
- Utilizar técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o utente demente a minorar os défices causados pela evolução da patologia;
- Utilizar técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao utente demente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências satisfatórias;
- Diferenciar os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas do utente demente, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com tratamentos;
- Diferenciar exacerbação e recorrência da demência, de sinais e sintomas de um novo problema de saúde mental ou outra doença;
- Utilizar técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas de estimulação cognitiva.

O tratamento das demências deve ser adequado a cada caso e contempla estratégias farmacológicas e não farmacológicas. A farmacoterapia deve ser complementada por estimulação cognitiva global, psicoterapia, musicoterapia, cuidados de enfermagem, etc. (Carlos Sequeira, 2010).

A necessidade de melhorar a qualidade de vida dos doentes com Demência passa pela implementação de programas de reabilitação, nomeadamente através de intervenções não farmacológicas. O principal objetivo das mesmas assenta na necessidade de reduzir o impacto da doença e minimizar as dificuldades do quotidiano (Carlos Sequeira, 2010)

Após identificados os défices e as funções comprometidas "(...)qualquer técnica não farmacológica a implementar deverá ter por base uma avaliação neuropsicológica exaustiva, de

modo a identificar os défices e as funções que podem ser estimuladas, o tipo de demência e o estágio em que se encontram” (Carlos Sequeira, 2010)

Com o decorrer do estágio, o processo de aprendizagem e a aquisição de competências foram facilitados na medida em que as utentes progressivamente se adaptaram à nossa presença. De um modo geral, após alguns ajustes das intervenções implementadas, as atividades realizadas foram bem recebidas, por todas as utentes.

Posteriormente à observação das necessidades das utentes optou-se por elaborar os seguintes planos não farmacológicos: sessão de psicomotricidade (Anexo XIII), duas sessões de terapia de reminiscência (Anexo XIV), bem como a elaboração de um estudo de caso (Anexo XV).

A Psicomotricidade é uma ciência estruturada em diversas áreas do conhecimento que se dispõe a desenvolver as faculdades expressivas e intelectuais do Homem através do movimento. É uma ciência que foi ganhando reconhecimento ao longo do tempo, relaciona o movimento com a construção psíquica. “Relaciona afeto, emoções, meio ambiente como fatores influenciadores no movimento.” (Henri Wallon, 1925). Para Hurtade, 1991, “é a ciência da educação que enfoca a unidade indizível do Homem, educando o movimento ao mesmo tempo em que se põe em jogo as funções intelectuais através da motricidade.”

Deste modo e após conclusão da vida sedentária que estas utentes apresentam, foi elaborada uma sessão de psicomotricidade, realizada no ginásio da instituição, que teve a recetividade da maioria das utentes. Optou-se por uma serie de exercícios onde se pretendia o treino do equilíbrio, da lateralidade, da interação social, do relaxamento, aliado a uma lista de músicas cuidadosamente selecionadas, para em simultâneo, realizar terapia de reminiscência, através de músicas do tempo de juventude das utentes.

*“A estimulação cognitiva tem evidenciado efeitos positivos essencialmente em doentes com leve e, em alguns casos, moderada. Esta dirige-se essencialmente à esfera mnésica, através de um método individual adaptado a cada doente, ao estágio em que se encontra, em função dos défices existentes e da deterioração global. (...)*

*A terapia por reminiscências pretende que o doente reviva acontecimentos agradáveis, como forma de estimulação da memória, melhoria da sua qualidade de vida, melhoria da sua auto estima, facilitando o interesse pelo contacto social;*

*A musicoterapia é uma técnica que permite um relaxamento importante numa fase inicial, para diminuir a ansiedade e facilitar o contacto com o outro;*

*Outras Intervenções de enfermagem centradas na promoção da autonomia, maximizam as potencialidades do idoso, minimizando a sua dependência, (...) técnicas facilitadoras do desempenho de algumas atividades (higiene, mobilidade, alimentação, ...), entre outras, de modo a promover a autonomia e funcionalidade.” (Parecer nº 02/2010, emitido pela Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica relativamente à adequação técnico-científica da admissão das pessoas com demência*

nas unidades de dia e promoção da autonomia, da RNCCI (art.º 21 do Dec. Lei. 101/2006 de 6 de Junho),

As sessões de terapia de Reminiscência, podem ser realizadas individualmente ou em conjunto, foram realizadas na sala de estar da enfermaria e optou-se por serem realizadas em grupo. A primeira, através de cheiros, que teve um efeito muito engraçado nas utentes, porque todas queriam adivinhar e uma outra através de objetos que as utentes utilizavam no antigamente ou na profissão que tinham (dedal, agulha de bordar, panela de cozinhar, livros, uma galinha e uma ovelha em loiça, bonecas, entre outras). Esta última provocou uma atenção redobrada das utentes relativamente aos objetos exibidos, no entanto quando lhes era solicitada a sua funcionalidade algumas não conseguiram responder.

Embora não exista estudos que comprovem a eficácia desta terapia, parece verificar-se alguma melhoria a nível cognitivo (Carlos Sequeira, 2010)

No que se refere ao trabalho que foi sendo desenvolvido no que respeita às AVDB (Anexo XVI), os ensinamentos/estímulos foram realizados diariamente de um modo informal e mostrou frutos, sobretudo no que diz respeito à higiene oral. Há utentes que, por autoiniciativa, após os cuidados de higiene, tratam da sua higiene oral sem ser necessário incentivar e estimular. Foi ainda possível constatar que o facto de, na enfermaria, existirem utentes com patologias em que a função cognitiva se encontra mais preservada, conduz a um estímulo constante dos défices que outras apresentam. No fundo, não se perdem todas as rotinas que faziam parte do seu dia-a-dia e que as realizavam de forma autónoma e independente.

No que diz respeito ao estudo de caso, este “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 aspetos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.” (Ponte, 2006:2). Assim sendo, o estudo de caso é um tipo de investigação qualitativa que consiste na observação detalhada de um contexto, um indivíduo, uma comunidade ou de um acontecimento específico (o caso) e posteriormente a generalização dos factos observados no caso específico.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, no que concerne à sua participação no tratamento de pessoas com doença mental “visa contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família” (OE, 2010).

Assim sendo, a realização do estudo de caso teve como objetivos, além da exigência curricular, desenvolver competências a nível da investigação qualitativa, realizar e implementar um plano de cuidados individualizado em saúde mental utilizando a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), versão Beta 1; identificar os

resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde do cliente, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental; melhorar a qualidade de vida da doente promovendo a sua autonomia, melhorar o estado de saúde geral, melhorar a função cognitiva ou impedir o agravamento desta, estimular capacidades cognitivas e minimizar o stress.

A elaboração do estudo de caso, embora a instituição não tenha adotado ainda qualquer sistema informático de suporte, demonstrou a importância e a necessidade de uma linguagem comum nos cuidados de enfermagem em SMP, e impulsionou a possível adoção de uma linguagem comum pelos enfermeiros da instituição.



## CONCLUSÃO

Embora ambos os estágios não tenham sido realizados no serviço onde desempenhamos funções como profissionais, a realidade dos utentes com os quais trabalhamos, incentivam a um desempenho cada vez mais consciente, competente e diferenciado para a qualidade dos cuidados de Enfermagem, o que originou uma sentida necessidade em fazer mais e melhor, traduzindo-se na vontade de realizar o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A competência é um processo construído, que consiste na capacidade de mobilizar adequadamente diversos conhecimentos prévios, selecionar e integrar esses conhecimentos perante uma determinada situação ou problema. É o objetivo último de vários objetivos que contribuem para a sua aquisição (Roldão, 2003)

O Regulamento nº. 129/2011, publicado no Diário da República, 2ª série – Nº.35, de 18 de Fevereiro de 2011, define o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, que tem como objetivo regular e garantir uma certificação das mesmas e comunicar aos cidadãos o que podem esperar de um EESMP.

Assim sendo, um EESMP, tem que ser capaz de mobilizar e colocar em ação, diversos conhecimentos na área da SMP, através de determinados recursos tais como, capacidades relacionais, esquemas comportamentais, juízos e avaliações, operações de raciocínios que garanta à pessoa, grupo ou comunidade o conjunto de competências especializadas na área da SMP. Assim sendo, a competência não é um estado mas sim um processo que se vai construindo.

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica deverá possuir a capacidade de desenvolver uma visão holística no seu cuidar tendo como base a relação interpessoal, a comunicação e a relação de ajuda, “mais do que o seu saber e saber fazer (conhecimentos técnicos e científicos), o enfermeiro deve também desenvolver o seu saber ser e o seu saber estar, tanto com ele mesmo como na relação com a pessoa, pois estes factos, constituem na sua essência, os alicerces da relação terapêutica indispensável à prática do cuidar em Saúde Mental e Psiquiátrica” (Sequeira, 2006).

Com a realização deste relatório de estágio foi possível descrever de forma sistemática e organizada, o longo percurso de estágio nomeadamente objetivos, atividades, competências e reflexões tendo uma base científica.

A exigência permanente nas profissões, a nossa não é exceção, conduz a uma atualização contínua e permanente de conhecimentos na nossa área de intervenção.

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, contempla assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a saúde mental, a prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e recuperação das pessoas com patologia mental. Desta forma torna-se emergente a formação de enfermeiros EESMP.

Ao longo do estágio, foi possível integrar um conjunto de conhecimentos provenientes da formação inicial, pessoal e profissional, através de habilidades cognitivas, psicomotoras,

técnicas, entre outras, por forma a satisfazer a necessidade dos utentes e a exigência curricular.

É relevante salientar que o projeto de estágio facilitou o processo de aprendizagem na medida que serviu de guia orientador para as intervenções efetuadas, apesar de requer alguns ajustes e reformulações.

A estruturação do plano de estudos garantiu a possibilidade de desenvolver atividades e a aquisição de competências nas diferentes áreas de intervenção, bem como o desenvolvimento pessoal e profissional.

Assim sendo, pode-se concluir que objetivos propostos inicialmente foram atingidos, apesar das adversidades com que nos fomos deparando ao longo da construção da nossa identidade profissional na SMP.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. 2003. Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: que parcerias para a excelência em saúde. Cadernos Sinais Vitais, Coimbra;

AFONSO, P. 2010. Esquizofrenia: Para além dos mitos, descobrir a doença. Princípia Editora, Cascais;

ALARCÃO, Isabel et al. 1996. Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de supervisão, Porto Editora Lda. Porto;

ALARCÃO, I. TAVARES, J. 2003. Supervisão da Prática Pedagógica: Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem, 2ª edição. Almedina, Coimbra;

AZEVEDO, C.A.,AZEVEDO,A.G. 2008. Metodologia Científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos, 9ªedição.Universidade Católica Editora, Lisboa;

BARBIER, J. 1993. Elaboração de Projetos de Ação e Planificação. Porto Editora, Porto, pág. 52;

BENNER, P. 2001. De iniciado a perito. Quarteto Editora, Coimbra, pág. 294;

BERMUDES R., KECK J. P., MECKROY S. 2007. Managing metabolic abnormalities in the psychiatrically ill – a clinical guide for psychiatristsII, prefácio; Washington DC, American Psychiatric Publishing;

BIOGRAFIA JOAQUIM FERREIRA DOS SANTOS, disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Joaquim\\_Ferreira\\_dos\\_Santos](http://pt.wikipedia.org/wiki/Joaquim_Ferreira_dos_Santos) (consultado em Julho,13, 2011 às 23h00m).

CAMPOS, L.P.C.V.2009. Doença Mental e prestação de Cuidados. Universidade Católica Editora, Lisboa.

CHALIFOUR, J. 1989. La relation d`aide en soins infirmiers – Une prespective holistique-humaniste. Editions Lamarre, Paris;

COLLIÈRE, M. 1999. Promover a Vida: Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. Lidel Edições Técnicas, Lisboa;

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. 2002. Ganhos de Saúde em Portugal: ponto de situação: Relatório do Diretor Geral e do Alto Comissário da Saúde. DGS, Lisboa;

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE: 2004. Rede de referenciação da Psiquiatria e Saúde Mental. DGS, Lisboa;

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. 2006. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa;

DOMINGUES, I. 2008: Obesidade, fatores de risco cardiovascular e qualidade de vida em doentes esquizofrénicos institucionalizados no Centro Hospitalar Conde de Ferreira. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental. FMUP. Porto;

FEDERAÇÃO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA. 1996. Música para Idosos: Revista Brasileira de Musicoterapia. Pág., 46-48;

FORTIN, M. 1999. O processo de Investigação, da conceção à realização. Lusociência, Loures;

GUERREIRO, M. SILVA, A. & BOTELHO, M. 1994. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-Mental State Examination (MMSE). Revista Portuguesa de Neurologia. 1, 9-10.

INE: Projeção da População Portuguesa em Portugal 2009 – 2016. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt);

JAIR, J. M., LEITÃO, R. J.: Revista brasileira de Psiquiatria, 2000; 22. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000500006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500006) (consultado em Janeiro, 13, 2012 às 22h30m)

LAGE, I.: Cuidados familiares a Idosos In:C. Paúl; Fonseca, A. M.: Envelhecer em Portugal. Climepsi Editores, Lisboa;

MINAME. M. H. Chacra, A. P. M.2005.Síndrome Metabólica. Revista da Sociedade de Cardiologia de São Paulo. Volume 15;

NANDA. 2008. Diagnósticos de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 396 p.;

NOGUEIRA, F.: 2004, Decisores Hospitalares: Necessidades Formativa e Informativas. Tese de Doutoramento. UTAD, Vila Real;

OLIVEIRA, D.L.M. 2010. Monitorização da Temperatura Corporal com termómetro Digital Timpânico e termómetro Digital Axilar: Análise da Reprodutibilidade e da Validade. Tese de Mestrado. FMUP. Porto.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. A Reforma da Saúde Mental. [em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=103&view=news:Print&id=813&print=1>.

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

PENTEADO, F. R. GOMES, N. M. 2008. Atividade física e síndrome metabólica: um estudo de revisão. Revista Digital. Nº 125. Buenos Aires;

PHANEUF, M. 2003. Da teoria à prática e os limites do professor/orientador em ensino clínico. Fórum Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, Coimbra;

PHANEUF, M. 2005. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência, Loures;

PLANO NACIONAL DA SAÚDE MENTAL 2007-2016:Disponível em: [http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm\\_planonacionalsaudemental2007-2016\\_resumoexecutivo.pdf](http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016_resumoexecutivo.pdf) (consultado em Dezembro,16, 2011 às 21h30m).

RIBEIRO,O.; PAÚL, C. 2011. Manual de Envelhecimento Ativo; Lidel – edições técnicas, Lda.;

REMGINGTON. G. M. D., PH. D. 2006. Schizophrenia, Antipsychotics, and the Metabolic Syndrome: Is There a Silver Lining? Am J Psychiatry 163:7.

ROLDÃO. M. C. 2003: Gestão do currículo e avaliação de competências. Editorial Presença, Lisboa;

RUDIO, F.V. 1999. Orientação não-diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia. 13 Edição. Petrópolis: Vozes:

SÁ-CHAVES, I. 1999. Supervisão: Conceções e Práticas – Conferência De abertura da semana da prática pedagógica das licenciaturas em ensino. Aveiro: Universidade de Aveiro;

SÁ-CHAVES, I.2000 Formação. Conhecimento e Supervisão: Contributos nas áreas de formação de professores e de outros profissionais, 1ª Edição. Aveiro: Universidade de Aveiro;

SANTOS, R. NUNES, A. RIBEIRO, J. C. SANTOS, P. Duarte. J. A. R. MOTA. 2005. Obesidade, Síndrome metabólica e atividade física: Estudo exploratório realizado com adultos de ambos os sexos, na Ilha de S. Miguel, Região Autónoma dos Açores, Portugal. Revista Brasileira Educação Física e Desporto. São Paulo. p.317.

SEQUEIRA, C.2006 Introdução à Prática Clínica: do diagnóstico em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Quarteto Editora, Coimbra;

SEQUEIRA, C.2010. Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental; Lidel edições técnicas, Lda.;

THAKORE. J. H. 2005. Metabolic Syndrome and Schizophrenia. British Journal of Psychiatry. 455-456;

TOWNSEND, M.C.2009. Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica; 6ª Edição. Lusodidacta;

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. 2011. Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria. Porto;

VIEIRA, M. 2009. Ser Enfermeiro, Da Compaixão à Proficiência; 2ª Edição; Universidade Católica Editora.

# ANEXOS

# ANEXO I

(Plano de estágio)



Estágio Instituição/ Serviço Ano Mês Semana de Estágio	Modulo I									Modulo III							
	UNIDADE P05/06 CHCF									UNIDADE P04 CHCF							
	2011									2011							
	Abril	Maio				Junho				Outubro				Novembro			
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>
Objectivo nº1																	
Objectivo nº2																	
Objectivo nº3																	
Objectivo nº4																	
Objectivo nº5																	
Objectivo nº6																	
Objectivo nº7																	
Objectivo nº8																	
Objectivo nº9																	
Objectivo nº10																	



# ANEXO II

(Projeto de estágio reformulado)





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
Instituto de Ciências da Saúde

## PROJECTO DE ESTÁGIO Reformulado

Ana Emília Marques De Castro Guimarães  
Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiatria  
Sob Orientação de: Prof. Maria Manuela Magalhães

Porto, Abril de 2011

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

*“Todos nós vivemos o nosso próprio mundo. Mas se tu olhares para o céu estrelado,  
verás que todos esses mundos se combinam, formando constelações, sistemas solares e  
galáxias.”*

*(Paulo Coelho)*



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
Instituto de Ciências da Saúde

## PROJECTO DE ESTÁGIO Reformulado

Ana Emília Marques De Castro Guimarães  
Trabalho realizado no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem com  
Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria  
Sob Orientação de: Prof. Maria Manuela Magalhães

Porto, Abril de 2011

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

### **SIGLAS**

**CHCF** – Centro Hospitalar Conde de Ferreira

**UDEP** – Unidade de Doentes de Evolução Prolongada

**ESMP** – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**MESMP** – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica

**UCP** – Universidade Católica Portuguesa

**SMP** – Saúde Mental e Psiquiátrica

**AVD'S** – Actividades de vida diárias

**AVDI** – Actividades de vida instrumentais

UCP – Porto, Instituto de Ciências da Saúde

© 2

**ÍNDICE**

0- NOTA INTRODUTÓRIA.....	6
1- DESENVOLVIMENTO.....	8
1.1 - FUNDAMENTAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ACÇÃO.....	8
1.2 - OBJECTIVOS/COMPETÊNCIAS E ACTIVIDADES A DESENVOLVER.....	8
1.2.1 - OBJECTIVOS/COMPETÊNCIAS E ACTIVIDADES A DESENVOLVER, COMUNS AO MÓDULO I E AO MÓDULO II.....	9
1.2.2 - OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DE CADA MÓDULO.....	11
1.2.2.1 – UNIDADE P05/06.....	11
1.2.2.2 – UNIDADE P04.....	13
2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
3- BIBLIOGRAFIA.....	17
4 – ANEXO	

Este projecto estrutura-se numa justificação dos temas a desenvolver, bem como na apresentação dos campos de estágio, com contextualização da selecção da Instituição e serviços. Segue-se a apresentação dos objectivos/competências e intervenções a implementar em ambos os campos de estágio bem como as estratégias delineadas. Por fim, será efectuada uma breve conclusão do projecto.

**0- NOTA INTRODUTÓRIA**

O presente projecto foi elaborado no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP), da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Porto, enquadrando-se na Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que será realizado no período entre 27 de Abril de 2011 e 4 de Fevereiro de 2012.

O estágio é composto por um total de 540 horas. De modo a facilitar o processo de ensino/aprendizagem e a aquisição de novos conhecimentos e competências, o estágio deste Mestrado compreende três Módulos de 180 horas cada um:

- Módulo I – Intervenção a nível da promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção;
- Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de internamento de adultos agudos;
- Módulo III – (Opção) Desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria.

No entanto, uma vez que obtive creditação ao Módulo II – Unidade de Internamento, só irei realizar o Módulo I e o Módulo III respectivamente.

A orientação do estágio estará a cargo da Sr.ª Professora Maria Manuela Magalhães, e será tutorado por um(a) Enfermeiro(a) Especialista ou Mestre em cada respectivo local de estágio. Este estágio, surge como uma fusão entre as várias unidades curriculares já leccionadas e deverá demonstrar todo o universo de conhecimentos já anteriormente apreendidos e a sua aplicabilidade no contexto da prática, com o objectivo de adquirir, desenvolver e aperfeiçoar competências na área da ESMP.

Para Barbier (1993:52) “Projecto não é uma simples representação do futuro do amanhã, do possível, de uma «ideia», é o futuro a «fazer», um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em acto.”

Deste modo, torna-se indispensável a elaboração de um projecto de estágio, para que sirva de guia orientador às intervenções de Enfermagem que irão ser desenvolvidas ao longo do mesmo.

Assim sendo, elaborou-se este documento, de forma descritiva através de pesquisa bibliográfica, da formação teórica ministrada, bem como das orientações fornecidas e dos conhecimentos adquiridos na prática diária da SMP.

**I - DESENVOLVIMENTO****I.1 - FUNDAMENTAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ACÇÃO**

O Hospital do Conde Ferreira, actual CHCF, é um marco na história da psiquiatria. Destinado a ajudar os alienados mentais foi, e é também, uma escola de exemplar perfil ao serviço da psiquiatria, o que desde logo me levou a optar por esta Instituição para realizar o meu estágio de ESMP.

Desempenho funções como enfermeira Generalista no CHCF, na UDEP A4-S.João.

O estágio desenvolvido no contexto de trabalho, permite a realização de um projecto individual, direccionando os nossos objectivos para as necessidades dos utentes e consequentemente da Instituição.

O facto de me questionar constantemente acerca do meu exercício profissional e de como a minha prática e o meu agir como enfermeira e como pessoa poderia influenciar a dinâmica e o funcionamento do serviço e da instituição onde trabalho, fez com que decidisse realizar lá o meu estágio.No fundo, foi um despoletar da necessidade e vontade em fazer mais e melhor.

A realidade e as necessidades dos utentes com os quais trabalho, incentiva a um desempenho cada vez mais consciente, competente e diferenciado para a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Assim sendo, decidi realizar o Módulo I (Intervenção a nível da promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção) na P05/06 sob a tutoria da Sr.ª Enfermeira Anabela Moutinho, Mestre em Saúde Mental e Psiquiátrica, no períodos de 27 de Abril a 25 de Junho de 20011.

O Módulo III (Desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria) será realizado na P04, no período de 3 de Outubro a 26 de Novembro. Sendo este de opção, será direccionado para a área das demências, sob a tutoria da Sr.ª Enfermeira Paula Tavares, enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

**I.2 - OBJECTIVOS/COMPETÊNCIAS E ACTIVIDADES A DESENVOLVER**

Num projecto de estágio, é fundamental a referencia aos objectivos, actividades e estratégias que se visam implementar nos campos de estágio, podendo estes ser ou não comuns aos dois módulos de estágio a realizar. No entanto, estes objectivos não são rígidos uma vez que até ao momento da realização do estágio e mesmo durante este, poderão ocorrer alterações

significativas que levem a uma desadequação da sua realização e à necessidade de uma reformulação do mesmo. Para além disso, durante o processo de aprendizagem podemos ter necessidade de flexibilizar os nossos planos de forma a podermos absorver informações e responder a novos desafios, que consideremos importantes para a nossa formação pessoal e profissional e para as necessidades dos utentes com os quais iremos trabalhar.

### 1.2.1 – Objectivos/competências e actividades a desenvolver, comuns ao Módulo I e ao Módulo II:

<b>Objectivo nº1: Conhecer a dinâmica organizacional, funcional e estrutural das unidades</b>
<b>Estratégias:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita guiada ao serviço;</li> <li>• Consulta de regulamentos, protocolos e normas do serviço;</li> <li>• Pesquisa sobre a estrutura física e a organização do serviço;</li> <li>• Identificação dos recursos materiais e humanos do serviço</li> <li>• Observação participada;</li> <li>• Integração na equipa multidisciplinar e participação na prestação de cuidados directa aos utentes e familiares;</li> <li>• Realização de entrevistas informais com a equipa multidisciplinar;</li> <li>• Identificação dos projectos e programas desenvolvidos pela instituição.</li> </ul>

Dada a especificidade das características de cada módulo e as competências que se pretendem adquirir em cada um deles, torna-se pertinente elaborar objectivos específicos para cada módulo.

#### 1.2.2.1 – Unidade P05/06

<b>Objectivo nº4: Identificar no contexto profissional, necessidades/problemas dos utentes psicóticos que interfiram com a sua qualidade de vida.</b>
<b>Estratégias:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestação de cuidados de enfermagem especializados mediante a consecução do processo de enfermagem através de uma parceria de cuidados com o utente e equipa multidisciplinar;</li> <li>• Incorporar na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, bem como os conhecimentos adquiridos durante o MESMP de forma a garantir o aperfeiçoamento contínuo das práticas;</li> <li>• Identificação e utilização do método de trabalho adoptado na prestação de cuidados de enfermagem;</li> <li>• Reflexão sobre as experiências vivenciadas e confronto com os conhecimentos teóricos adquiridos;</li> <li>• Reflexão e acompanhamento da gestão dos cuidados de enfermagem especializados em SMP.</li> </ul>

**Objectivo nº5: Diminuir o estigma da doença mental, nos cuidadores formais dos utentes Psicóticos, de modo a proporcionar estilos de vida saudáveis.**

**Estratégias:**

**Objectivo nº2 - Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada, tanto a técnicos como à população alvo:**

**Estratégias:**

- Pesquisa bibliográfica;
- Aplicação e mobilização de conhecimentos adquiridos durante o MESMP;
- Aproveitar as oportunidades no estágio para desenvolver conhecimentos na área da ESMP;
- Demonstrar capacidade de decisão;
- Comunicação eficaz utilizando uma linguagem mais técnico-científica para técnicos e uma linguagem acessível para a população alvo.

**Objectivo nº3 - Manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de aprendizagem e de auto-desenvolvimento pessoal e profissional produzindo um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas**

**Estratégias:**

- Pesquisa bibliográfica;
- Demonstração de interesse e motivação em aprender temas e assuntos novos;
- Comunicação reflectida e estruturada tanto com a equipa multidisciplinar bem como com o doente/ família;
- Fundamentação dos cuidados de Enfermagem prestados;
- Reflexão escrita quinzenalmente;
- Realização de um portefólio das actividades desenvolvidas durante a prática clínica, como forma de reflexão e promoção do desenvolvimento do espírito crítico;
- Promoção de momentos de reflexão e troca de experiências com a equipa multidisciplinar.

#### 1.2.2 – Objectivos específicos de cada módulo

- Identificação das necessidades de intervenção;
- Análise bibliográfica de acordo com as necessidades sentidas;
- Avaliação do impacto da saúde mental nos cuidadores formais;
- Disponibilização de informação sobre a doença mental (causas; prevalência; evolução e tratamento da doença) aos cuidadores formais;
- Implementação de medidas ou estratégias de suporte aos cuidadores formais;
- Desenvolvimento de acções dirigidas para os cuidadores formais, de modo a aperfeiçoar a sua actuação junto dos utentes e famílias;
- Eliminação de estereótipos negativos e mitos no que respeita à doença mental.
- Realização de acção de formação sobre como lidar com o doente psicótico.

**Objectivo nº6: Implementar planos de prestação de cuidados especializados com vista à promoção de estilos de vida saudáveis em utentes com patologia psicótica**

**Estratégias:**

- Avaliação do impacto que o problema de saúde mental provoca na qualidade de vida e bem-estar do utente;
- Realização de sessões de educação para a saúde no que diz respeito a hábitos de vida saudáveis;
- Actividades de estimulação e promoção de exercício físico;
- Utilização de técnicas psicoterapêuticas;
- Implementação de acções e iniciativas que promovam a participação activa dos utentes na vida social e a sua reinserção na sociedade.

**Objectivo nº7: Promover e estimular a autonomia dos utentes psicóticos de modo a melhorar a sua qualidade de vida**

**Estratégias:**

- Realização de sessões de treinos das AVDI;
- Estimulação diária das AVD's;
- Implementação de acções que visem incentivar o relacionamento interpessoal dos utentes e o processo de autoajuda entre os mesmos.

## 1.2.2.2 – Unidade P04

**Objectivo nº8: Desenvolver competências de prestação de cuidados de Enfermagem Especializados na área das demências.**

**Estratégias:**

- Integração na equipa multidisciplinar e participação activa na prestação e cuidados aos utentes;
- Pesquisa bibliográfica e aprofundamento de conhecimentos específicos na área das demências (tipos e estadios);
- Estabelecimento de um relacionamento terapêutico com os utente e família;
- Observação e pesquisa de prioridades de intervenção e promoção da SMP em utentes com diferentes tipos de demência;
- Observação e participação em projectos de reabilitação e reinserção já existentes no serviço, bem como desenvolvimentos de novos projectos que se mostrem adequados e necessários.

**Objectivo nº9: Promover a sensibilização, informação e orientação dos cuidadores formais, sobre as demências e em como lidar com os utentes portadores desta patologia**

**Estratégias:**

- Identificação das necessidades de intervenção;
- Avaliação do impacto que a demência provoca nos cuidadores formais;
- Pesquisa bibliográfica;
- Disponibilização de informação sobre a referida patologia e de estratégias para melhor lidar com o utente demente (acção de formação);
- Desenvolvimento de acções adequadas ao contexto e às necessidades identificadas no serviço, sempre que se revele pertinente.

## 2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de um projecto torna-se extremamente relevante, na medida em que nos permite avaliar e desenvolver a nossa capacidade de auto-análise e a consciencialização das nossas potencialidades.

O presente projecto, além de se apresentar como uma exigência curricular, servirá ainda de orientação ao longo do ensino clínico. A sua elaboração, revelou-se interessante e simultaneamente muito exigente. A organização da estrutura do trabalho revelou-se na maior dificuldade encontrada. Por sua vez, o contacto com a realidade do campo de estágio e com as necessidades/problemas dos utentes, facilitou a definição das competências a desenvolver e a sua relação com os objectivos específicos, da qual resultou a reformulação do projecto inicial de estágio.

O projecto, não tendo uma estrutura totalmente rígida, é susceptível de modificação, deixando espaço para que possa ser reajustado ou reformulado ao longo do estágio, de forma a satisfazer as necessidades dos utentes e/ou instituição.

As dificuldades sentidas na sua elaboração serviram de certo modo para aprofundar conhecimentos, desenvolver o sentido crítico/reflexivo e promover o processo de aprendizagem.

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”.

Assim sendo, o ensino clínico servirá para adquirir novos conhecimentos e consolidar conhecimentos já adquiridos, proporcionando um crescimento profissional e pessoal.

**Objectivo nº10: Implementar planos de prestação de cuidados especializados com vista à promoção e preservação da saúde mental em doentes com demência**

**Estratégias:**

- Avaliação do impacto que o demência provoca na vida do utente;
- Aplicação da terapia de reminiscência;
- Realização de exercícios de psicomotricidade;
- Realização de um estudo de caso.

## 3- BIBLIOGRAFIA

BARBIER, J.- "Elaboração de Projectos de Acção e Planificação." Porto Editora, Porto, 1993, pág. 52;

COLLIÈRE, M. – Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. Lisboa. Lidel, Edições Técnicas 1999

ORDEM DOS ENFERMEIROS. A Reforma da Saúde Mental. [em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=103&view=news:Print&id=813&print=1>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa, 20 de Novembro de 2010.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, Porto 2011

SEQUEIRA, C. – Cuidar de Idosos com Patologia Física e Mental. Lidel Editores, Outubro de 2010.

# ANEXO

Estágio Instituição/ Serviço Ano Mês Semana de Estágio	Modulo I									Modulo III							
	UNIDADE P05/06 CHCF									UNIDADE P04 CHCF							
	2011									2011							
	Abril			Maio			Junho			Outubro				Novembro			
1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	
Objectivo n°1																	
Objectivo n°2																	
Objectivo n°3																	
Objectivo n°4																	
Objectivo n°5																	
Objectivo n°6																	
Objectivo n°7																	
Objectivo n°8																	
Objectivo n°9																	
Objectivo n°10																	



# ANEXO III

(Organograma do CHCF)



# Organograma Centro Hospitalar Conde de Ferreira (CHCF)

ORGÃOS

De Gestão

De Direcção  
Clínica

De Direcção  
Técnica

Serviços / Unidades

**Conselho de Gerência**  
Presidente, Dr. António Tavares  
Vice-Presidente, Prof. Silvério Cordeiro  
Administrador Executivo  
Dr. António Monteiro

Director Clínico  
Dr. Adrian Gramary

Enfermeira Geral  
Enf.ª Carminda Mag.

**Comissões Técnicas:**  
Controlo e Infecção Hospitalar; Farmácia e Terapêutica; Ética

Peric. Forense  
Dr. Nivaldo Martins

Internamento  
Dra. Isabel Martins

UCCI  
Dra. Luísa Ramos

UPA  
Dra. Rosa Gonçalves

Hospital Dia  
Dra. Margarida Cardoso

Consulta Ext.  
Dr. Romero Arós

Contab e Tes.  
Dra. Iva Silva

R. Humanos  
Dr. Joaquim Sala

Serv. Gerais  
Dr. Joaquim Sala

Aprovisionam.  
Dra. Elisabete Mendes

C Dia Alzheimer.  
Dra. Anabela Monteiro

Psicologia  
Dra. Anabela Monteiro

Serviço Social  
Dra. Rosa Luís

Técnic. Saúde  
Dra. Teresa Rodrigues

Farmácia  
Dra. Joana Morais

S Man Inst Eq.  
Eng.º Álvaro Fraga

T. Informática  
Eng.º André Sousa

Doentes S Hot  
Eng.º André Sousa

Bibliot. Museu  
Dra. Maria da Luz

Higiene e Segurança  
Eng.ª Ana Nogueira

Q. Plan. Apoio Gestão  
Dr. Ângelo Duarte

UCCI: Unidade Cuidados Continuados Integrados  
UPA: Unidade Perturbações Aditivas

**Legenda:**  
Relações Hierárquicas: —  
Relações Técnicas: - - -



# ANEXO IV

(Planeamento da ação de formação “Cuidados a prestar ao doente Esquizofrénico”)





**Cuidados a Prestar ao Doente Esquizofrénico  
(Planeamento da Acção de Formação)**

4º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização  
Em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
Estágio Módulo I  
Centro Hospitalar Conde Ferreira, Enfermaria P05/06  
Tutora do Estágio: Enf.ª Anabela  
Orientadora: Prof. Manuela Magalhães

**Trabalho realizado por:**  
Ana Guimarães  
Nº 361610032

**Trabalho realizado por:**  
Ana Guimarães  
Nº 361610032

Porto Junho de 2011

Porto, Junho de 2011

MESMP – UCP, Instituto de Ciências da Saúde, Porto

2

Planeamento da Acção de Formação  
Cuidados a Prestar ao Doente Esquizofrénico

Planeamento da Acção de Formação  
Cuidados a Prestar ao Doente Esquizofrénico

**Índice**

1 - Introdução.....	4
2 – Planeamento da Acção de Formação – “Cuidados a prestar ao Doente Esquizofrénico”.....	5
2.1– Análise da Situação.....	5
2.2– Objectivos da Formação.....	5
2.3– Selecção e Organização dos Conteúdos.....	6
2.4– Selecção de Estratégias.....	6
2.5 – Organização da Acção de Formação.....	8
2.6 – Avaliação.....	9
3 - Conclusão.....	10
4 – Bibliografia.....	11
Anexos	

**1 - Introdução**

A presente Acção de Formação intitulada “Cuidados a Prestar ao Doente Esquizofrénico”, será realizada no âmbito do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), Universidade Católica Portuguesa – Porto (UCP – Porto) e enquadra-se na unidade curricular do estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, módulo I, 2º semestre, realizado no Centro Hospitalar Conde Ferreira, Enfermaria P05/06 (A1).

O planeamento de uma acção de formação permite organizar e estruturar a sessão de modo a alcançar os objectivos pretendidos e a facilitar o processo ensino/aprendizagem.

Esta acção de formação surge como resposta à necessidade de aquisição e/ou consolidação do conhecimento sobre a esquizofrenia. O aumento da instrução dos cuidadores de utentes portadores desta patologia proporciona uma melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

A Esquizofrenia é uma doença mental, grave, crónica e incapacitante é pois imperativo que os cuidadores dos utentes esquizofrénicos tenham a capacidade de compreender todas as alterações a nível do pensamento, das emoções, da percepção, da afectividade e do comportamento que estes utentes possam apresentar e assim contribuírem na melhoria da qualidade de vida destes utentes.

A aprendizagem é um processo contínuo no tempo e deverá ser “reciclada” constantemente no sentido de fazer sempre mais e melhor.

Esta é uma das funções das Instituições: formar e (re) formar os seus empregadores de modo a aumentar a eficácia e a eficiência mas sobretudo a qualidade.

Na impossibilidade de as instituições não o realizarem pelos mais diversos motivos, cabe-nos a nós, futuros enfermeiros especialistas, garantir a qualidade dos cuidados prestados e de vida dos utentes.

## 2- Planeamento da Acção de Formação "Cuidados a prestar ao Doente Esquizofrénico:

O planeamento de uma acção de formação, propõe-se servir de guia para o processo ensino/aprendizagem, com a finalidade de atingir os objectivos pretendidos de um modo integrante e lógico.

O planeamento pedagógico sobre "Cuidados a prestar ao Doente Esquizofrénico" terá por base algumas etapas que serão abordadas seguidamente.

### 2.1 – Análise da Situação

**Grupo alvo:** Auxiliares de Acção Médica (AAM) da Enfermária P05/06 (9 formandos).

**Local:** Enfermária P05/06 do Centro Hospitalar Conde de Ferreira.

**Data (s):** 16 e 22 de Junho de 2011.

**Hora:** 13h45m;

**Duração:** 60 minutos

**Recursos humanos:** Esta acção foi preparada e desenvolvida por uma formadora,

Ana Guimarães com auxílio e supervisão da Enf.ª Tutora (Enfermeira Anabela);

**Recursos materiais:** Suporte informático (PC portátil e Data Show), mesas e cadeiras.

**Recursos físicos:** Refeitório dos utentes da Enfermária P05/06;

**Finalidade:** Transmitir conhecimentos relacionados com a Esquizofrenia de modo a proporcionar uma melhor prestação de cuidados e uma melhoria na qualidade de vida destes utentes.

### 2.2 – Objectivos da Formação

Com a elaboração desta formação, pretende-se atingir os seguintes objectivos:

- Proporcionar informação clara e sucinta acerca da doença mental, que sirva para os AAM conhecerem melhor os sintomas e limitações que a doença provoca de modo a proporcionar aos utentes uma melhor qualidade de vida;
- Propor estratégias relacionais que incidam numa melhoria da relação AAM/Utente;
- Oferecer ferramentas que ajudem os AAM a enfrentar os momentos de crise do utente;

Esta acção de formação irá ser desenvolvida no refeitório dos utentes de forma a garantir uma maior confidencialidade. Ao longo da sessão, sempre que seja oportuno irá ser referido comportamentos, de vários utentes do serviço como exemplo de modo a melhor adequar a componente teórica à prática e assim facilitar o processo de aprendizagem.

A acção de formação deverá reunir a informação de forma clara e sucinta, não utilizando termos técnicos que poderão não ser compreendidos e comprometer a aquisição de conhecimentos. Posteriormente à exposição será disponibilizado um folheto onde se encontram reunidas as ideias fundamentais da sessão. A estrutura e a organização do mesmo serão simples para que possa ser consultado sempre que os A. A. Médica sintam necessidade de esclarecimento de quaisquer dúvidas. Além de esta ser também uma forma de consolidar o conhecimento transmitido.

No fim da sessão será distribuído um questionário com o objectivo de avaliar a mesma em termos de eficácia, pertinência e qualidade, bem como o desempenho do formador.

### 2.3 – Selecção e organização de conteúdos

Nesta acção de formação, pretende-se abordar a forma como esta patologia altera o quotidiano destes utentes e a sugestão de estratégias e/ou comportamentos que os cuidadores possam adoptar de modo a proporcionar aos utentes uma vida digna.

Assim sendo, optou-se pela exposição clara e sucinta dos seguintes conteúdos:

- Definição de Esquizofrenia;
- Diferentes tipos de Esquizofrenia;
- Etiologia e epidemiologia da doença;
- Principais sintomas que a esquizofrenia provoca;
- Estratégias relacionais;
- Identificação de momentos de crise e aquisição de estratégias para ultrapassá-la;

### 2.4 – Selecção de estratégias

A estratégia é talvez a componente mais importante nas acções, de formação uma vez que é através desta que o conhecimento chega à população alvo.

O método que se pretende utilizar nesta acção de formação é o método afirmativo – participativo, com técnica de exposição oral com auxílio de suporte informático (PC portátil conectado ao Data Show), de modo a que os objectivos definidos possam ser mais facilmente atingidos.

Este método, caracteriza-se por uma maior participação por parte do formador, permitindo uma exposição clara dos factos a fim de demonstrar e afirmar o seu saber e transmitir o seu ponto de vista, bem como os seus conhecimentos.

Será elaborado pela enfermeira chefe uma nota de serviço, que será afixada no placard dos avisos da enfermária, a convocar todos os AAM da Enfermária P05/06 a estarem presentes na sessão, dando a possibilidade de escolha de um ou outro dia.

O local para realizar a acção de formação foi estrategicamente escolhido devido a garantir a permanência dos formandos no local de trabalho para qualquer eventualidade que possa surgir. A hora que se pretende dar início à formação bem como a sua duração, também foi propositada para a sessão uma vez que tenciona garantir a possibilidade de os AAM que se encontram a prestar cuidados no turno da manhã, bem como os do turno da tarde (que normalmente chegam mais cedo ao serviço) possam assistir e não tenham que despendir muito do seu tempo pessoal para o fazer. Além disso é a hora que grande parte dos utentes se ausenta do serviço para frequentar as actividades ocupacionais da parte da tarde e o facto de não interferir com as principais funções desenvolvidas pelos A. A. Médica também foi um aspecto preponderante para a escolha

### 2.5 – Organização da Actividade:

<b>Local:</b> Refeitório dos utentes da Enfermária P05/06.			
<b>Tema:</b> Cuidados a prestar ao Doente Esquizofrénico.			
<b>Data (s):</b> 16 e 22 de Junho de 2011.			
<b>Hora:</b> 13h45m.			
<b>Duração:</b> 60 minutos.			
<b>Formadora:</b> Ana Guimarães.			
<b>Grupo destinatário:</b> Equipa de A. A. Médica da Enfermária P05/06 (9 )			
<b>Objectivos:</b> Pretende-se que os A. A. Médica sejam capazes de:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar os principais sintomas e limitações que a doença provoca;</li> <li>▪ Adoptar estratégias relacionais que incidam numa melhoria da relação AAM/Utente;</li> <li>▪ Identificar situações de crise do utente;</li> <li>▪ Utilizar ferramentas adequadas nos momentos de crise do utente;</li> </ul>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Metodologia
Introdução	3 Minutos	- Apresentação pessoal e do tema/motivação para o mesmo	Afirmativa Participativo
Desenvolvimento	45 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definição de Esquizofrenia;</li> <li>▪ Diferentes tipos de Esquizofrenia;</li> <li>▪ Etiologia e epidemiologia da doença;</li> <li>▪ Principais sintomas que a esquizofrenia provoca;</li> <li>▪ Estratégias relacionais;</li> <li>▪ Identificar momentos de crise e aquisição de estratégias para ultrapassá-la;</li> </ul>	Afirmativa – técnica da exposição auxiliada pela projecção de diapositivos (Exemplos reais)
Conclusão	7 Minutos	Síntese das ideias fundamentais; - Esclarecimentos de dúvidas Distribuição do folheto	Metodologia afirmativa/participativa auxiliada pela projecção de diapositivos
Preenchimentos de Questionário	5 Minutos	Pertinência da formação; Qualidade da	Participativa (questionário escrito)

## 2.6 - Avaliação

A avaliação da acção de formação será fundamental na compreensão de que forma o planeamento realizado, foi ou não adequado ou seja, se permitiu atingir os objectivos inicialmente propostos.

Deste modo, a avaliação será efectuada no decorrer e no final da sessão, através de:

- o Adesão e motivação dos formandos face à sessão;
- o Participação no diálogo aberto e questões colocadas durante a formação;
- o Análise e avaliação do questionário aplicado;
- o Mudança de comportamentos no processo relacional com os utentes como resposta à aprendizagem.

## 3 - Conclusão

A elaboração de um planeamento de acção permite, uma orientação de todo o processo de modo a melhorar o futuro do formando e do formador.

No entanto, este não deverá ser fechado nem impedir a inserção de novas estratégias e acções que se revelem oportunas e pertinentes no decorrer da acção em questão. Temos de nos adaptar às situações não previstas e retirar proveito das mesmas.

Esta acção de formação tem como principal objectivo a melhoria da qualidade de vida dos utentes portadores de patologia mental, para que estes possam ter uma vida digna, mas também uma promoção da saúde mental dos A. A. Médica uma vez que se estes, reunirem conhecimentos para cuidar destes utentes mais facilmente conseguirão digerir os comportamentos promotores de stress e ansiedade que a Esquizofrenia poderá provocar na pessoa que cuida.

## 4 - Bibliografia

- o TOWNSEND, M.C.: Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica; Lusodidacta; 6ª Edição;
- o AFONSO, Pedro: Esquizofrenia; Principia; Cascais; Março, 2010; 1ª Edição.
- o CAMPOS, L.P.C.V.: Doença Mental e prestação de Cuidados; Universidade Católica Editora, Lisboa, 2009.
- o Material fornecido nas Unidades Curriculares de Psiquiatria e Psicopatologia;



# ANEXO V

(Diapositivos da ação de formação “Cuidados a prestar ao doente Esquizofrénico”)



## Esquizofrenia (Psicose)

### ➤ O que é?

É uma doença cerebral que perturba o:

- ✓ Pensamento;
- ✓ Emoções e afectos;
- ✓ Volição;
- ✓ Atenção;
- ✓ Concentração;
- ✓ Adaptação ao real;
- ✓ Capacidade de planeamento;
- ✓ Capacidade de resolver problemas;
- ✓ Poder de decisão;
- ✓ Dificuldade de distinguir o real do imaginário;
- ✓ Relacionamento com os outros.

4

UICP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Cuidados a Prestar ao Doente Esquizofrénico

## Esquizofrenia (Psicose)

• Doença mental crónica, que se manifesta por surtos (períodos agudos com sintomatologia intensa), intercalados com períodos de remissão (abrandamento da intensidade dos sintomas);

• Tipos de esquizofrenia:

- Paranóide;
- Desorganizada (Hebefrénica)
- Catatónica;
- Indiferenciada;
- Simples;
- Residual;
- Esquizo afectiva (não é uma verdadeira forma de estado da esquizofrenia e possui melhor prognóstico que esta)

5

UICP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Objectivos da Acção de Formação

- ✓ Proporcionar informação clara e sucinta acerca da doença mental, que sirva para os AAM conhecerem melhor os sintomas e as limitações que a doença provoca de modo a proporcionar aos doentes uma melhor qualidade de vida;
- ✓ Propor estratégias relacionais que incidam numa melhoria da relação AAM/doente;
- ✓ Oferecer ferramentas que ajudem os AAM a enfrentar os momentos de crise do doente.

2

UICP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### Teorias Etiológicas

▪ Teoria Neurobiológica:

- Alterações bioquímicas: Envolvimento da dopamina e de outros neurotransmissores.
- Excesso de actividade dopaminérgica;
- Os antipsicóticos melhoram os sintomas da esquizofrenia reduzindo a produção da dopamina.
- Alterações estruturais:
  - ✓ Aumento do tamanho dos ventrículos laterais;
  - ✓ Atrofia nas áreas pré - frontais e temporais.

6

UICP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### ➤ O que é?

- É uma doença mental crónica grave e incapacitante, que se caracteriza por um conjunto de sintomas entre os quais se destacam as seguintes alterações:
  - Do pensamento (delírios);
  - Da percepção (alucinações);
  - Das emoções e afectividade;
  - Da motivação.

3

UICP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### ✓ Assim sendo,

Há uma vasta serie de Teorias que tentam explicar a Esquizofrenia, no entanto, nenhuma por si só explica a sua origem, mas **complementam-se...**

10

UICP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### Teorias Etiológicas

#### ▪ Teoria Psicodinâmica:

- O stress psicológico provoca uma repressão que vai sobrecarregar os mecanismos de defesa, desencadeando uma sequência de mudanças internas cuja expressão são os sintomas psicóticos.
- Acontecimentos de vida e stress:
  - Os acontecimentos de vida significativos, tanto a doença recidiva;
  - Vulnerabilidade prévia;
  - Exigência social principiante ou de agravamento;
  - Hipoestimulação e sobremedicação podem agravar o curso da doença.

7

UICP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### Epidemiologia:

- Afecta cerca de 1 a 2% da população;
  - Todas as classes sociais e grupos Humanos;
  - Mulheres = Homens;
  - Idade de inicio mais frequente:
    - Homens 15 a 25 anos
    - Mulheres 25 a 35 anos
- (pouco frequente antes dos 10 ou depois dos 50 A)
- A psicose é a terceira causa de suicídio;
  - Consumo e abuso de substâncias:
    - ¾ consomem cigarros;
    - 30 a 50% abuso de álcool;
    - 15 a 25% consomem Cannabis;
    - 5 a 10% consomem cocaína.

11

UICP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### Teorias Etiológicas

#### ▪ Teoria Genética:

Vários genes podem estar envolvidos, contribuindo com os factores ambientais para o eclodir da doença.

Risco geral : 1%

Maior risco de doença se houver um caso prévio na família:

- ✓ Se um dos pais sofre de EQZ: prevalência nos filhos é de 8 - 18% ;
- ✓ Ambos os pais sofrem de EQZ: prevalência dos filhos é de 15 - 55%;
- ✓ Quando existe um parente de segunda geração: prevalência é de 2,5 %
- ✓ Irmão gémeo: prevalência é de 20 - 75%

Nota:

Mesmo na ausência de história familiar, a doença pode ainda ocorrer. Cerca de 81% dos doentes com este tipo de psicose, não têm qualquer familiar em primeiro grau atingido pela doença

8

UICP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### Causalidade

- ❖ A causa é desconhecida;
- ❖ Factores ligados à constituição:
  - Base Hereditária;
  - Lesões cerebrais precoces;
- ❖ Outros factores de stress, biológicos ou psicossociais;
- ❖ ↑ nos parentes de esquizofrénicos;
- ❖ 45- 50% nos gémeos monozigóticos.

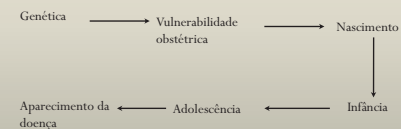
12

UICP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### ✓ Teoria neurodesenvolvimental:



9

UICP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### ✓ Sintomas positivos:

Excesso ou distorção das funções normais. São os mais floridos e exuberantes.

- Delírios;
- Alucinações;
- Pensamento e discurso dissociado;
- Alterações do comportamento;
- Catatonia - Raros

16

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### □ Sintomas:

- No início da doença, podem aparecer:
  - Insónia, deambulando pela casa a noite toda;
  - Ansiedade, inquietação ou agitação;
  - Dificuldade de concentração;
  - Hostilidade, desconfiança e medos injustificados;
  - Isolamento social;
  - Reacções emocionais pouco habituais;
  - Comportamento estranho, como recusa em tocar as pessoas, vestuário e penteados bizarros, desleixo com a aparência ou pouca preocupação com a higiene pessoal;
  - Abandono das actividades habituais

13

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### ✓ Sintomas positivos:

- **Delírios:** São crenças falsas, irrealis, e irracionais à argumentação lógica da realidade

Quanto aos temas:

- **Influência:** Pensa estar a ser influenciado por máquinas, ou pela televisão;
- **Envenenamento;**
- **Outros:** Difusão do pensamento, roubo do pensamento), eco do pensamento (ouve o seu pensamento em voz alta), etc.

17

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### □ Sintomas:

- Podem surgir de forma:
  - **Insidiosa** ou gradual: em semanas ou meses
  - **Aguda:** em dias ou poucas semanas
- Ausência de "Insight"
- Sem juízo crítico, para o seu estado ( sem consciência crítica):
- fora da nossa realidade: não perceber que está doente.

14

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### ✓ Sintomas positivos:

#### ➢ Alucinações:

Percepções irrealis, mas que o doente sente como verdadeiras, podem ser:

- **Auditivas:** São as mais frequentes. Refere ouvir barulhos, ou vozes que o insultam, que lhe dão ordens, ou vozes de várias pessoas que dialogam entre si;
- **Visuais:** Vêem imagens ou pessoas que não existem no mundo real;
- **Tácteis:** Por ex. Sentem picadas no corpo ou que andam a mexer nos seus genitais;

18

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### □ Sintomas

- A medida que a doença avança:
  - Os sintomas passam a ser mais intensos e mais graves;
  - Podem ser divididos em duas categorias:



15

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### ✓ Sintomas negativos:

- Embotamento afectivo:  
Falta de reacção para estímulos emocionais, apresentando frequentemente fácias pouco expressivas, fugindo ao contacto visual.
- Alogia:  
Pobreza no conteúdo do seu discurso. As respostas e perguntas são breves, e a quantidade de fala espontânea é restrita, transmitindo pouca informação.
- Abolia ou Apatia:  
Falta de iniciativa ou de vontade, com incapacidade para iniciar ou manter uma actividade.
- Isolamento social
- Anedonia:  
Incapacidade para sentir prazer naquelas actividades que habitualmente gostava antes da doença surgir;

22

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### ✓ Sintomas positivos:

#### ➤ Alucinações:

- **Gustativas:** Sentem sabores estranhos na boca;
- **Cinestésicas:** Alucinações corporais com movimento:  
ex. sensações alucinatórias dentro do corpo (algo dentro da barriga que mexe)
- **Cenestésicas:** Alucinações corporais fixas  
ex. sente que têm algo no corpo (algo que aperta nos genitais).

19

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### Sinais e sintomas que antecedem uma crise:

É importante identificar os sinais e sintomas que antecedem uma crise...

23

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### ✓ Sintomas positivos:

- Pensamento e discurso dissociado:  
Elaboram frases sem sentido ou inventam palavras (neologismos).
- Alterações do comportamento:  
Comportamentos desorganizados (comer de uma forma desordenada) e estranhos, agitação, agressividade, impulsividade.
- Catatonia  
Distúrbios psíquicos e motores, que podem alternar entre extremos, tais como o aumento de actividade e do movimento (hipercinesia), e a diminuição total de todo o tipo de actividade (estupor), ou entre a obediência automática e a resistência a todas as instruções que lhe são solicitadas (negativismo).
- Outros sintomas  
São o mutismo, as estereotipias e maneirismos, ecolalia e ecopraxia

20

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

- Insónia;
- Diminuição do apetite;
- Isolamento / Abandono das actividades;
- Irritabilidade;
- Tristeza;
- Risos imotivados;
- Mudança na execução das actividades de vida;
- Posturas estranhas;
- Vestir-se de forma estranha;
- Desleixo da higiene pessoal.

24

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### ✓ Sintomas negativos:

- Diminuição ou perda das capacidades mentais. Estes sintomas vão alterar a capacidade de funcionar no dia-a-dia dos doentes, provocando por vezes que se isolem, percam o emprego, os amigos, etc.
- Embotamento afectivo;
  - Alogia;
  - Abolia ou apatia;
  - Isolamento social;
  - Anedonia;
  - Défices cognitivos

21

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### • Comportamentos/attitudes a evitar:

- ✓ Ser arrogante;
- ✓ Evitar o contacto físico quando o doente está irritado;
- ✓ Falar demasiado ou adoptar um comportamento de retórica;
- ✓ Ser intolerante ou demasiado crítico;
- ✓ Gritar ou ser sarcástico;
- ✓ Discutir com ele na presença de outras pessoas;
- ✓ Ser demasiado paternalista ou crítico;
- ✓ Evitar a crítica constante: trate dos comportamento que o incomodam de uma forma directa e franca .

28

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### • Formas de obter melhorias de comunicação:

- ✓ Falar lentamente e em tom baixo;
- ✓ Usar frases curtas e simples;
- ✓ Se necessário, repetir as frases e perguntas usando as mesmas palavras;
- ✓ Saber escutar;
- ✓ Não ser curioso;
- ✓ Adotar conversas de temas externos – ex.: Viste a nova série da TV ?;
- ✓ Ser claro, não mentir, nem emitir mensagens de teor contraditório.
- ✓

25

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### O que fazer na fase de delírio?

- ✓ Não racionalizar, discutir ou questionar o delírio;
- ✓ Transmita segurança, para o doente se sentir seguro;
- ✓ Encorajar a expressão de sentimentos de ansiedade, medo e segurança;
- ✓ Ajudar a entender a origem do delírio.

29

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### Formas de conseguir uma melhoria da qualidade de vida na relação doente/cuidador:

- ✓ Estimular a sua auto – estima, através de elogios e apoio;
- ✓ Compreender que o isolamento é fruto da doença;
- ✓ Não pressionar o doente a participar nas atividades;
- ✓ Atribuir – lhe a execução de tarefas, que se encontrem dentro das suas possibilidades;
- ✓ Manter rotinas normais de higiene, alimentação e atividade na enfermaria.

26

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

- ✓ Não confirmar nem alimentar o delírio;
- ✓ Demonstrar interesse no doente mais do que nos sintomas;
- ✓ Avaliar áreas na vida da pessoa que sejam impossíveis de controlar, em relação às quais não pode participar;
- ✓ Avaliar de que modo o delírio interfere no seu funcionamento;

30

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Esquizofrenia (Psicose)

### • Formas de conseguir uma melhoria da qualidade de vida na relação doente/cuidador:

- ✓ Elogiar frequentemente - ex.: que se penteou
- ✓ Respeitar os seus desejos e preocupações - Se ele sentir medo, não lhe diga: “ não sejas tonto, não tenhas medo”. Deverá antes acalma-lo e transmitir-lhe segurança.

27

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16-06-2011

## Bibliografia:

- TOWNSEND,M.C.: Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica; Lusodidacta; 6ª Edição;
- AFONSO, Pedro: Esquizofrenia; Principia; Cascais; Março, 2010; 1ª Edição.
- CAMPOS, L.P.C.V.: Doença Mental e prestação de Cuidados; Universidade Católica Editora, Lisboa, 2009.
- Material fornecido nas Unidades Curriculares de Psiquiatria e Psicopatologia;

## Muito Obrigada!

É necessário dedicar uma atenção crescente aos cuidadores, de modo

...a que quem Cuide não fique por Cuidar

“...Cuidemos dos Cuidadores, pois **com generosidade e competência**, todos teremos a ganhar!”

(Barreto, 2002)

# ANEXO VI

(Questionário de avaliação da ação de formação “Cuidados a prestar ao doente Esquizofrénico”)



Acção de Formação realizada no âmbito do Mestrado em  
Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica  
**"Cuidados a prestar ao doente Esquizofrénico"**

Acção realizada por: Enf.ª Ana Emília Marques de Castro Guimarães      Data: 16/06/2011  
Local: Enfermaria A1

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA FORMAÇÃO

Este questionário enquadra-se no âmbito da Avaliação da Eficácia da Formação .  
É um dos instrumentos que permitem identificar a adequação do programa e o  
impacto da acção no desenvolvimento pessoal e profissional dos participantes,  
tanto ao nível do desempenho dos formadores, como da equipa/organização.

#### IDENTIFICAÇÃO DO FORMANDO

Nome:

Morada:

Localidade:       Código-Postal:

Tempo de Serviço:       Escolaridade:

#### QUESTIONÁRIO

É muito importante que exprima a sua opinião, assinalando as opções que melhor a traduzem.

1 - Em que medida considera que os conteúdos da acção foram úteis ao desenvolvimento da sua função?

Inúteis      Pouco úteis      Úteis      Muito Úteis

2 - Em que medida o desempenho do formador contribuiu para a melhor compreensão/aprendizagem dos conteúdos?

Inútil      Pouco útil      Útil      Muito Útil

3 - Considera que esta formação teve impacto ao nível do seu desempenho em equipa dentro da(o) instituição/serviço onde trabalha?

Nenhum      Pouco      Algum      Muito

4 - Considera que esta formação pode ser útil na prestação de cuidados aos doentes?

Inútil      Pouco útil      Útil      Muito Útil

5 - Recomendaria esta acção de formação a outras pessoas?

Sim      Não

6 - Gostaria que houvesse uma continuidade destas acções de formação?

Sim      Não

7 - A abordagem realizada foi suficientemente explícita e clara?

Nada      Pouco      Clara      Muito

8 - Apreciação crítica sobre a acção de formação:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Muito obrigado pela sua colaboração**

É garantida a estrita confidencialidade no tratamento dos seus dados. A informação por si disponibilizada não será partilhada com terceiros e será utilizada apenas para os fins directamente relacionados com a acção que frequentou



# ANEXO VII

(Questionário sobre a alimentação saudável)



## Questionário

A realização deste questionário, insere-se no âmbito do 1º módulo de estágio de Saúde Mental e Psiquiátrica – “Hábitos de Vida Saudáveis”, do mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica.

O objectivo do presente questionário consiste em avaliar os hábitos de vida saudáveis, no que diz respeito à alimentação e hidratação oral, cuidados a ter com o sol, ao exercício físico e aos hábitos de leitura.

O questionário é constituído por quatro grupos, já supracitados, sendo estes compostos por questões de escolha múltipla, podendo escolher-se em cada uma ou mais opções.

Este questionário é confidencial, sendo os dados nele recolhidos apenas utilizados para o fim já anteriormente referido.

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

1

## Grupo I

### Alimentação Saudável e hidratação oral

1- Ao pequeno-almoço, deverá comer:

- 1 Pão, leite, cevada ou chá, manteiga ou queijo;
- 2 Pães, leite, cevada ou chá e duas manteigas;
- 3 Pães, leite, cevada ou chá e três manteigas;
- Bolos e rebuçados.

2- Uma alimentação saudável ao almoço ou ao jantar, deverá ser constituída por:

- Sopa, sumos e bolo;
- Sopa, peixe ou carne, arroz ou batatas, legumes e fruta;
- Sopa, peixe e carne, arroz e massa;
- Pizza e enchidos.

3- Devemos acompanhar as refeições com:

- Sumos;
- Bebidas alcoólicas;
- Bebidas gaseificadas;
- Água.

2

4- Ao longo do dia, para mantermos o nosso organismo hidratado e para que este funcione bem, devemos:

- Beber cerca de 1,5l de água;
- Beber muito leite;
- Beber sumos;
- Beber iogurtes.

5- Para mantermos uma alimentação saudável devemos fazer:

- 6 Refeições por dia;
- 2 Refeições por dia;
- 3 Refeições por dia;
- Nenhuma, não deve comer.

6- Uma refeição saudável deverá ser rica em:

- Frutas e legumes;
- Gorduras;
- Doces;
- Cereais.

3

## Grupo II

### Cuidados com o sol

7- No Verão, que tipo de roupa deve usar?

- Camisolas de gola alta;
- Roupas frescas e claras;
- Chapéu;
- Casacos e Kispos.

8- Quando está sol, o que deve fazer antes de sair da enfermaria?

- Colocar o cachecol;
- Colocar o chapéu;
- Pegar no guarda-chuva;
- Vestir o Kispo.

9- Para evitar as queimaduras solares, o que deve aplicar na pele?

- Água (repetir aplicação 2 vezes);
- Protector solar (repetir aplicações de 2/2h);
- Óleo (repetir aplicação de 10/10h);
- Leite (aplicar 1 vez dia).

4

10- Devemos evitar as horas de maior calor, em que o sol é mais perigoso. Por isso não devemos estar ao sol:

- Entre as 8h00m e as 10h00m;
- Entre as 17h00m e as 20h00m;
- Entre as 11h00m e as 17h00m;
- Entre as 12h00m e as 14h00m.

11- Nas horas de maior calor, devemos:

- Dormir ao sol;
- Procurar uma sombra;
- Não sair da enfermaria;
- Ir para a praia.

12- Nos dias de maior calor, transpiramos mais e daí que precisamos água e sais minerais. Para combater esta situação devemos:

- Ingerir bebidas doces;
- Ingerir entre 1,5 a 3l de água por dia;
- Ingerir bebidas alcoólicas;
- Ingerir bebidas gaseificadas.

16 - O que deve fazer logo após o exercício físico?

- Tomar banho;
- Fumar;
- Descansar;
- Comer imediatamente.

17 - Gostaria de praticar exercício físico regularmente?

- Sim\_\_
- Não\_\_
- Porquê?

---

---

---

---

18 - Qual é o exercício físico que mais gosta, ou gostava de praticar? Porquê?

---

---

---

---

Exercício Físico

13- O exercício físico é importante porque:

- Fortalece os músculos;
- Reduz a gordura no sangue e os problemas no coração;
- Provoca o aumento de peso;
- Causa desconforto.

14- O exercício físico deverá ser realizado:

- 1x por ano;
- Regularmente;
- 2x por mês
- Nunca.

15 - O exercício físico deve ser praticado:

- Antes das refeições;
- Durante as refeições;
- Após as refeições;
- Antes de deitar.

19 – Gostaria de ir praticar exercício físico no parque da cidade ou junto à praia?

- Sim\_\_
- Não\_\_
- Porquê?

---

---

---

---

**Grupo IV**

20 - Para si, é importante ler?

- Sim \_\_\_
- Não \_\_\_
- Porquê?

---

---

---

21 - O que gosta mais de ler?

- Revistas;
- Jornais;
- Livros;
- Outros \_\_\_\_\_

22 – Que temas gosta mais de aprofundar?

- Notícias da actualidade;
- Desporto;
- Romances;
- Automobilismo;
- Palavras cruzadas;
- Sopa de letras
- Outros \_\_\_\_\_

23 – Gosta, ou gostaria de praticar hábitos de leitura?

- Sim \_\_\_
- Não \_\_\_
- Porquê?

---

---

---

24 – Gostaria, de praticar leitura na FNAC?

- Sim \_\_\_
- Não \_\_\_
- Porquê?

---

---

---

Obrigado pela sua Colaboração



# ANEXO VIII

(Ação de formação sobre alimentação saudável e jogos alusivos)





**Planeamento da Acção de Educação para a Saúde sobre Alimentação Saudável  
E importância do Exercício Físico**

**Trabalho realizado por:**  
Ana Guimarães  
Nº 361610032

Porto, Maio de 2011



4º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização  
Em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
Estágio Módulo I  
Centro Hospitalar Conde Ferreira, Enfermaria P05/06  
Tutora do Estágio: Enf.ª Anabela  
Orientadora: Prof. Manuela Magalhães

**Trabalho realizado por:**  
Ana Guimarães  
Nº 361610032

Porto, Maio de 2011

Planeamento da Acção de Educação para a Saúde sobre  
Alimentação Saudável e Exercício Físico

**Índice**

1 - Introdução.....	4
2 – Planeamento da Acção de Educação para a Saúde sobre Alimentação Saudável e prática de Exercício Físico.....	6
2.1– Análise da Situação.....	6
2.2– Objectivos Eduacionais.....	7
2.3– Seleção e Organização dos Conteúdos.....	7
2.4– Seleção de Estratégias.....	8
2.5 – Organização da Actividade.....	9
2.6 – Avaliação.....	10
3 - Conclusão.....	11
4 – Webgrafia.....	12
Anexos	

Planeamento da Acção de Educação para a Saúde sobre  
Alimentação Saudável e Exercício Físico

**1 - Introdução**

A presente Acção de Educação para a Saúde intitulada "Alimentação Saudável e importância do exercício físico, será realizada no âmbito do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), Universidade Católica Portuguesa – Porto (UCP – Porto) e enquadra-se na unidade curricular do estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, módulo I, 2º semestre, realizado no Centro Hospitalar Conde Ferreira, Enfermaria P05/06 (A1).

Esta acção de educação para a saúde surge após observação de um défice de conhecimento e de conduta a nível desta temática pelo que foi elaborado e aplicado um questionário constituído por questões simples de escolha múltipla, onde se encontravam inseridas questões acerca da alimentação saudável. Foi fornecido numa primeira instância, para averiguar o grau de conhecimentos dos utentes acerca das temáticas abordadas e posteriormente, uma nova aplicação para avaliar a apreensão dos utentes.

A avaliação dos questionários, da qual resultou a detecção dos défices e das razões que proporciona a manutenção de hábitos de vida menos saudáveis, permitiu direccionar o raio de acção e os objectivos a definir para validar a importância deste trabalho. Deste modo, o presente visa efectuar um ensino acerca da importância de uma alimentação saudável e da prática de exercício físico de modo a permitir a aquisição de conhecimentos passíveis de conduzirem à adaptação dos mesmos no quotidiano dos utentes.

Trata-se de um momento didáctico, dinâmico de partilha de informação, esclarecimento de dúvidas e mútua aprendizagem.

Este trabalho apresenta duas componentes: a teórica e a prática. Esta última diz respeito à realização de dois jogos alusivos à temática proporcionando a aplicação dos conhecimentos que irão ser disponibilizados. Um primeiro que consiste na montagem de um puzzle da roda dos alimentos e nas necessidades das diferentes proporções de cada grupo e o segundo, na construção através de cartões alusivos, de um "dia saudável". Posteriormente será realizada uma caminhada pelos jardins da instituição de cerca de 30 minutos.

A teorização apresentada, bem como a realização das caminhadas, será alvo de reforço constante ao longo de todo o estágio, quer por mim quer por utentes seleccionados (seja pelo interesse manifestado, pela capacidade de comunicação ou mesmo pelos conhecimentos demonstrados), garantindo deste modo a interactividade dos utentes nesta dinâmica e propiciando a consolidação de conhecimentos e o treino de memória.

Com o planeamento da sessão de educação para a saúde pretende-se atingir os seguintes objectivos:

- Adaptar a presente sessão à população alvo de forma a responder às suas necessidades;
- Orientar e organizar a apresentação oral como forma de gestão de tempo e de outros recursos;

- o Proporcionar sequência, progressão e integração de conhecimentos de forma explícita, clara e sucinta, de forma a garantir que a população alvo retenha os pontos principais do tema abordado.

## **2- Planeamento da Acção de Educação para a Saúde sobre Alimentação Saudável e Exercício Físico**

O planeamento de uma acção de educação para a saúde, propõe-se servir de guia na conduta do processo ensino/aprendizagem, com vista a atingir os objectivos de um modo integrante e lógico.

### **2.1 – Análise da Situação**

A acção educacional sobre "Alimentação Saudável e Exercício Físico, será desenvolvida pela primeira vez no dia 09/05/2011 e, como já foi referido anteriormente, será alvo de reforço constante ao longo de todo o estágio, quer por mim quer por utentes seleccionados (seja pelo interesse manifestado, pela capacidade de comunicação ou mesmo pelos conhecimentos demonstrados), garantindo deste modo a interactividade dos utentes nesta dinâmica e propiciando a consolidação de conhecimentos e o treino de memória. Assim sendo será novamente realizada nos dias 11, 18, 19 e 25 de Maio.

As sessões serão dirigidas aos 27 utentes residentes da Enfermaria P05/06 com diagnóstico de Esquizofrenia (independentemente do tipo) e terá aproximadamente a duração de 45 minutos.

Assentará na elucidação e no ensino de que, uma prática alimentar saudável, exercício físico regular e uma adequada hidratação oral se tornam essenciais na prevenção e controlo de doenças agudas e crónicas. Pretendeu-se ainda sensibilizar para comportamentos menos saudáveis susceptíveis de mudança por parte de cada utente.

O facto de se tratar de utentes já institucionalizados há muitos anos, apresentarem uma vida sedentária e cumprirem terapêutica neuroléptica de forma contínua e prolongada, provoca o aumento substancial a nível de peso e um risco acrescido de alterações nos perfis glicídico e lipídico o que, caso os utentes não tenham alguns cuidados nomeadamente no que diz respeito a hábitos alimentares, prática de exercício físico, entre outros, apresentem um risco acrescido de desenvolverem patologias cardiovasculares.

Para a sessão de formação, será necessário dispor de recursos humanos, físicos e materiais, podendo estes ser caracterizados da seguinte forma:

**Recursos humanos:** Esta acção foi preparada e desenvolvida por uma formadora, com supervisão da Enfermeira Anabela, Enf.ª Tutora;

**Recursos físicos:** Sala de estar dos utentes da Enfermaria P05/06;

**Recursos materiais:** Suporte informático (PC portátil e cabo conector do computador ao LCD); LCD, mesas, cadeiras e sofás.

5

UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto  
Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental

### **2.2 – Objectivos Educacionais**

Com a elaboração desta sessão de educação para a saúde, pretende-se atingir os seguintes objectivos:

- Compreender o conceito de "alimentação saudável";
- Sensibilizar para a necessidade de uma alimentação saudável;
- Alertar para hábitos nocivos
- Conhecer a actual estrutura da Roda dos Alimentos;
- Reflectir acerca da postura adequada a adquirir no que concerne a uma correcta alimentação;
- Mudança de comportamentos de modo a obter uma alimentação "mais saudável".

### **2.3 – Selecção e organização de conteúdos**

Nesta acção de formação, pretende-se abordar de uma forma geral a importância da aquisição de hábitos alimentares saudáveis e da prática de exercício físico, dando ênfase ao facto destes serem essenciais para a promoção/restabelecimento da saúde.

Uma vez que o grupo a que se destina esta sessão de educação é constituído pelos doentes Esquizofrénicos da enfermaria P05/06, revelou-se extremamente importante a aplicação do Mini Mental State Examination (MMSE) na avaliação da disfunção cognitiva do mesmo para assim adequar o conteúdo e a dinâmica da sessão ao grupo ao qual se dirige. Após avaliação do MMSE, foi possível constatar que o défice cognitivo se situa entre 1 a 11 anos de escolaridade. Este resultado foi essencial para a construção quer dos questionários de diagnóstico dos conhecimentos dos utentes relativamente a esta temática quer na elaboração desta sessão de educação para a saúde.

Assim sendo, optou-se pelos seguintes conteúdos, expostos de forma simples, clara e objectiva:

- ❖ Definição de Alimentação;
- ❖ Definição e importância da Roda dos Alimentos;
- ❖ Sugestões para uma alimentação saudável;
- ❖ Importância da alimentação saudável associada à prática de exercício físico;
- ❖ Recomendações antes e após a prática do exercício físico;

7

UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto  
Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental

6

UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto  
Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental

### **2.4 – Selecção de estratégias**

A estratégia é uma das componentes mais importante nas sessões de educação para a saúde, uma vez que é através desta que o conhecimento chega aos utentes e consequentemente a aprendizagem.

Nesta sessão, será usado, em termos metodológicos, o método afirmativo – participativo, com técnica de exposição oral com auxílio de suporte informático (PC portátil conectado ao LCD da sala de estar dos utentes). O facto de se optar pela sala de estar dos utentes reside, no interesse de proporcionar uma ambiência acolhedora e familiar durante a sessão, diminuindo deste modo a ansiedade e agitação que a "fuga à rotina" poderá causar e assim estimular a atenção e a concentração do grupo. Além de que esta se encontra equipada com sofás o que permite um maior conforto.

A utilização do PC conectado ao LCD garante não só que a apresentação seja realizada de uma forma "diferente", ainda pouco utilizada no âmbito hospitalar, o que produz no utente um sentimento de curiosidade, mas que esta decorra também na "televisão" onde habitualmente visualizam os seus programas televisão favoritos, garantindo assim um certo grau de familiaridade com os meios auxiliares de ensino.

Os conteúdos e a apresentação deverão dotar pela clareza e simplicidade, ou seja cada diapositivo deverá conter pouca informação e abordar conteúdos específicos da prática comum dos elementos do grupo para serem mais facilmente identificados e apreendidos, não devendo alongar-se no tempo, devido ao défice de atenção e concentração que estes utentes manifestam. É também importante atender ao tamanho e ao tipo de letra ao longo da exposição.

No que se refere à colocação e ao tom de voz durante a exposição esta deverá ser adequada ao local e ao grupo de modo a não propiciar agitação psicomotora ou exacerbação das alterações que estes utentes apresentam a nível do pensamento e da percepção

8

UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto  
Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental

**2.5 – Organização da Actividade:**

<b>Local:</b> Sala de estar dos utentes da Enfermaria P05/06			
<b>Tema:</b> Alimentação Saudável e a prática de Exercício Físico			
<b>Data (s):</b> 9, 11, 18, 19 e 25 de Maio de 2011			
<b>Hora:</b> 10h30m			
<b>Duração:</b> 45 minutos			
<b>Formadora:</b> Ana Guimarães			
<b>Grupo destinatário:</b> 27 utentes com diagnóstico de Esquizofrenia da Enfermaria P05/06			
<b>Objectivos:</b> Pretende-se que os utentes sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Compreender o conceito de "alimentação saudável";</li> <li>➢ Reconhecer a necessidade de uma alimentação saudável;</li> <li>➢ Identificar hábitos nocivos;</li> <li>➢ Conhecer a actual estrutura da Roda dos Alimentos e a sua importância;</li> <li>➢ Reflectir acerca da postura adequada a adquirir no que concerne a uma correcta alimentação;</li> <li>➢ Mudar de comportamento de modo a obter uma alimentação "mais saudável".</li> </ul>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Metodologia
Introdução	2 Minutos	- Apresentação pessoal e do tema/motivação para o mesmo	Afirmativa com técnica de exposição oral
Desenvolvimentos	20 Minutos	- Definição de Alimentação; - Definição e importância da Roda dos Alimentos; - Sugestões para uma alimentação saudável; - Importância da alimentação saudável associada à prática de exercício físico; - Recomendações antes e após a prática do exercício físico;	Afirmativa – técnica da exposição auxiliada pela projecção de diapositivos
Conclusão	8 Minutos	- Esclarecimentos de dúvidas	Metodologia afirmativa/participativa auxiliada pela projecção de diapositivos
Jogos Didácticos Alusivos ao tema	15 Minutos	Montagem de um puzzle da roda dos alimentos; Construção de um dia Saudável"	Participativa

9

UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto  
Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental**3 - Conclusão**

Após a realização deste planeamento da sessão de educação para a saúde sobre "Alimentação Saudável e Exercício Físico, conclui-se que o planeamento tem como finalidade, delinear, estruturar, orientar e organizar as sessões e deste modo melhorar a qualidade de vida dos utentes.

Esta acção de educação, realizada na Enfermaria P05/06 e direccionada aos utentes do referido serviço com diagnóstico de esquizofrenia, tem como principal objectivo abordar a temática e conduzir a hábitos de vida mais saudáveis, no que confere à alimentação e à prática de exercício físico. Pretende-se que o utente adquira conhecimentos nesta área e que os assuma como conduta no seu dia-a-dia, não propriamente na alimentação oferecida pelo serviço, mas em todos os momentos em que estes se encontram no exterior do mesmo, uma vez que a própria instituição permite o acesso desmedido a máquinas de café, sumos e bolos, no recinto hospitalar, não existindo qualquer controlo sobre esta situação.

Torna-se relevante referir que este planeamento não é "fechado", não devendo impedir por isso a introdução de novas estratégias e acções que venham a considerar-se pertinentes para o caso em questão.

Acontece com frequência, mesmo no dia-a-dia, após planeamento de determinadas acções e perante factores adversos e extrínsecos à mesma, a necessidade de mudança de estratégia e a adopção de novas intervenções, estas poderão ser facilitadas pela nossa capacidade de improvisação e do nosso conhecimento.

11

UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto  
Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental**2.6 - Avaliação**

A avaliação da sessão de educação para a saúde, desde a preparação até à execução, será fundamental na compreensão de que forma o planeamento realizado, foi ou não adequado ou seja, se permitiu atingir os objectivos inicialmente propostos.

Deste modo, a avaliação será efectuada no decorrer e no final da sessão, através de:

- o Adesão e motivação dos utentes face à sessão;
- o Observação do interesse demonstrado pelos utentes;
- o Participação no diálogo aberto e questões colocadas durante a exposição;
- o Conteúdos das questões colocadas durante a sessão;
- o Participação dos utentes nos jogos didácticos alusivos ao tema exposto;
- o Mudança de comportamentos como resposta à aprendizagem.

10

UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto  
Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental**4 - Webgrafia**

- Material fornecido na unidade curricular de Supervisão Clínica
- John Dewey (Alarcão, p.175, 1996);
- Bau das Ideias – [www.ideiasambientais.com.pt](http://www.ideiasambientais.com.pt)
- [www.alimentacaosaudavel.org](http://www.alimentacaosaudavel.org);
- [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt);
- Google Imagens – utilizado para pesquisa de imagens para as cartas do jogo da Alimentação Saudável.

12


UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto  
Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental






## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

(Sugestões e conselhos)




## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- A alimentação é o processo pelo qual os organismos obtêm alimentos ou nutrientes para as suas funções vitais, incluindo o crescimento e a reprodução.




## A ALIMENTAÇÃO

- É uma necessidade Humana básica;
- É um instrumento de socialização, de expressão cultural – Comemorações;
- É um dos prazeres da vida.



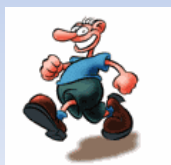
## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



- A alimentação é o factor que mais interfere na saúde, no entanto quando ingerimos alimentos raramente pensamos no que estes fornecem para o organismo.

## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- Os hábitos alimentares, o exercício físico e o ambiente que nos rodeia são decisivos para a nossa saúde.



O exercício físico ajuda a fortalecer os músculos e reduz a gordura no sangue e os problemas no coração.

Por isso deve ser praticado:

- Regularmente;
- Antes das refeições.



Após o exercício físico devemos:

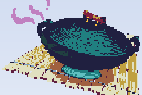
- Tomar banho;
- Descansar



## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Alimentação Saudável é uma alimentação completa, equilibrada e variada.

- **Completa** – Ingerir alimentos dos diferentes grupos e beber água diariamente;
- **Equilibrada** – Ingerir alimentos de cada grupo de acordo com as proporções recomendadas;
- **Variada** – Ingerir alimentos diferentes dentro de cada grupo, privilegiando alimentos frescos e da época.



## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

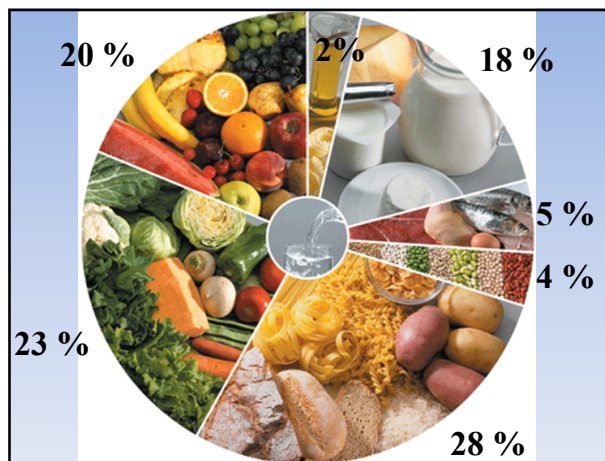
- A Roda dos Alimentos é um instrumento de educação alimentar, destinada a toda a população. Foi concebida para orientar as escolhas e combinações alimentares que devem fazer parte de um dia alimentar saudável.





## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- É composta por sete grupos com funções e características nutricionais específicas:
- Cereais e derivados e tubérculos – 28 %
- Hortícolas – 23 %
- Fruta – 20%
- Lacticínios – 18 %
- Carne, peixe e ovos – 5 %
- Leguminosas - 4 %
- Gorduras e óleos - 2 %



## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- Dentro de cada divisão, onde nos indica a proporção em que os vários grupos de alimentos devem entrar na nossa alimentação, estão reunidos alimentos nutricionalmente semelhantes entre si, para que possam ser regularmente substituídos, assegurando a variedade nutricional e alimentar.



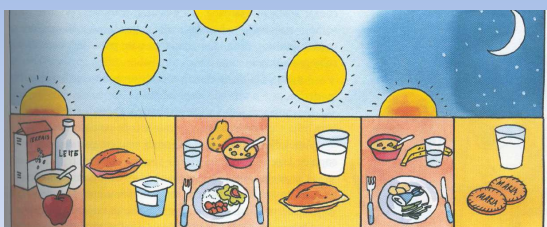
## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL RECOMENDAÇÕES



- ↑ Do consumo de produtos hortícolas, cereais, leguminosas e fruta;
- ↓ Do consumo de gorduras, utilizar preferencialmente azeite;
- ↑ Do consumo de peixe;
- ↓ Do consumo de açúcar e de produtos açucarados;
- ↓ Do consumo de sal;
- Consumo adequado de leite e seus derivados;
- Ingestão alimentar fraccionada, ideal de 6 refeições dia;
- Bebida aconselhada - água 1,5 a 3 litros diários;
- Alimentação completa, Equilibrada e variada.



## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



Pequeno-almoço

Meio da manhã

Almoço

Lanche

Jantar

Ceia

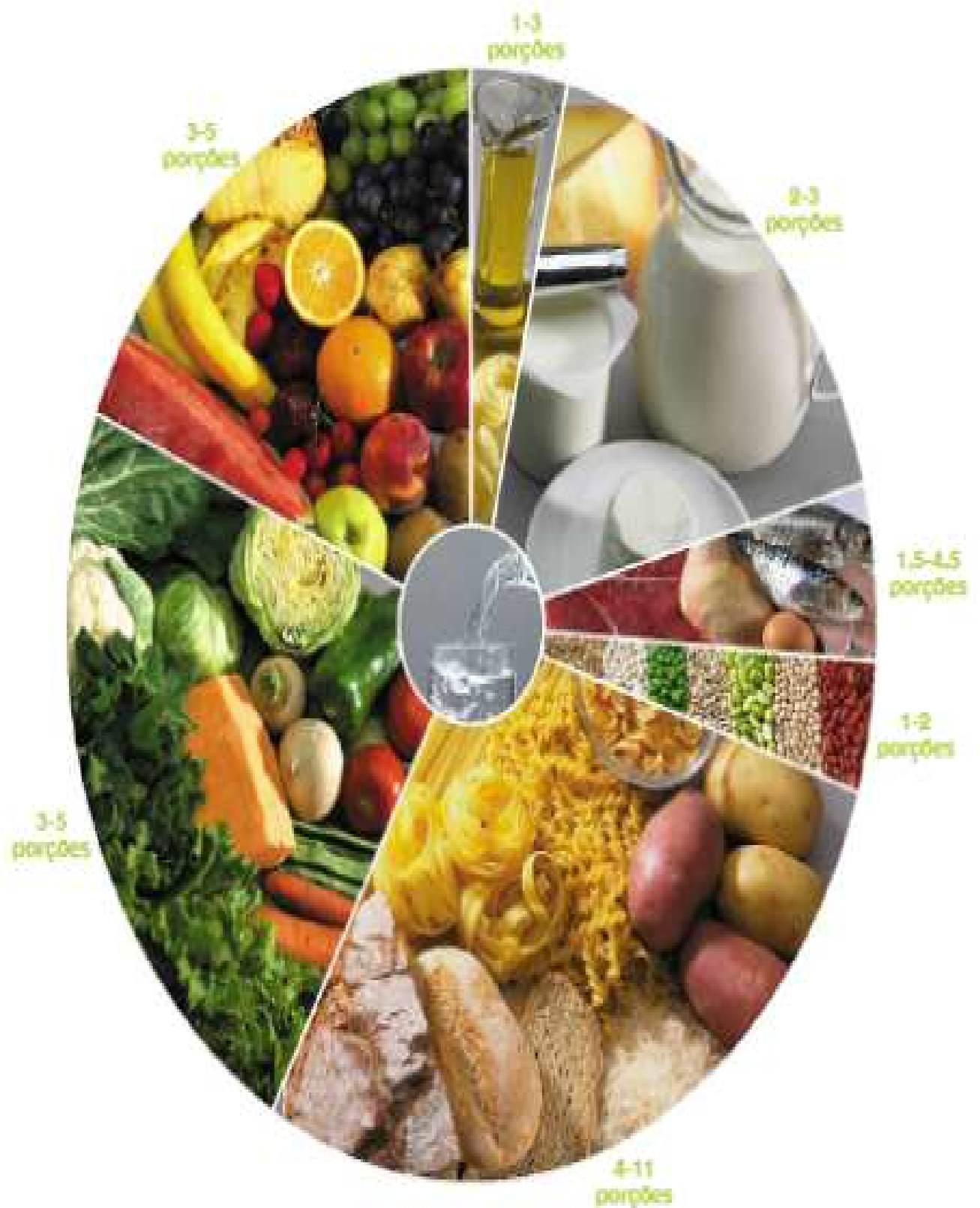
Obrigada!











**COMA BEM, VIVA MELHOR!**

### Puzzles-40x40cm



© 2007 Bau das Ideias - Produzido em parceria com Artideas [www.artideasdesign.co.uk/pt](http://www.artideasdesign.co.uk/pt). Para qualquer informação visite o nosso website: [www.ideiasambientais.com.pt](http://www.ideiasambientais.com.pt)  
Todos os desenhos, gráficos, projectos, fotos, ou outros materiais colocados no Bau das Ideias, só devem ser usados de acordo com as sugestões propostas e apenas para uso pessoal.  
Não devem ser usados, reproduzidos ou copiados de qualquer outra forma ou para fins comerciais sem a autorização escrita de Ideias Ambientais. Aconselha-se sempre a supervisão de um adulto na realização de qualquer actividade proposta no Bau das Ideias. O Ideias Ambientais não pode assumir responsabilidade por danos causados na realização de qualquer actividade por nós proposta.

### Puzzles-40x40cm



© 2007 Bau das Ideias - Produzido em parceria com Artideas [www.artideasdesign.co.uk/pt](http://www.artideasdesign.co.uk/pt). Para qualquer informação visite o nosso website: [www.ideiasambientais.com.pt](http://www.ideiasambientais.com.pt)  
Todos os desenhos, gráficos, projectos, fotos, ou outros materiais colocados no Bau das Ideias, só devem ser usados de acordo com as sugestões propostas e apenas para uso pessoal.  
Não devem ser usados, reproduzidos ou copiados de qualquer outra forma ou para fins comerciais sem a autorização escrita de Ideias Ambientais. Aconselha-se sempre a supervisão de um adulto na realização de qualquer actividade proposta no Bau das Ideias. O Ideias Ambientais não pode assumir responsabilidade por danos causados na realização de qualquer actividade por nós proposta.

### Puzzles-40x40cm



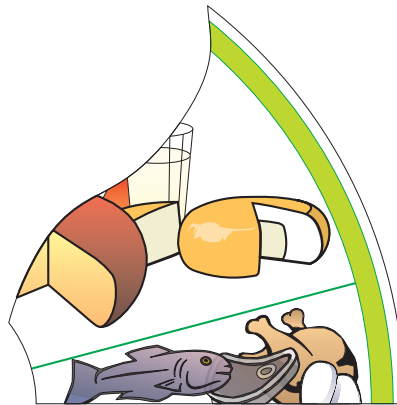
© 2007 Bau das Ideias - Produzido em parceria com Artideas [www.artideasdesign.co.uk/pt](http://www.artideasdesign.co.uk/pt). Para qualquer informação visite o nosso website: [www.ideiasambientais.com.pt](http://www.ideiasambientais.com.pt)  
Todos os desenhos, gráficos, projectos, fotos, ou outros materiais colocados no Bau das Ideias, só devem ser usados de acordo com as sugestões propostas e apenas para uso pessoal.  
Não devem ser usados, reproduzidos ou copiados de qualquer outra forma ou para fins comerciais sem a autorização escrita de Ideias Ambientais. Aconselha-se sempre a supervisão de um adulto na realização de qualquer actividade proposta no Bau das Ideias. O Ideias Ambientais não pode assumir responsabilidade por danos causados na realização de qualquer actividade por nós proposta.

### Puzzles-40x40cm



© 2007 Bau das Ideias - Produzido em parceria com Artideas [www.artideasdesign.co.uk/pt](http://www.artideasdesign.co.uk/pt). Para qualquer informação visite o nosso website: [www.ideiasambientais.com.pt](http://www.ideiasambientais.com.pt)  
Todos os desenhos, gráficos, projectos, fotos, ou outros materiais colocados no Bau das Ideias, só devem ser usados de acordo com as sugestões propostas e apenas para uso pessoal.  
Não devem ser usados, reproduzidos ou copiados de qualquer outra forma ou para fins comerciais sem a autorização escrita de Ideias Ambientais. Aconselha-se sempre a supervisão de um adulto na realização de qualquer actividade proposta no Bau das Ideias. O Ideias Ambientais não pode assumir responsabilidade por danos causados na realização de qualquer actividade por nós proposta.

### Puzzles-40x40cm



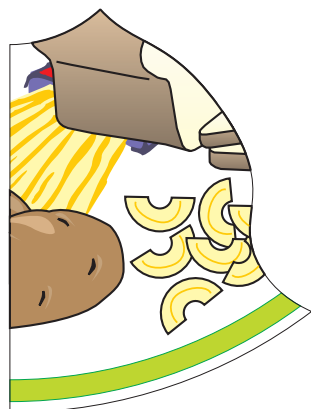
© 2007 Bau das Ideias - Produzido em parceria com Artideas [www.artideasdesign.co.uk/pt](http://www.artideasdesign.co.uk/pt). Para qualquer informação visite o nosso website: [www.ideiasambientais.com.pt](http://www.ideiasambientais.com.pt)  
Todos os desenhos, gráficos, projectos, fotos, ou outros materiais colocados no Bau das Ideias, só devem ser usados de acordo com as sugestões propostas e apenas para uso pessoal.  
Não devem ser usados, reproduzidos ou copiados de qualquer outra forma ou para fins comerciais sem a autorização escrita de Ideias Ambientais. Aconselha-se sempre a supervisão de um adulto na realização de qualquer actividade proposta no Bau das Ideias. O Ideias Ambientais não pode assumir responsabilidade por danos causados na realização de qualquer actividade por nós proposta.

### Puzzles-40x40cm



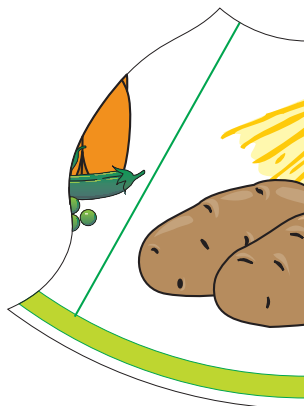
© 2007 Bau das Ideias - Produzido em parceria com Artideas [www.artideasdesign.co.uk/pt](http://www.artideasdesign.co.uk/pt). Para qualquer informação visite o nosso website: [www.ideiasambientais.com.pt](http://www.ideiasambientais.com.pt)  
Todos os desenhos, gráficos, projectos, fotos, ou outros materiais colocados no Bau das Ideias, só devem ser usados de acordo com as sugestões propostas e apenas para uso pessoal.  
Não devem ser usados, reproduzidos ou copiados de qualquer outra forma ou para fins comerciais sem a autorização escrita de Ideias Ambientais. Aconselha-se sempre a supervisão de um adulto na realização de qualquer actividade proposta no Bau das Ideias. O Ideias Ambientais não pode assumir responsabilidade por danos causados na realização de qualquer actividade por nós proposta.

Puzzles-40x40cm



© 2007 Bau das Ideias - Produzido em parceria com ArtIdeas [www.artideasdesign.co.uk/pt](http://www.artideasdesign.co.uk/pt).  
Para qualquer informação visite o nosso website: [www.ideiasambientais.com.pt](http://www.ideiasambientais.com.pt)  
Todos os desenhos, gráficos, projectos, fotos, ou outros materiais colocados no Bau das Ideias,  
só devem ser usados de acordo com as sugestões propostas e apenas para uso pessoal.  
Não devem ser usados, reproduzidos ou copiados de qualquer outra forma e/ou para fins comerciais  
sem a autorização escrita de Ideias Ambientais. Aconselha-se sempre a supervisão de um adulto na realização  
de qualquer actividade proposta no Bau das Ideias. O Ideias Ambientais não pode assumir responsabilidade  
por danos causados na realização de qualquer actividade por nós proposta.

Puzzles-40x40cm



© 2007 Bau das Ideias - Produzido em parceria com ArtIdeas [www.artideasdesign.co.uk/pt](http://www.artideasdesign.co.uk/pt).  
Para qualquer informação visite o nosso website: [www.ideiasambientais.com.pt](http://www.ideiasambientais.com.pt)  
Todos os desenhos, gráficos, projectos, fotos, ou outros materiais colocados no Bau das Ideias,  
só devem ser usados de acordo com as sugestões propostas e apenas para uso pessoal.  
Não devem ser usados, reproduzidos ou copiados de qualquer outra forma e/ou para fins comerciais  
sem a autorização escrita de Ideias Ambientais. Aconselha-se sempre a supervisão de um adulto na realização  
de qualquer actividade proposta no Bau das Ideias. O Ideias Ambientais não pode assumir responsabilidade  
por danos causados na realização de qualquer actividade por nós proposta.

Puzzles-40x40cm



© 2007 Bau das Ideias - Produzido em parceria com ArtIdeas [www.artideasdesign.co.uk/pt](http://www.artideasdesign.co.uk/pt).  
Para qualquer informação visite o nosso website: [www.ideiasambientais.com.pt](http://www.ideiasambientais.com.pt)  
Todos os desenhos, gráficos, projectos, fotos, ou outros materiais colocados no Bau das Ideias,  
só devem ser usados de acordo com as sugestões propostas e apenas para uso pessoal.  
Não devem ser usados, reproduzidos ou copiados de qualquer outra forma e/ou para fins comerciais  
sem a autorização escrita de Ideias Ambientais. Aconselha-se sempre a supervisão de um adulto na realização  
de qualquer actividade proposta no Bau das Ideias. O Ideias Ambientais não pode assumir responsabilidade  
por danos causados na realização de qualquer actividade por nós proposta.

# ANEXO IX

(Estudo de prevalência da SM nos utentes esquizofrénicos da enfermaria P05/06)



"A PREVALÊNCIA DO SÍNDROME METABÓLICO E SEUS FACTORES DE RISCO EM UTENTES  
ESQUIZOFRÊNICOS DA ENFERMARIA P05/06 DO CENTRO HOSPITALAR CONDE DE FERREIRA"

Ana Emília Marques De Castro Guimarães

*Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental  
e Psiquiatria*

*Enfermeira Tutora: Enf.ª Anabela*

*Sob Orientação de: Prof. Maria Manuela Magalhães*

Porto, Maio de 2011

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

*Somos o que pensamos. Tudo o que somos surge com nossos pensamentos. Com nossos  
pensamentos, fazemos o nosso mundo.*

*(Buda)*

"A PREVALÊNCIA DO SÍNDROME METABÓLICO E SEUS FATORES DE RISCO EM UTENTES  
ESQUIZOFRÊNICOS DA ENFERMARIA P05/06 DO CENTRO HOSPITALAR CONDE DE FERREIRA"

Ana Emília Marques De Castro Guimarães

*Trabalho realizado no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem com  
Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*

*Sob Orientação de: Prof. Maria Manuela Magalhães*

Porto, Maio de 2011

UCP – Porto, Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

#### SIGLAS

**AVD'S** – Atividades de vida diárias;

**AVDI** – Atividades de vida instrumentais;

**bpm** – Batimentos por minuto;

**CHCF** – Centro Hospitalar Conde de Ferreira;

**CT** – Colesterol Total;

**DE** – Diagnóstico de Enfermagem;

**DM** – Diabetes Mellitus;

**ESMP** – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;

**FC** – Frequência Cardíaca;

**GC** – Glicemia Capilar;

**IMC** – Índice de massa corporal;

**MESMP** – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica;

**mmHg** – Milímetros de Mercúrio;

**NANDA** - *North American Nursing Diagnosis Association*);

**PA** – Perímetro Abdominal;

**PGC** – Pesquisa de Glicemia Capilar;

**SM** – Síndrome Metabólica;

**SMP** – Saúde Mental e Psiquiátrica;

**TA** – Tensão Arterial;

UCP – Universidade Católica Portuguesa;

UDEP – Unidade de Doentes de Evolução Prolongada;

**ÍNDICE**

Síglas.....	4
1 - Introdução / Motivação.....	7
2 – Objectivo.....	8
3 – Estado de arte.....	8
Esquizofrenia.....	8
Diagnósticos de Enfermagem nos Utentes Esquizofrénicos.....	10
Síndrome Metabólica.....	11
Prevenção primária de Enfermagem.....	13
Intervenção de Enfermagem.....	14
4 – Material e Métodos.....	14
Desenho do Estudo.....	14
Método de selecção dos participantes.....	15
Amostra.....	15
Métodos e Instrumentos para Recolha de dados.....	15
Instrumentos Utilizados.....	16
Questões Éticas.....	16
Análise Estatística.....	17
5 – Resultados.....	17
6 – Discussão.....	17
7 – Considerações Finais.....	18
8 – Referências Bibliográficas.....	19
ANEXOS.....	35

**1 – INTRODUÇÃO/MOTIVAÇÃO**

O presente trabalho foi elaborado no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Porto e enquadra-se na Unidade Curricular do estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, módulo I, 2º semestre, realizado no Centro Hospitalar Conde Ferreira, Enfermaria P05/06 (A1).

O estágio de Enfermagem de Saúde Mental, Módulo I, tem como objetivo primário a intervenção de Enfermagem a nível da promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção, pelo que a execução do presente documento, tem como principal finalidade ir de encontro ao propósito inicial bem como às necessidades dos utentes e da própria instituição.

Após iniciar o estágio na Enfermaria P05/06 do Centro Hospitalar Conde Ferreira (CHCF), constatei que grande parte dos utentes institucionalizados no serviço apresentava diagnóstico de Esquizofrenia e por isso a cumprir terapêutica neuroléptica há vários anos. Trata-se de uma patologia mental grave e crónica que provoca nos utentes uma verdadeira desorganização a nível do pensamento e consequentemente do comportamento, comprometendo a qualidade de vida destes.

Posteriormente, observei que a maioria dos utentes apresentava uma vida sedentária associada ao consumo de tabaco e hábitos alimentares desadequados o que propícia o desenvolvimento de patologias cardiovasculares decorrentes da conjugação de todos estes fatores.

Após diagnóstico da situação orientei a minha conduta de aprendizagem de modo a implementar intervenções de Enfermagem que dessem resposta a toda esta problemática. Contudo, não o poderia fazer sem desenvolver este trabalho para que de uma, forma mais consistente, eficaz e coesa, reúna todos os elementos necessários para a prevenção de patologias cardiovasculares.

**2 – OBJECTIVO**

Com este trabalho pretendeu-se determinar a prevalência da Síndrome Metabólica e de cada um dos seus componentes nos utentes Esquizofrénicos.

No contexto deste objetivo geral, o presente debruça-se sobre os seguintes objetivos específicos:

- Identificar fatores de risco presentes;
- Identificar os neurolépticos que mais contribuem no desenvolvimento da Síndrome Metabólica;

**3 – Estado de Arte**

Os utentes com diagnóstico de Esquizofrenia a cumprir terapêutica neuroléptica manifestam um risco acrescido de apresentarem síndrome metabólica devido ao aumento de peso que estes fármacos podem provocar, no entanto existem estudos que defendem que a terapêutica neuroléptica por si só não explica a presença da síndrome. Contudo esta assume maiores proporções quando associada a fatores como o consumo de tabaco, uma alimentação desadequada e a falta de exercício físico.

Desta forma, torna-se fundamental compreender melhor a esquizofrenia e a síndrome metabólica de modo a entender melhor a relação entre as mesmas.

**A Esquizofrenia**

A Esquizofrenia é uma doença mental crónica grave e incapacitante, que se caracteriza por um conjunto de sintomas entre os quais se destacam as seguintes alterações do pensamento (delírios), da percepção (alucinações), das emoções, da afetividade e da motivação.

Em 1602, o anatomista Inglês Willis, descreve um quadro clínico que afetava a juventude e que conduzia quase sempre à demência “*adolescentes normais que se somem na estupidéz*”.

Posteriormente, em 1810, Pinel e Esquirol distinguiam a “*idiotia congénita e adquirida dos jovens que caem na estupidéz ou dos idiotas acidentais*”

Em França, entre 1851-52, Morel é o primeiro a falar em demência precoce, referindo-se aos “*alienados jovens ainda que se apresentem ao observador com todas as hipóteses de cura. Mas após um exame atento convencemo-nos de que o desenlace no idiotismo e na demência é o triste coroar da evolução*”

Na Alemanha, quase em simultâneo, Hecker e Kaulbaum, descrevem um quadro clínico na puberdade e adolescência caracterizado por episódios de excitação e depressão

seguidos de demência terminal a que denominaram "Hebefrenia." Posteriormente, em 1874, Kaulbaum descreve outro quadro clínico como "demência de tensão" com expressões motoras de espasmos e contracturas que denominou de "Catatonia"

Em 1899, Emil Kraepelin, não fez mais do que reunir conceitos já anteriormente descritos sob uma denominação comum "Demência Precoce"

O psiquiatra suíço, Eugen Bleuler, em 1911 sugeriu o termo "Esquizofrenia" (cisão da mente), referindo que havia apenas uma dissociação da personalidade e não a demência como desfecho obrigatório da doença. "Porque a cisão das funções psíquicas mais diversas, é uma das características mais importantes. Por razões de comodidade, emprego esta palavra no singular, apesar de este grupo incluir provavelmente diversas doenças." (Bleuler, 1911)

A esquizofrenia, afecta entre 1 a 2% da população mundial, os primeiros sintomas surgem no fim da adolescência/início da idade adulta, sem diferenciação do género, contudo, as mulheres, de um modo geral, apresentam um início mais tardio e menos intensidade dos sintomas negativos (Gur e al., 1996; Roy e al., 2001)

Este tipo de doença mental, com o seu curso, tende a ser grave e persistente, constituindo uma perturbação com prejuízo sócio-funcional extremamente relevante. A sua evolução pode ser lenta ou avançar por surtos. O seu impacto, afecta não só o indivíduo em si, como todo o seu sistema funcional, família, sociedade, amigos, emprego (OMS, 2001).

Independentemente da forma de início da doença, os quadros sintomatológicos agrupam-se em diferentes tipos:

- **Paranoide:** é a mais comum e a que apresenta um prognóstico mais favorável uma vez que há ausência da desagregação do pensamento ou de embotamento afetivo.

É a mais exuberante pelo predomínio dos sintomas positivos (delírios e alucinações). O delírio é sobretudo de teor persecutório e ideias de auto-referência (pessoas que olham para ele e falam dele).

As alucinações mais frequentes são as auditivas e adquirem a forma de vozes (pode ser apenas uma voz ou um grupo de vozes que falam entre si), "vozes de comando" que dão ordens ao indivíduo e falam dele de uma forma abusiva e depreciativa.

- **Hebefrénica ou desorganizada:** O seu aparecimento é insidioso e precoce.

Verifica-se alterações da forma do pensamento, desorganização do mesmo e alteração a nível da afetividade. Há um enfraquecimento do afeto e a existência de comportamentos bizarros, estranhos e extravagantes.

Neste tipo de esquizofrenia, o delírio é nulo ou quase nulo. São pessoas muito desorganizadas, sobretudo a nível daquilo que exprimem, ecolália.

- **Catatónica:** Apresenta como principal característica o predomínio de sintomas catatónicos, ou seja, alterações psicomotoras que podem ir desde a imobilidade até à hiperatividade. Este tipo de indivíduos isolam-se, adotam posturas de rigidez,

Assim sendo, os doentes esquizofrénicos que se encontram a cumprir terapêutica com antipsicóticos, apresentam um risco acrescido de desenvolverem patologias médicas, relativamente à população em geral, nomeadamente as patologias cardiovasculares.

Na realidade, a doença cardiovascular contribui substancialmente para o excesso de mortalidade verificado na população de esquizofrénicos, comparativamente com a população geral (Bermudes, 2007).

No entanto a terapêutica neuroléptica, não surge como fator isolado. Os estilos de vida, pouco saudáveis, associados ao sedentarismo, ao tabagismo e a uma alimentação desadequada, formam o cenário propício ao desenvolvimento de patologias médicas.

Esta conjugação de fatores, torna crucial a intervenção de Enfermagem neste tipo de população na medida em que nos compete a nós enfermeiros especialistas, identificar complicações que decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física.

Deste modo cabe ao enfermeiro especialista identificar problemas/necessidades da sua população e desenvolver ações de Enfermagem para colmatar os problemas identificados.

#### Diagnósticos de Enfermagem na Esquizofrenia:

A Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA), foi criada em 1982, com o objetivo de uniformizar a linguagem em Enfermagem. No fundo, a NANDA criou uma compilação de diagnósticos de Enfermagem padronizados que caracterizam a reação das pessoas face à doença e homogeneiza a linguagem em Enfermagem de forma a melhorar a qualidade dos Cuidados prestados.

De acordo com a terminologia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), serão citados os diagnósticos de enfermagem identificados nos utentes Esquizofrénicos da Enfermaria P05/06. E que se revelaram pertinentes para a elaboração deste trabalho.

##### "Processos do Pensamento Perturbados"

O utente apresenta atividade delirante, com alterações a nível da volição; interpretação imprecisa do ambiente; incapacidade de concentração; incapacidade de resolver os problemas; suspeição extrema dos outros; dissociação cognitiva.

##### "Percepção Sensorial Perturbada"

Défi ce de memória; raciocínio impróprio; rápidas alterações de humor; desorientação.

##### "Défi ce de Auto-cuidado"

Dificuldade em realizar tarefas associadas à higiene, vestir-se; arranjar-se, comer e limpar-se.

obediência automática; maneirismos; estereotípi as; flexibilidade cérea, sinal de travesseiro, etc.

- **Simplex:** Diz respeito a uma forma rara de esquizofrenia e de difícil diagnóstico.

Há predomínio de toda a sintomatologia negativa sem antes ter surgido sintomatologia positiva. Presença de sentimento de devastação e de vacuidade que vai progredindo lentamente e conduz à destruição da própria personalidade.

- **Residual:** Trata-se de um estágio avançado da própria patologia, em que se verifica o predomínio dos sintomas negativos. Estes indivíduos apresentam uma degradação cognitiva marcada pela progressão da doença. Há uma diminuição ou um aumento da incapacidade social. Existe o predomínio da agressividade e neste tipo de esquizofrenia, há estudos que revelam que metade destes indivíduos tenta o suicídio e 10% consoma-o.

Embora menos comum, é de salientar que existe ainda a esquizofrenia indiferenciada que se caracteriza por sintomas de todos os grupos: delírios e alucinações, distúrbio do pensamento e comportamento estranho e sintomas de défi ce ou negativos.

Em 1950, os neurolépticos vieram revolucionar o tratamento dos doentes esquizofrénicos, sobretudo a nível do controlo dos sintomas positivos (Awad e Voruganti 2004).

A primeira a surgir foi a clorpromazina, seguida da flufenazina, perfenazina, tioridazina e haloperidol com efeitos terapêuticos semelhantes. Todos estes antipsicóticos de primeira geração ou típicos, atuam a nível dos receptores pós-sinápticos da dopamina nas regiões límbica e frontal cortical, bloqueando-os. Apesar de eficazes nos sintomas positivos, estes fármacos típicos, estão associados a efeitos colaterais relevantes, nomeadamente a distonia aguda, parkinsonismo, acatisia; discinesia tardia, entre outros e isto deve-se à sua interação com outros sistemas neurotransmissores. (Stefan, 2002; Buchanan e Carpenter, 2005).

Tanto a sintomatologia positiva, como a negativa melhoram com a administração dos antipsicóticos, contudo, os sintomas positivos respondem mais rapidamente do que os sintomas negativos. Há estudos realizados, onde relatam que, doentes que obtêm remissão da sintomatologia negativa e continuam a tomar antipsicóticos apresentam três vezes menos probabilidade de sofrer uma recaída da doença.

Em 1990, teve início a introdução dos antipsicóticos de segunda geração, com a clozapina, após ter sido comprovada a sua eficácia na sintomatologia refractária. Posteriormente surgiu a risperidona, a olanzapina, a quetiapina, a ziprasidona e aripiprazol.

Estudos realizados revelam que os antipsicóticos, atípicos são eficazes em 30% dos doentes com esquizofrenia resistente ou que não toleram outros antipsicóticos, reduzem o risco de suicídio e apresentam menos efeitos extrapiramidais que os antipsicóticos típicos e uma maior eficácia contra os sintomas cognitivos e depressivos. Contudo, representam uma maior probabilidade de provocarem aumento de peso, de desenvolver diabetes mellitus tipo II e provocar AVC em idosos.

##### "Manutenção Ineficaz da Saúde"

Incapacidade de aceitar responsabilidade pelas práticas básicas de saúde; história de comportamento de falta de saúde; falta de interesse expresso em melhorar os comportamentos de saúde; falta de conhecimento demonstrada sobre as práticas básicas de saúde.

##### Síndrome Metabólica

A Síndrome Metabólica (SM) é uma doença ligada ao metabolismo da glicose, que consiste num transtorno complexo formado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular usualmente relacionado à acumulação central de gordura e à resistência à insulina (Reaven, 1994; Rosenbaum e Ferreira, 2003).

Desde a década de 1980 houve um maior interesse por parte dos pesquisadores em relação à SM e desde então alguns trabalhos foram sendo publicados para melhor caracterizar esta Síndrome. O conjunto de fatores de risco que identificam a SM foi reconhecido, pela primeira vez, em 1983.

Em 1988, numa conferência, Reaven denominou de síndrome "X" e identificou a resistência à insulina, definida como a menor captação da glicose pelos tecidos periféricos, como o substrato fisiopatológico comum da Síndrome (MINAME, 2005). Reaven sugeriu cinco consequências, todas elas com um maior risco de doença cardiovascular: intolerância à glicose; hiperinsulinemia; aumento de triglicérides; diminuição do colesterol HDL e hipertensão arterial. A obesidade e a diminuição da atividade física aumentavam a resistência à insulina e, portanto, pioravam a síndrome. Entretanto, ela pode ser encontrada em indivíduos sãos, com peso normal e tolerância à glicose. Esta síndrome, como a maioria, apresenta vários componentes e nem todos precisam estar expressos para caracterizá-la.

Desde então, a SM já foi descrita por diversos nomes, como por exemplo, síndrome metabólica hipertensiva, síndrome plurimetabólica, síndrome X, quarteto mortal e síndrome da resistência à insulina, no entanto a maioria dos trabalhos realizados têm adotado o termo de síndrome metabólica (LOPES, 2003).

Existem vários critérios para o diagnóstico da SM, no entanto esta é de uma forma geral caracterizada por vários dos seguintes fatores:

- Obesidade (definida por um grande perímetro abdominal);
- Hipertensão arterial;
- Hiperglicemia;
- Dislipidemia;
- Microalbuminúria.

Várias definições foram propostas para a SM, nomeadamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS – 1999) que considera a resistência à insulina como fator

indispensável ao seu diagnóstico. Assim sendo, defende como critérios para diagnóstico de SM a alteração da regulação da glicose ou presença de Diabetes Mellitus (DM) ou resistência à insulina e duas ou mais das seguintes condições:

- Tensão Arterial  $\geq$  140/90 mmHg;
- Triglicérides  $\geq$  150mg/dl e/ou nível de HDL  $<$ 35mg/dl para os homens e  $<$ 39 mg/dl para as mulheres;
- Perímetro abdominal  $>$  0,90cm nos homens e  $>$  0,85cm nas (mulheres ou Índice de Massa Corporal (IMC)  $>$  30kg/m<sup>2</sup>;
- Microalbuminúria (taxa de excreção urinária de albumina  $\geq$ 20 mcg/min ou Índice Albumina/Creatinina  $\geq$  20mg/g).

Uma segunda definição foi elaborada pelo *The European Group for the study of Insulin Resistance (1999)* que requer resistência à insulina definido como os primeiros 25% dos valores de insulina de jejum entre indivíduos não diabéticos e duas ou mais das seguintes características:

- Perímetro abdominal  $\geq$  94 cm (Homens) e  $\geq$  80cm (Mulheres);
- Dislipidemia: triglicérides  $\geq$  2,0mmol / L e / ou Colesterol HDL  $<$ 1,0mmol/L ou a cumprir terapêutica para a dislipidemia;
- Hipertensão: pressão arterial  $\geq$  140/90 mmHg ou a realizar medicação anti-hipertensiva;
- Glicemia de jejum  $\geq$  6,1 mmol/L.

Posteriormente surgiu uma definição pelo *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP 2001)*, que requer três ou mais das seguintes condições:

- Perímetro abdominal  $>$  102cm para os homens e  $>$  88 para as mulheres;
- Triglicérides  $>$  150mg/dl;
- Colesterol HDL  $<$ 40mg/dl para homens 3  $<$ 50mg/dl para mulheres;
- Tensão arterial  $\geq$ 130/85mmHg;
- Glicemia em jejum  $\geq$ 110mg/dl.

Um estudo realizado pelo Grupo Latino-americano da Oficina Internacional de Informação em Lípidos (ILIB A), foi proposto que a obesidade combinada com um fator de risco cardiovascular resulta numa determinada pontuação e o diagnóstico está estabelecido quando forem obtidos três ou mais pontos:

- Regulação alterada da glicose ou diabetes Glicemia de jejum  $>$  110mg/dl e/ou  $>$  140mg/dl 2 horas após uma sobrecarga oral de glicose;
- Hipertensão arterial (excluindo-se os pacientes com nefropatia diabética clínica) Tensão arterial  $>$  130/  $>$  85mmHg;
- Triglicérides  $>$  150mg/dl;
- Colesterol HDL  $<$ 40 mg/dl em homens e  $<$ 50 mg/dl em mulheres;

da saúde mental. A presença de fatores de risco, nomeadamente a obesidade, a diabetes mellitus, causa no utente um conjunto de alterações nomeadamente a nível da autoimagem, da autoestima, e da ansiedade que assumem uma proporção maior quando este já apresenta alterações a nível da percepção e do pensamento como é o caso dos utentes esquizofrénicos. Deste modo torna-se urgente uma intervenção precoce a nível da prevenção da síndrome metabólica e da promoção da saúde mental.

#### Intervenções de Enfermagem

De acordo com o Plano Nacional de Saúde, (2011-2016), "Saúde é um estado é um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal" (Bircher 2005).

Os enfermeiros desenvolvem um papel extremamente relevante diante desta problemática, nomeadamente na elaboração de estratégias com o objetivo de modificar os estilos de vida dos utentes com ou em risco de apresentarem síndrome metabólica, através da adoção de um plano alimentar saudável, prática de exercício físico regularmente, controle de situações promotoras de stress, redução ou eliminação de hábitos tabágicos, além de monitorizar frequentemente a tensão arterial, a DM e a perda de peso.

#### 4.-Material e Métodos

##### **Desenho do estudo**

No que concerne ao tipo de estudo, tratou-se de um estudo do tipo observacional, descritivo transversal. A unidade de análise do estudo foi o indivíduo e a população acessível era constituída por utentes, do sexo masculino, institucionalizados no Centro Hospitalar Conde de Ferreira na enfermaria P05/06.

Segundo Ribeiro, os estudos descritivos são estudos exploratórios que decorrem do facto do investigador não ter necessariamente um conjunto de suposições bem desenvolvidas para formular as hipóteses. Segundo Aday, "...neste tipo de estudo não se pretende explicar porque é que ocorrem determinados fenómenos. O investigador apenas apresenta o que encontrou" (cit. In Ribeiro, 1999).

Os estudos observacionais descritivos caracterizam-se por descrever uma situação. Isto é, a distribuição da doença na população em relação ao sexo, idade ou outra característica, que neste caso se trata da síndrome metabólica e da terapêutica neuroléptica.

- Perímetro abdominal  $>$  0,90 em homens e  $>$  0,85 em mulheres e o IMC  $>$  30kg/m<sup>2</sup>

Esta definição assemelha-se à da OMS, porém evita a mensuração da resistência à insulina e omite a microalbuminúria.

Mais recentemente a *Federação Internacional de Diabetes (IDF, 2005)*, sugeriu como critérios:

- Obesidade central cujos limites possa variar conforme a etnia. Assim para europeus sugeriu para medida do perímetro abdominal 94cm para homens e 80cm para mulheres, para asiáticos 90 e 80cm e para japoneses 85 e 90cm respetivamente homens e mulheres.

E dois ou mais dos seguintes critérios:

- Triglicérides  $>$  150 mg/dl ou estar em tratamento para essa anormalidade lipídica;
- Colesterol HDL:  $<$ 40 mg/dl em homens e  $<$ 50 mg/dl em mulheres ou estar em tratamento específico para a dislipidemia;
- Hipertensão arterial sistémica  $>$  130/85 mmHg ou tratamento específico para a hipertensão diagnosticado previamente;
- Glicemia de jejum  $>$  100mg/dL ou diagnóstico prévio de DM tipo II.

Outros critérios metabólicos estão em pesquisa: medida da distribuição abdominal da gordura, características da dislipidemia, métodos de avaliação da resistência à insulina (níveis de insulina, HOMA), avaliação da desregulação vascular tais como a microalbuminúria, do estado pró-inflamatório (proteína C reativa, fator de necrose tecidual, interleuquina) e protrombótico (fatores fibrinolíticos e de coagulação). Estes fatores podem auxiliar na predição de complicações cardiovasculares e diabetes tipo II.

#### Prevenção de Enfermagem

Perante esta situação, o enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, dotado de conhecimento técnico, humano e científico, "é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem lhe foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e Humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da Saúde e Mental e Psiquiátrica." (REPE, 1996), deverá desenvolver ações de enfermagem nomeadamente a nível de diagnóstico precoce e implementação de programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

Uma das competências do enfermeiro especialista em Saúde Mental é assistir e ajudar a pessoa ao longo do ciclo vital, família, grupos e comunidade na recuperação e/ou otimização

O estudo transversal ou de prevalência, fornece uma informação limitada no tempo - pontual - de uma situação. As medidas ou monitorização dos dados são realizadas uma única vez e no mesmo intervalo de tempo.

#### **Método de seleção dos Participantes**

O propósito deste estudo exploratório foi observar a prevalência da SM nos utentes esquizofrénicos da Enfermaria P05/06 do Centro Hospitalar Conde de Ferreira. Uma amostra de vinte e sete doentes, do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 37 e os 67 anos (média de idades de 51,6 anos).

Estudos realizados, evidenciam que pacientes com esquizofrenia, apresentam maior predisposição para desenvolver síndrome metabólica e isto deve-se ao facto de estes apresentarem uma vida mais sedentária, hábitos alimentares pouco saudáveis, acesso limitado à saúde e também o uso de antipsicóticos.

Os antipsicóticos de segunda geração estão associados a um elevado risco de síndrome metabólica, dado o aumento de peso, a hiperglicemia e anormalidades lipídicas que estes provocam.

Assim sendo, no estágio e tendo em consideração as condições disponibilizadas pela Instituição, foi considerada como SM a agregação de três ou mais dos seguintes fatores:

- Glicemia em jejum  $\geq$ 110mg/dl;
- Perímetro abdominal  $>$  102cm;
- Pressão arterial  $\geq$  130/85mmHg;
- Níveis de Colesterol Total  $\geq$  190mg/dl;
- Triglicérides  $\geq$  150mg/dl.

Estes parâmetros, à exceção dos triglicérides que não foram avaliados por razões económicas que, no momento, a instituição não podia suportar, foram avaliados no mesmo dia, com jejum de 10h00m. Posteriormente procedeu-se à aplicação de um instrumento de avaliação da atividade física – IPAQ, versão curta (anexo III).

Este instrumento de avaliação fornece informações sobre o tempo despendido na marcha, em atividade física vigorosa e moderada, daí que se tenha optado pela sua aplicação.

#### **Amostra**

A amostra era constituída por 27 utentes internados/institucionalizados na Enfermaria P05/06, durante os meses de Maio e Junho de 2011, com diagnóstico de Esquizofrenia, independentemente do tipo, exceto os que se recusaram a participar. (Anexo II)

#### **Instrumentos Utilizados**

**Balança** Balança Digital Adulto com antropométrico 200Kg / precisão de 100 gr - W200A Welmy - Tapete antiderrapante em borracha. Pés reguláveis em borracha sintética Voltagem: 110/220v. Utilizada para monitorizar o peso corporal e a altura.

**Fita Métrica** Fita métrica universal e extensível com escala em centímetros, utilizada para medição do perímetro abdominal.

**Monitor da Pressão Arterial:** Monitor digital de braço; automático da marca OMRON M6 Comfort. Utilizado para monitorizar a Tensão Arterial no membro superior esquerdo.

**Medidor de glicose no sangue:** Medidor da glicose no sangue "On Call Plus", Referência 6113-211. Adaptação de tiras próprias onde se coloca a gota de sangue do capilar (Tiras com o código 743). Utilizado para avaliar a glicemia capilar em jejum, após limpeza do dedo onde se procedeu à recolha de sangue capilar.

**Analisador de marca Manual do Utilizador do sistema portátil de análise de sangue total:** Analisador total de sangue "CardioChek". Recolha de amostra sanguínea através de picada e recolha com coletor de sangue capilar e aplicado na tira reativa (código 215). Gota recolhida após limpeza do dedo onde se procedeu a recolha. Utilizada para avaliar colesterol total e triglicérides.

**Questões Éticas**

Qualquer estudo ou projeto de investigação implica responsabilidade pessoal e profissional de modo a obedecer a questões de ordem ética e moral.

A investigação em Seres Humanos, levanta sempre questões desta ordem, pelo que todo aquele que investiga, está sob responsabilidade penal, civil e deontológica no que diz respeito ao cumprimento de leis e regras internas que regem as associações profissionais e a investigação em seres humanos (*Declaração de Helsínquia e sucessivas reformulações*).

Deste modo, no decorrer da realização do estudo, foram seguidas, respeitadas e preservadas todas as questões éticas subjacentes. Assim sendo, a chefia do serviço P05/06, obteve autorização prévia do diretor clínico do Centro Hospitalar Conde de Ferreira, para que a realização do estudo fosse possível. O pedido formal encontra-se arquivado em local próprio no serviço, bem como o consentimento livre e esclarecido presumido de todos os intervenientes, assegurando-se as normas e padrões internacionais que dizem respeito à Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina.

Os procedimentos de monitorização utilizados, fazem parte da rotina dos Cuidados de Enfermagem e não apresentam nenhum risco para o utente.

<b>Índice de Massa Corporal (kg/m<sup>2</sup>)</b>	27	19,82	32,04	25,4281	3,48128	12,119
<b>Perímetro Abdominal (cm)</b>	27	78,00	113,00	95,1111	8,73249	76,256
<b>Tensão Arterial Sistólica (mmHg)</b>	27	88,00	139,00	108,5926	10,97290	120,405
<b>Tensão Arterial Diastólica (mmHg)</b>	27	62,00	87,00	75,1481	7,53813	56,823
<b>Pulso (btm)</b>	27	57,00	121,00	89,4444	14,64013	214,333
<b>Glicemia Capilar (mg/dl)</b>	27	82,00	172,00	107,1852	18,28837	334,464
<b>Colesterol Total (mg/dl)</b>	27	100,00	211,00	133,6667	26,85574	721,231

N – frequência absoluta

Iniciando, agora, uma análise mais detalhada das variáveis em estudo, verificamos que, em relação à idade, a faixa etária mais frequente é a que compreende as idades dos 45 aos 59 anos, com 21 indivíduos (77,8%).

As idades menos frequentes são as superiores a 60-74 anos ou inferiores a 30-44 anos, ambas com apenas 6 indivíduos (22,0%) (tabela 2 e gráfico 1).

**Tabela 2 - Caracterização dos indivíduos por faixa etária**

Faixa Etária	N	Percentagem (%)
<b>30-44 anos</b>	4	14,8
<b>45-59 anos</b>	21	77,8
<b>60-74 anos</b>	2	7,4
<b>Total</b>	27	100,0

N- frequência absoluta; (%) – frequência relativa

**Análise Estatística**

**Avaliação dos Resultados**

**Resultados**

O grupo de estudo envolveu 27 indivíduos pertencentes a um dos serviços do Centro Hospitalar Conde de Ferreira: Enfermaria A1.

São indivíduos do sexo masculino cuja idade varia entre os 35 e os 67 anos, sendo a idade média de 51 anos, aproximadamente (tabela 1).

Para além da idade foram analisadas diversas variáveis, tais como o peso, a altura, o índice de massa corporal (IMC), o perímetro abdominal, a tensão arterial sistólica e diastólica, o pulso, a glicemia capilar e o colesterol total (tabela 1).

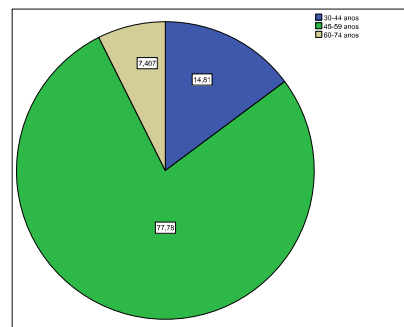
Relativamente ao peso, este varia entre os 57,80kg e os 89,90kg sendo o peso médio de 72,6037kg. Já a altura varia entre 1,57m e 1,78m sendo a média da altura dos indivíduos 1,69m. Posteriormente, foi calculado o índice de massa corporal (IMC), medida internacional usada para inferir se uma pessoa está no peso ideal, calculado através da divisão do peso em quilogramas pela altura em metros elevada ao quadrado, que nos indivíduos da nossa amostra varia entre 19,82kg/m<sup>2</sup> e 32,04kg/m<sup>2</sup>; sendo o valor médio de 25,4281 kg/m<sup>2</sup>. O perímetro abdominal varia entre os 78 e os 113 cm, sendo o valor médio 95,11 cm (tabela 1).

Foi, também, avaliada a tensão arterial sendo que o valor médio da tensão arterial sistólica é 108,5926 mmHg e o valor médio da tensão arterial diastólica é 75,1481 mmHg (tabela 1). O pulso, outra das variáveis avaliada, varia entre os 57 bpm (batimentos por minuto) e os 121 bpm (tabela 1).

No que concerne à glicemia capilar, esta apresenta um valor médio de 107,1852 mg/dl, variando entre 82 a 172 mg/dl (tabela 1). Por último, foi avaliado o colesterol total que assume valores entre os 100 e os 211 mg/dl, sendo o seu valor médio de 133,6667 mg/dl.

**Tabela 1 - Caracterização da Amostra**

Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
<b>Idade</b>	27	35	67	51,48	6,705	44,952
<b>Peso (kg)</b>	27	57,80	89,90	72,6037	8,73796	76,352
<b>Altura (m)</b>	27	1,57	1,78	1,6901	,05546	,003



**Ilustração 1 - Caracterização dos indivíduos por faixa etária**

Relativamente ao estado civil, verificamos que 77,8% dos indivíduos que constituem a amostra são solteiros (N=21), 7,4% são casados (N=2) e 14,8% são divorciados (tabela 3).

**Tabela 3 - Caracterização dos indivíduos por estado civil**

Estado Civil	N	Percentagem (%)
<b>Solteiro</b>	21	77,8
<b>Casado</b>	2	7,4
<b>Divorciado</b>	4	14,8
<b>Total</b>	27	100,0

N- frequência absoluta; (%) – frequência relativa

No que concerne à escolaridade, os resultados são mais heterogéneos. Assim, tal como podemos constatar através da análise da tabela 4 e do gráfico 2, 51,9% (N=14) dos indivíduos possuem um grau de escolaridade entre o 1º e o 4ºano; 22,2% (N=6) possuem um grau de escolaridade entre o 5º-6ºano; 14,8% (N=4) possuem um grau de escolaridade entre o 7º-9º ano e apenas um indivíduo pertence à categoria «Sabe ler e/ou escrever», possui um grau de escolaridade entre o 10-12ºano e formação superior.

**Tabela 4 - Caracterização dos indivíduos por grau de escolaridade**

Escolaridade	N	Percentagem (%)
<b>Sabe ler e/ou escrever</b>	1	3,7
<b>1º-4ºano</b>	14	51,9
<b>5º-6º ano</b>	6	22,2
<b>7º-9º ano</b>	4	14,8

10 <sup>a</sup> -12 <sup>a</sup> ano	1	3,7
Formação Superior	1	3,7
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

N- frequência absoluta; (%) – frequência relativa

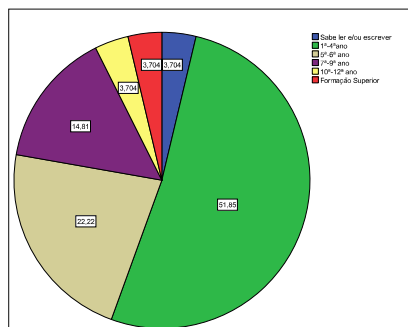


Ilustração 2 - Caracterização dos indivíduos por grau de escolaridade

Relativamente ao número de anos decorridos após o diagnóstico da doença, neste caso esquizofrenia, verificamos que na maioria dos indivíduos, a esquizofrenia foi diagnosticada num intervalo de tempo entre 11 a 20 anos isto é, em 63% dos casos (N=17). Apenas no caso de um indivíduo a doença foi diagnosticada num intervalo entre 1 a 5 anos (3,7%). Para os restantes indivíduos a doença foi diagnosticada há 6-10 anos (N= 5; 18,5%) e em 4 dos casos há mais de 20 anos.

Tabela 5 - Número de Anos após Diagnóstico da Doença

Número de Anos após diagnóstico da doença	Frequência	Percentagem (%)
1 « 5 Anos	1	3,7
6 « 10 Anos	5	18,5
11 « 20 Anos	17	63,0
Mais de 20 Anos	4	14,8
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

N- frequência absoluta; (%) – frequência relativa

Tabela 7 - Caracterização dos indivíduos com base no total MMSE (Capacidade Cognitiva)

Total MMSE (Capacidade Cognitiva)	N	Percentagem (%)
Analfabetos	17	63,0
1 a 11 anos de escolaridade	7	25,9
Escolaridade superior a 11 anos	3	11,1
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

N- frequência absoluta; (%) – frequência relativa

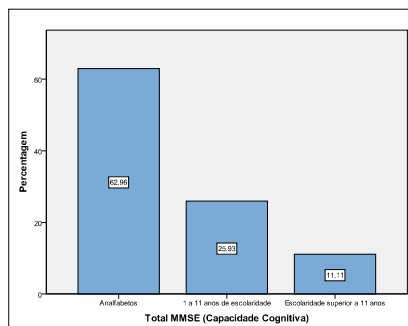


Ilustração 4 - Caracterização dos indivíduos tendo em consideração ao total MMSE

De acordo com o que podemos verificar na tabela 8, quase a totalidade dos indivíduos apresentam uma *atividade física baixa* de acordo com o valor obtido através da aplicação do IPAQ (96,3%) e apenas um indivíduo apresenta uma *atividade física moderada* (3,7%). Não existe nenhum indivíduo com *atividade física intensa*.

Tabela 8 - Caracterização dos indivíduos através do total IPAQ (atividade física)

Total IPAQ (Atividade Física)	N	Percentagem (%)
Baixa	26	96,3
Moderada	1	3,7
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

N- frequência absoluta; (%) – frequência relativa

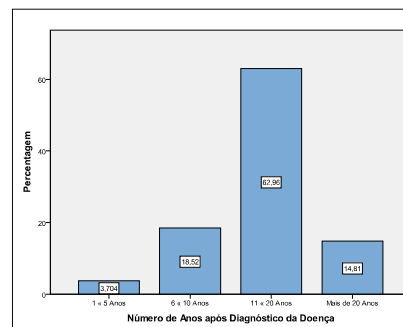


Ilustração 3 – Número de Anos após Diagnóstico da Doença

No que concerne à medicação, todos os indivíduos estão medicados com um fármaco psicotrópico podendo este ser um antipsicótico típico, um antipsicótico atípico, um estabilizador, um psicotrópico multi-classes ou um estabilizador de humor; não existe nenhum indivíduo medicado com um fármaco antidepressivo (N=0) (tabela 6).

Tabela 6 - Tipo de Psicotrópicos Administrados aos utentes

Tipo de Psicotrópico	N
Antidepressivo	0
Antipsicótico típico	12
Antipsicótico atípico	18
Estabilizador de humor	5
Multi-Classes	4
<b>Total</b>	<b>39</b>

Ainda tendo em consideração a análise da tabela 6, posso concluir que existem indivíduos na amostra selecionada a realizar mais do que um tipo de psicotrópico pois efetuando o somatório da frequência absoluta (N) está é superior ao numero de indivíduos da amostra.

Analisando agora a tabela 7 e a ilustração 4 que evidenciam a caracterização dos indivíduos de acordo com o valor total obtido através da aplicação do MMSE, podemos concluir que 63,0% dos indivíduos são analfabetos (N=17), 25,9% dos indivíduos possuem 1 a 11 anos de escolaridade (N=7) e apenas 11,1% (N=3) dos indivíduos possui um nível de escolaridade superior a 11 anos.

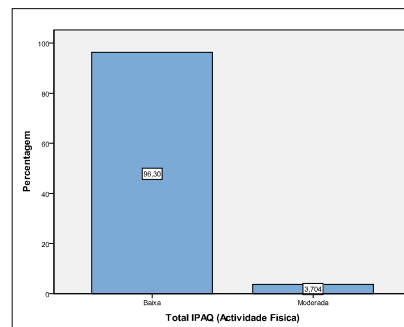


Ilustração 5 – Caracterização dos indivíduos segundo total IPAQ (atividade física)

No que respeita aos hábitos tabágicos, verificamos que, dos indivíduos que compõem a amostra, 77,8% dos indivíduos são fumadores enquanto 22,2% dos indivíduos são não fumadores (tabela 9).

Tabela 9 - Caracterização dos indivíduos de acordo com os Hábitos Tabágicos

Hábitos Tabágicos	N	Percentagem (%)
Não	6	22,2
Sim	21	77,8
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

N- frequência absoluta; (%) – frequência relativa

No que concerne aos indivíduos que são fumadores, 77,8% dos indivíduos, 7,4% fumam, diariamente, menos de 10 cigarros, já 25,9% fumam mais de 20 cigarros/dia e a maioria (44,4%) fuma entre 10 a 20 cigarros por dia (tabela 10 e ilustração 6).

Tabela 10 - Caracterização dos indivíduos de acordo com o número de cigarros por dia

Número de Cigarros por dia	N	Percentagem (%)
Não se aplica	6	22,2
Menos de 10	2	7,4
Entre 10 e 20	12	44,4
Mais de 20	7	25,9
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

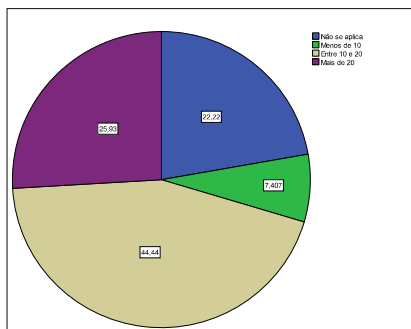


Ilustração 6 - Caracterização dos indivíduos de acordo com o número de cigarros por dia

Após a análise descritiva da amostra, procedemos à recodificação das variáveis perímetro abdominal, colesterol total, pesquisa de glicemia capilar, tensão arterial e IMC com o intuito de definir os critérios para determinar os utentes com SM.

Assim, tal como já foi referido na secção Estado da Arte, a SM é uma patologia relacionada com o metabolismo da glicose, que consiste num transtorno complexo formado por um conjunto de fatores de risco cardiovascular usualmente relacionados com a acumulação central de gordura e à resistência à insulina (Reaven, 1994; Rosenbaum e Ferreira, 2003).

Como base para este estudo, tivemos em consideração a definição do National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP 2001), que requer **três ou mais das seguintes condições:**

- Perímetro abdominal > 102cm para os homens e > 88 para as mulheres;
- Triglicéridos > 150mg/dl;
- Colesterol HDL < 40mg/dl para homens e < 50mg/dl para mulheres;
- Tensão arterial ≥ 130/85mmHg;
- Glicemia em jejum ≥ 110mg/dl.

Contudo, não foi possível efetuar a medição do Colesterol HDL por motivos relacionados com o orçamento atribuído para o ano em curso optando-se, por realizar a medição do colesterol total. Desta forma e em consonância com a norma da Direção Geral da

Tabela 11 - Lista de Variáveis Recodificadas

Crítérios	N (%)
Perímetro abdominal	<=102 21 (77.8)
Recodificado	>102 6 (22.2)
Colesterol Total	<190 26 (96.3)
Recodificado (mg/dl)	>=190 1 (3.7)
Glicemia Capilar	<110 20 (74.1)
Recodificada (mg/dl)	>=110 7 (25.9)
Tensão arterial	TAS<130 ou TAD<85 26 (96.3)
Recodificado (mg/dl)	TAS>=130 e TAD>=85 1 (3.7)
Síndrome Metabólico	sem sm 26 (96.3)
Recodificado	com sm 1 (3.7)

Após a recodificação das variáveis, foram efetuadas *Tabelas de Contingência* com o objetivo de relacionar os diferentes tipos de fármacos psicotrpicos (antidepressivos, antipsicóticos típicos, antipsicóticos atípicos, estabilizadores de humor e multi-classes), hábitos tabágicos e valor de IPAQ com a presença de SM (variável síndrome metabólico recodificada).

Através da análise da tabela 11, verificamos que seis utentes possuem um valor de perímetro abdominal superior a 102cm; um utente tem um valor de colesterol total superior a 190mg/dl; sete utentes possuem um valor de glicemia capilar superior a 110 mg/dl e apenas um utente apresenta valores de TAS superior a 130 mg/dl e TAD superior a 85mg/dl.

1) Antidepressivos \* Síndrome Metabólico Recodificado

Tabela 12 – Tabela de Contingência Antidepressivos\* Síndrome Metabólico Recodificado

	Síndrome Metabólico Recodificado		Total
	Sem sm	Com sm	
	Antidepressivos	26	
Não			
Total	26	1	27

Saúde no que concerne à abordagem terapêutica das dislipidemias (DGS, 2011), utilizamos como valor de *cut-off* 190mg/dl ou seja, utentes com colesterol total inferior a 190 mg/dl não estão em risco e utentes com valor de colesterol total superior ou igual a 190 mg/dl estão em risco.

Outra limitação deste estudo reside no facto de também não ter sido possível realizar a medição dos triglicéridos por motivos orçamentais. Por conseguinte, o valor de triglicéridos não foi tido em consideração para a definição de síndrome metabólico.

Assim, tendo por base a bibliografia consultada durante o processo de revisão bibliográfica, definição dos objetivos e operacionalização das variáveis, desenho do protocolo de estudo e definição da metodologia, as variáveis foram definidas da seguinte forma:

- Perímetro Abdominal: utentes sem risco PA ≤102 cm; *utentes em risco* >102cm;
- Colesterol Total: utentes sem risco < 190 mg/dl; *utentes em risco* ≥190 mg/dl;
- Pesquisa de Glicemia Capilar: utentes sem risco ≤110 mg/dl; *utentes em risco* >110 mg/dl;
- Tensão arterial: utentes sem risco TAS≤130 mmHg e TAD≤85 mmHg; *utentes em risco* TAS≥130 mg/dl e TAD≥85mg/dl (tabela 11).

Através da análise da tabela 12, podemos verificar que existe um utente na amostra com síndrome metabólico mas que este não está medicado com Antidepressivo. Aliás, nenhum utente da amostra se encontra medicado com esta categoria de fármacos.

2) Antipsicóticos típicos\* Síndrome Metabólico Recodificado

Tabela 13 - Tabela de Contingência Antipsicóticos típico\* Síndrome Metabólico Recodificado

Antipsicótico típico	Síndrome Metabólico Recodificado		
	Sem sm	Com sm	Total
	Não	14	1
Sim	12	0	12
Total	26	1	27

Analisando agora a tabela 13, verificamos que dos 12 utentes medicados com antipsicótico típico, nenhum é portador de síndrome metabólico.

3) Antipsicóticos atípicos\* Síndrome Metabólico Recodificado

Tabela 14 - Tabela de Contingência Antipsicótico atípico\* Síndrome Metabólico Recodificado

Antipsicótico atípico	Síndrome Metabólico Recodificado		
	Sem sm	Com sm	Total
	Não	9	0
Sim	17	1	18
Total	26	1	27

Passando agora à análise da tabela 14, verificamos que um dos 18 utentes medicados com antipsicóticos atípicos possui síndrome metabólico.

## 4) Estabilizador de Humor\*Síndrome Metabólico

Tabela 15 - Tabela de Contingência Estabilizador de Humor\*Síndrome Metabólico

	Síndrome Metabólico Recodificado		Total	
	Sem sm	Com sm		
Estabilizador de Humor	Não	21	1	22
	Sim	5	0	5
<b>Total</b>		26	1	27

Relativamente aos utentes medicados com fármacos estabilizadores de humor, nenhum dos cinco utentes que faz este tipo de psicofármaco possui síndrome metabólica (tabela 15).

## 5) Multi-classes\*Síndrome Metabólico

Tabela 16 – Tabela de Contingência Multiclasses\*Síndrome Metabólico

	Síndrome Metabólico Recodificado		Total	
	Sem sm	Com sm		
Multi-Classes	Não	22	1	23
	Sim	4	0	4
<b>Total</b>		26	1	27

No que concerne aos utentes medicados com psicofármaco da classe Multi-classes, verificamos que nenhum dos quatro utentes possui Síndrome Metabólico.

dificultado pelos participantes se tratarem de utentes portadores de patologia psiquiátrica que, em períodos de agudização do estado e alteração rápida do comportamento, são muito pouco colaborantes. Os resultados deste estudo são em primeira instância generalizáveis para este subgrupo particular de doentes apesar das limitações inerentes ao mesmo relacionadas com o tamanho da amostra e com a incapacidade de determinar alguns parâmetros (Colesterol HDL e triglicéridos) devido a limitações económicas da Instituição.

Na persecução do esforço realizado a fim de determinar a prevalência da síndrome metabólica nos utentes que constituíam a amostra, foram avaliados parâmetros antropométricos, entre outros, e aplicadas escalas (IPAQ, Mini-Mental). Posteriormente foi realizado um trabalho estatístico com o SPSS 19 que incluiu a análise desses mesmos valores e a realização de tabelas de contingência.

Apesar dos pontos fortes anteriormente citados, este trabalho de investigação apresenta algumas limitações, entre as quais saliento a pequena dimensão da amostra, o facto de os utentes pertencerem unicamente a um Centro Hospitalar e Enfermaria e, por último, possuírem situações clínicas em todo semelhantes.

Os objetivos do trabalho foram amplamente alcançados e os resultados poderão potencialmente servir para melhor compreender e enquadrar na prática clínica os procedimentos de avaliação dos utentes portadores de patologia psiquiátrica, abrindo horizontes quer ao nível da prevenção quer ao nível do tratamento.

À luz dos resultados alcançados poder-se-á afirmar que o tratamento com antipsicóticos, o sedentarismo e hábitos de vida inapropriados (tabagismo, alimentação rica em açúcar e gorduras) podem, isoladamente, ser um fator determinante para a presença de síndrome metabólica: apenas a sua combinação é potenciador para o aparecimento do mesmo.

Contudo, o resultado por nós obtido está em consonância com os estudos realizados que evidenciam que é nos utentes medicados com antipsicóticos de segunda geração ou antipsicóticos atípicos que se verifica uma maior prevalência deste tipo de patologia devido a efeitos colaterais que estes provocam no que diz respeito ao aumento de peso, a hiperlipidemia e anormalidades lipídicas. No entanto, as medidas preventivas e a adoção de estilos de vida saudáveis podem compensar e minimizar estes efeitos.

## 6) Hábitos Tabágicos+IPAQ\*Síndrome Metabólico

Tabela 17 - Tabela de Contingência Hábitos Tabágicos+IPAQ\*Síndrome Metabólico Recodificado

	Síndrome Metabólico Recodificado		
	Sem sm	Com sm	
Total IPAQ (Actividade Física)	Baixa	25	1
	Moderada	1	0
	Intensa	0	0
Hábitos Tabágicos	Não	6	0
	Sim	20	1

Relacionando agora os hábitos tabágicos e o valor de IPAQ com a presença de Síndrome Metabólica verificamos que o utente que possui Síndrome Metabólico, além de estar medicado com antipsicótico atípico, é fumador (hábito de vida pouco saudável) e apresenta um score de IPAQ baixo que se traduz em pouca atividade física (hábitos de vida sedentários).

**Discussão**

Atualmente, verifica-se um crescente interesse em relação ao utente portador de patologia psiquiátrica e uma mudança na forma como estes utentes são abordados pelos Profissionais da Saúde. Nota-se uma maior sensibilidade dos técnicos que se reflete na qualidade dos cuidados prestados e na abordagem holística do estado de saúde destes utentes, sobretudo no contexto de internamento.

Este trabalho de investigação teve como objetivo primordial a análise da prevalência de síndrome metabólica em utentes esquizofrénicos.

Alguns estudos encontrados aquando da revisão bibliográfica respeitantes à prevalência do síndrome metabólico utilizam, como amostra, indivíduos portadores de patologia psiquiátrica. Contudo, é notável a escassez de estudos científicos que comprovem efetivamente a relação entre a síndrome metabólica e o uso de neurolépticos mas evidenciam antes a conjugação dos fatores de risco da SM e a sua potenciação. Realizar este tipo de estudo é, pensamos,

**Considerações finais**

Após realização deste trabalho, é possível concluir que a síndrome metabólica muitas vezes está presente antes de qualquer sintoma. Daqui emerge a importância da intervenção de Enfermagem se dedicar à prevenção primária desta síndrome.

Serão necessários mais estudos deste género para que se possa determinar qual a real prevalência de síndrome metabólica em utentes esquizofrénicos, realizados tanto em contexto hospitalar (utentes críticos e crónicos ao longo de todas as fases do ciclo vital) como em domiciliário.

No que concerne à prevalência da SM nos utentes esquizofrénicos da enfermaria P05/06 é possível concluir que a síndrome metabólica está presente em apenas um utente, contudo a totalidade da amostra apresenta fatores de risco.

Neste estudo, não foi possível avaliar o valor de triglicéridos nem o valor de colesterol HDL por motivos económicos. Assim, seria pertinente realizar um estudo em que fossem determinados estes valores e incluídos outros utentes, por exemplo de outro Centro Hospitalar, conduzindo a tamanhos amostrais superiores de forma a potenciar o tratamento e a qualidade de vida destes utentes.

Este documento vai permitir uma avaliação abrangente das necessidades da minha população alvo, estabelecer objetivos para o estágio promoção de hábitos de vida saudáveis bem como o planeamento de cuidados que de resposta às carências identificadas.

### **3- BIBLIOGRAFIA**

- Afonso, P.2010. Esquizofrenia, Príncipia Editora, Cascais, 172.
- Bermudes R, Keck Jr P, McElroy S. 2007. Managing metabolic abnormalities in the psychiatrically ill – a clinical guide for psychiatrists, prefácio; Washington DC, American Psychiatric Publishing, Inc.
- Domingues, I. Obesidade, fatores de risco cardiovascular e qualidade de vida em doentes esquizofrénicos institucionalizados no Centro Hospitalar Conde de Ferreira. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental. 2008. FMUP. Porto.
- Fortin, M. 1999. O processo de Investigação, da conceção à realização. Lusociência. Loures.
- Miname. M. H. Chacra, A. P. M.2005.Síndrome Metabólica. Revista da Sociedade de Cardiologia de São Paulo. Volume 15
- NANDA. 2008. Diagnósticos de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 396 p.
- Nogueira, F. 2004. Decisões Hospitalares: Necessidades Formativa e Informativas. Tese de Doutoramento. UTAD. Vila Real.
- Oliveira. D.L.M. 2010. Monitorização da Temperatura Corporal com termómetro Digital Timpânico e termómetro Digital Axilar: Análise da Reprodutibilidade e da Validade. Tese de Mestrado. FMUP. Porto.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. A Reforma da Saúde Mental. [em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=103&view=news:Print&id=813&print=1>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa, 20 de Novembro de 2010.
- Penteado. F. R. Gomes. N. M. 2008. Atividade física e síndrome metabólica: um estudo de revisão. Revista Digital. Nº 125. Buenos Aires.
- Remington. G. M. D., PH. D. 2006. Schizophrenia, Antipsychotics, and the Metabolic Syndrome: Is There a Silver Lining? Am J Psychiatry 163:7.

- Santos, R. Nunes, A. Ribeiro, J. C. Santos, P. Duarte, J. A. R. Mota. 2005. Obesidade, Síndrome metabólica e atividade física: Estudo exploratório realizado com adultos de ambos os sexos, na Ilha de S. Miguel, Região Autónoma dos Açores, Portugal. ReVISTA Brasileira Educação Física e Desporto. São Paulo. p. 317.
- Thakore. J. H. 2005. Metabolic Syndrome and Schizophrenia. British Journal of Psychiatry. 455-456.
- TOWNSEND, M.C.2009: Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica; Lusodidacta; 6 Edição;
- CAMPOS, L.P.C.V.:2009. Doença Mental e prestação de Cuidados; Universidade Católica Editora, Lisboa



## Questionário de Caracterização da Amostra

### **A – Dados Sócio – Demográficos**

1- Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

2- Estado civil:

- 0 – Solteiro
- 1 – Casado
- 2 – Viúvo
- 3 – Divorciado
- 4 – Outro

3- Escolaridade:

- 0 – Não sabe ler nem escrever
- 1 – Sabe ler e/ou escrever
- 2 – 1º - 4º Ano
- 3 – 5º - 6º Ano
- 4 – 7º - 9º Ano
- 5 – 10º - 12º Ano
- 6 – Formação superior

### **B – Dados Antropométricos**

- 1 – Peso \_\_\_\_\_ (Kg – Utentes com jejum de 10h00m).
- 2 – Altura \_\_\_\_\_ (m)
- 3 – IMC \_\_\_\_\_ ( $\text{kg/m}^2$ )
- 4 – Perímetro Abdominal \_\_\_\_\_ (cm – circunferência entre a grelha costal e as cristas ilíacas, com abdómen relaxado).

### **C – Parâmetros Vitais e Dados Analíticos**

- 1- TA \_\_\_\_\_ (mmhg)
- 2- PGC \_\_\_\_\_ (mg/dl – Em jejum de 10h00m)
- 3- Colesterol Total \_\_\_\_\_ (mg/dl – Em jejum de 10h00m)
- 4- Triglicerídeos \_\_\_\_\_ (mg/dl – Em jejum de 10h00m).

## **D – Dados relativos à doença**

- 1- Há quanto tempo foi diagnosticada a sua doença?
  - 0 - <1 Ano
  - 1 –  $1 \leq 5$  Anos
  - 2 –  $6 \leq 10$  Anos
  - 3 –  $11 \leq 20$  Anos
  - 4 – Mais de 20 Anos
  
- 2- Encontra-se a efectuar algum tratamento psicotrópico?
  - 0 – Não
  - 1 – Sim
  
- 3- Qual o grupo a que pertence?
  - 0 – Anti-depressivos
  - 1 – Anti- psicóticos típicos
  - 2 – Anti-psicóticos atípicos
  - 3 – Estabilizadores de Humor
  - 4 – Multi-classes
  
- 4- Capacidade cognitiva (ver resultados da aplicação do MMSE)
  - 0 – Analfabetos
  - 1- 1 a 11 anos de escolaridade
  - 2- Escolaridade superior a 11 Anos

## **E – Estilos de Vida**

- 1- Actividade física Total (ver resultados da aplicação do IPAQ)
  - 0 – Baixa
  - 1 – Moderada
  - 2 – Intensa
  
- 2- Hábitos Tabágicos
  - 0 – Não
  - 1 – Sim
  
- 3- Quantos cigarros por dia?
  - 0 – Não se aplica
  - 1 – Menos de 10
  - 2 – Entre 10 a 20
  - 3 – Mais de 20

**Obrigado pela sua colaboração!**

# ANEXO X

(Ação de formação sobre os cuidados a ter com o sol e a importância da hidratação oral)





Planeamento da Acção de Educação para a Saúde sobre Cuidados a ter com o Sol e a importância da Hidratação Oral

4º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização  
Em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
Estágio Módulo I  
Centro Hospitalar Conde Ferreira, Enfermaria P05/06  
Tutora do Estágio: Enf.ª Anabela  
Orientadora: Prof. Manuela Magalhães

Trabalho realizado por:  
Ana Guimarães  
Nº 361610032

Trabalho realizado por:  
Ana Guimarães  
Nº 361610032

Porto Maio de 2011

Porto, Maio de 2011

MESMP – UCP, Instituto de Ciências da Saúde, Porto

2

Planeamento da Acção de Educação para a Saúde sobre Cuidados a ter com o Sol e a importância da Hidratação Oral

Planeamento da Acção de Educação para a Saúde sobre Cuidados a ter com o Sol e a importância da Hidratação Oral

## Índice

1 - Introdução.....	4
2 – Planeamento da Acção de Educação para a Saúde sobre Cuidados a ter com o Sol e a importância da Hidratação Oral.....	5
2.1– Análise da Situação.....	5
2.2– Objectivos Educativos.....	5
2.3– Seleção e Organização dos Conteúdos.....	6
2.4– Seleção de Estratégias.....	6
2.5 – Organização da Actividade.....	7
2.6 – Avaliação.....	8
3 - Conclusão.....	9
4 – Bibliografia.....	10

Anexos

## 1 - Introdução

A presente Acção de Educação para a Saúde intitulada "Cuidados a ter com o Sol e a importância da Hidratação Oral, será realizada no âmbito do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), Universidade Católica Portuguesa – Porto (UCP – Porto) e enquadra-se na unidade curricular do estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, módulo I, 2º semestre, realizado no Centro Hospitalar Conde Ferreira, Enfermaria P05/06 (A1).

O planeamento de uma sessão de educação para a saúde vai tornar o ensino/aprendizagem mais organizado e estruturado, permitindo que os objectivos propostos sejam atingidos.

Esta acção de educação para a saúde surge após observação de que os utentes negligenciam sistematicamente as medidas de protecção, necessárias a ter com o sol exigindo constantemente vigilância e incentivo, sobretudo no que diz respeito à hidratação oral, à utilização de chapéu e aplicação de protector solar. Esta falta de conhecimento ou assimilação deste, foi evidenciado no questionário aplicado composto por questões simples de escolha múltipla, sobre esta temática. Este foi fornecido numa primeira instância, para averiguar o grau de conhecimentos dos utentes acerca das temáticas abordadas e posteriormente, uma nova aplicação para avaliar a apreensão dos utentes.

Esta falta de consolidação de conhecimento associado à fotossensibilidade provocada pelo uso contínuo de neurolépticos, torna a população alvo muito mais susceptível aos riscos provenientes da exposição solar do que a população em geral. Assim sendo, a presente sessão de educação para a saúde visa efectuar um ensino sobre determinados cuidados e medidas a adoptar face ao sol e permitir a sua extensibilidade ao dia--a dia dos utentes.

Este trabalho apresenta duas componentes: a teórica e a prática. Esta última diz respeito à realização de um jogo alusivo à temática proporcionando a aplicação dos conhecimentos que irão ser disponibilizados. Consiste em vestir peças adequadas à estação do Ano e a adopção de medidas correctas face à exposição solar.

A teorização apresentada, será alvo de reforço constante ao longo de todo o estágio, quer por mim quer por utentes seleccionados (seja pelo interesse manifestado, pela capacidade de comunicação ou mesmo pelos conhecimentos demonstrados), garantindo deste modo a interactividade dos utentes nesta dinâmica e propiciando a consolidação de conhecimentos e o treino de memória.

**2- Planeamento da Acção de Educação para a Saúde sobre Cuidados a ter com o Sol e a importância da hidratação oral:**

O planeamento de uma acção de educação para a saúde, propõe-se servir de guia para o ensino/aprendizagem, com a finalidade de atingir os objectivos de um modo integrante e lógico.

O planeamento pedagógico sobre "Cuidados a ter com o Sol e a importância da hidratação oral" terá por base algumas etapas que serão abordadas seguidamente de modo a orientar e consequentemente facilitar o processo de aprendizagem dos utentes.

**2.1 – Análise da Situação**

**Grupo alvo:** Doentes com diagnóstico de Esquizofrenia da Enfermaria P05/06 do Centro Hospitalar Conde de Ferreira.

**Local:** Enfermaria P05/06 do Centro Hospitalar Conde de Ferreira.

**Data(s):** 24 e 26 de Maio de 2011;  
1,6 e 11 de Junho de 2011.

**Duração:** 40 minutos

**Recursos humanos:** Esta acção foi preparada e desenvolvida por uma formadora, Ana Guimarães com supervisão da Enfermeira Anabela, Enf.ª Tutora;

**Recursos materiais:** Suporte informático (PC portátil e cabo conector do computador ao LCD); LCD, mesas, cadeiras e sofás.

**Recursos físicos:** Sala de estar dos utentes da Enfermaria P05/06;

**Finalidade:** Transmitir conhecimentos relacionados com os cuidados necessários à exposição solar e sobre a importância da hidratação oral.

**2.2 – Objectivos Educacionais**

Com a elaboração desta sessão de educação para a saúde, pretende-se atingir os seguintes objectivos:

- Sensibilizar para os malefícios do sol;
- Reflectir sobre as medidas de protecção a adoptar face à exposição solar;
- Alertar para comportamentos desadequados relativamente ao tema;
- Sensibilizar e incentivar a hidratação oral;
- Mudança de comportamentos de modo a adquirir medidas de protecção eficazes face à exposição solar.

**2.5 – Organização da Actividade:**

<p><b>Local:</b> Sala de estar dos utentes da Enfermaria P05/06</p> <p><b>Tema:</b> Cuidados a ter com o sol e a importância da hidratação oral;</p> <p><b>Data (s):</b> 24 e 26 de Maio de 2011; 1,6 e 14 de Junho de 2011.</p> <p><b>Hora:</b> 17h00m;</p> <p><b>Duração:</b> 40 minutos;</p> <p><b>Formadora:</b> Ana Guimarães</p> <p><b>Grupo destinatário:</b> 27 utentes com diagnóstico de Esquizofrenia da Enfermaria P05/06.</p>			
<p><b>Objectivos:</b> Pretende-se que os utentes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Enunciar principais malefícios do sol;</li> <li>➢ Identificar medidas de protecção face à exposição solar;</li> <li>➢ Identificar comportamentos desadequados relativamente ao tema;</li> <li>➢ Identificar a importância da hidratação oral;</li> <li>➢ Alterar comportamentos de modo a adoptar medidas de protecção eficazes face à exposição solar.</li> </ul>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Metodologia
Introdução	2 Minuto	- Apresentação pessoal e do tema/motivação para o mesmo	Afirmativa Participativo
Desenvolvimento	15 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Função do Sol;</li> <li>• Efeitos nocivos do Sol;</li> <li>• Cuidados a ter com a exposição solar;</li> <li>• Comportamentos de risco</li> </ul>	Afirmativa – técnica da exposição auxiliada pela projecção de diapositivos
Conclusão	8 Minutos	Síntese das principais ideias a reter; - Esclarecimentos de dúvidas	Metodologia afirmativa/participativa auxiliada pela projecção de diapositivos
Jogo Didáctico Alusivo ao tema	15 Minutos	Consiste em vestir peças adequadas à estação do Ano e a adopção de medidas correctas face à exposição solar.	Participativa

**2.3 – Selecção e organização de conteúdos**

Nesta acção de formação, pretende-se abordar de uma forma geral a importância da adopção de determinadas medidas e comportamentos face à exposição solar, alertar e incentivar a hidratação oral de modo à promoção/restabelecimento da saúde.

Assim sendo, optou-se pelos seguintes conteúdos, expostos de forma simples, clara e sucinta:

- ❖ Função do Sol;
- ❖ Efeitos nocivos do Sol;
- ❖ Cuidados a ter com a exposição solar;
- ❖ Comportamentos de risco;

**2.4 – Selecção de estratégias**

A estratégia é uma das componentes mais importante nas sessões de educação para a saúde, uma vez que é através desta que o conhecimento chega aos utentes e consequentemente a aprendizagem.

O método que se pretende utilizar nesta acção de educação para a saúde é o método afirmativo – participativo, com técnica de exposição oral com auxílio de suporte informático (PC portátil conectado ao LCD da sala de estar dos utentes), de modo a que os objectivos definidos possam ser mais facilmente atingidos.

Este método, caracteriza-se por uma maior participação por parte do formador, permitindo uma exposição clara dos factos a fim de demonstrar e afirmar o seu saber e transmitir o seu ponto de vista, bem como os seus conhecimentos.

Permite também a gestão do factor tempo, que se revela extremamente relevante nesta sessão considerando a população alvo, para que esta não fique cansada, agitada, ansiosa, desmotivada e não possa assimilar a informação disponibilizada.

A realização da sessão de educação para a saúde na sala de estar dos utentes, bem como a utilização do PC conectado ao LCD demonstrou ser uma boa estratégia na sessão anterior como medida facilitadora da aprendizagem, pelo que será utilizada novamente nesta sessão.

No que respeita aos meios auxiliares utilizados para esta acção de educação serão a demonstração, ao longo da sessão de acordo com pertinência, dos materiais/acessórios mais importantes a utilizar perante a exposição solar

**2.6 - Avaliação**

A avaliação da sessão de educação para a saúde, desde a preparação até à execução, será fundamental na compreensão de que forma o planeamento realizado, foi ou não adequado ou seja, se permitiu atingir os objectivos inicialmente propostos.

Deste modo, a avaliação será efectuada no decorrer e no final da sessão, através de:

- o Adesão e motivação dos utentes face à sessão;
- o Observação do interesse demonstrado pelos utentes;
- o Participação no diálogo aberto e questões colocadas durante a exposição;
- o Conteúdos das questões colocadas durante a sessão;
- o Participação dos utentes no jogo didáctico alusivo ao tema exposto;
- o Mudança de comportamentos como resposta à aprendizagem.

### **3 - Conclusão**

A elaboração de um planeamento de acção permite, uma orientação de todo o processo de modo a melhorar o futuro do formando e do formador.

No entanto, este não deverá ser fechado nem impedir a inserção de novas estratégias e acções que se revelem oportunas e pertinentes no decorrer da acção em questão. Temos de nos adaptar às situações não previstas e retirar proveito das mesmas.

Esta acção de educação para a saúde, realizada na Enfermaria P05/06 e direccionada aos utentes do referido serviço com diagnóstico de esquizofrenia, tem como principal objectivo abordar a temática de forma a conduzir à alteração de hábitos e comportamentos de risco. Pretende-se que o utente adquira conhecimentos nesta área e que os assuma no seu dia-a-dia, de modo a alcançar uma melhor qualidade de vida.

### **4 - Bibliografia**

- o Revista Farmácia Saúde; nº118, Julho de 2006; "Viver o Sol com Saúde", págs. 17-20;
- o Revista Farmácia Saúde; nº119, Julho de 2006; "As Duas Faces do mesmo Sol", págs. 24 – 30.

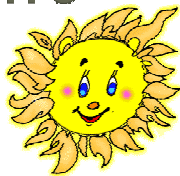
### **Webgrafia**

- o <http://casadotinoni.blogspot.com/2007/05/cuidados-ter-com-o-sol.html>
- o <http://www.dermato.med.br/dermatologia/sol/sol.htm>
- o [http://www.saudenainternet.com.br/caminhosdocorpo/caminhosdocorpo\\_13.shtml](http://www.saudenainternet.com.br/caminhosdocorpo/caminhosdocorpo_13.shtml)



## CUIDADOS A TER COM O

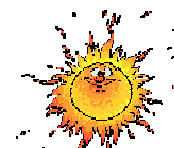
(Conselhos e sugestões)



UCP - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

## O SOL

- ▶ Irradia luz para a Terra.
- ▶ Parte dessa luz é constituída pelos invisíveis raios ultravioletas (UV).
- ▶ Quando esses raios atingem a nossa pele bronzeia-nos **mas...**



UCP - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

## Pode provocar:

- Queimaduras;
- Descamação;
- Desidratação;
- Dor;
- Envelhecimento;
- Manchas;
- Insolação;
- Cancro de pele.



UCP - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

## O sol é importante porque...

- ☀️ • A sua luz promove a síntese da vitamina D, necessária para fortalecer os ossos;
- ☀️ • Há uma ligação entre exposição solar, produção aumentada de hormonas e melhoria da disposição e do humor.
- ☀️ • Nos países nórdicos, onde ocorre privação prolongada da luz do sol, tais como Finlândia, Suécia ou Noruega, as pessoas andam mais tristes.
- ☀️ • O sol dá-nos energia e muita alegria

UCP - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

## No entanto...



- ▶ Depois de um longo Inverno, o nosso corpo precisa de fazer uma habituação progressiva ao sol.
- ▶ Faça uma exposição progressiva ao sol, começando por período curtos nos primeiros dias;

UCP - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

## Com o sol, não podemos brincar...

### DEVEMOS:

- ▶ Evitar apanhar sol entre as 11 e as 17 horas;
- ▶ Usar óculos escuros que ofereçam protecção eficaz;
- ▶ Usar chapéu ou boné;
- ▶ Usar roupas frescas e claras;
- ▶ Optar por refeições leves, ricas em frutas e legumes;



UCP - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

### Com o sol, não podemos brincar...

#### DEVEMOS:

- ☀️ • Escolher um protector solar de acordo com o seu tipo de pele e aplica-lo 30 minutos antes de se expor ao sol, para que tenha tempo para penetrar na pele, repetindo as aplicações de 2 em 2 horas.
- ☀️ • Beber muita água pois ajudar a hidratar o corpo e a pele;
- ☀️ • Mantermo-nos à sombra, nas horas de maior calor;



UCP - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

### Com o sol, não podemos brincar...

#### NÃO DEVEMOS:

- ▶ Expormo-nos ao sol entre as 11h00m e as 17h00m;
- ▶ Usar perfume, loção da barba ou cosméticos que contenham álcool: tornam a pele mais sensível ao sol;
- ▶ Fazer esforços físicos;
- ▶ Não olhar directamente para o sol;
- ▶ Dormir ao sol;



UCP - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

# ANEXO XI

(Planeamento e diapositivos da ação de formação “Cuidados a prestar ao doente com Demência”)





**Cuidados a Prestar ao Doente com Demência**  
**(Planeamento da Ação de Formação)**

**Trabalho realizado por:**  
Ana Guimarães  
Nº 361610032

Porto, Novembro de 2011

MESMP – UCP, Instituto de Ciências da Saúde, Porto

Planeamento da Ação de Formação  
"Cuidados a prestar ao doente com Demência"

**Índice**

1 - Introdução.....	4
2 - Planeamento da Ação de Formação – "Cuidados a prestar ao Doente com Demência.....	5
2.1– Análise da Situação.....	5
2.2– Objetivos da Formação.....	5
2.3– Seleção e Organização dos Conteúdos.....	6
2.4– Seleção de Estratégias.....	6
2.5 – Organização da Ação de Formação.....	8
2.6 – Avaliação.....	9
3 - Conclusão.....	10

Anexos



4º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização  
Em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
Estágio Módulo III  
Centro Hospitalar Conde Ferreira, Enfermaria P04 (A8)  
Tutora do Estágio: Enf.ª Paula Tavares  
Orientadora: Prof. Manuela Magalhães

**Trabalho realizado por:**  
Ana Guimarães  
Nº 361610032

Porto, Novembro de 2011

MESMP – UCP, Instituto de Ciências da Saúde, Porto

Planeamento da Ação de Formação  
"Cuidados a prestar ao doente com Demência"

**1 - Introdução**

A presente Ação de Formação intitulada "Cuidados a Prestar ao Doente com Demência", será realizada no âmbito do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), Universidade Católica Portuguesa – Porto (UCP – Porto) e enquadra-se na unidade curricular do estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, módulo III (opção), 3º semestre, realizado no Centro Hospitalar Conde Ferreira, Enfermaria P04 (A8).

O planeamento de uma ação de formação permite organizar e estruturar a sessão de modo a alcançar os objetivos pretendidos e a facilitar o processo ensino/aprendizagem.

Temos assistido a um aumento exponencial da população idosa e a um acréscimo dos casos de demência. Os estudos realizados revelam que a prevalência e a incidência das demências aumentam com a idade, daí a necessidade em conhecer melhor esta patologia e as alterações que esta provoca. Assim sendo, esta ação de formação surge como resposta à necessidade de aquisição e/ou consolidação do conhecimento sobre as demências. O aumento da instrução dos cuidadores de utentes portadores desta patologia proporciona uma melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

A Demência é uma patologia que provoca alterações a nível da memória, da linguagem, da capacidade de atenção, da emoção, da personalidade. Causa alterações de tal forma que, muitas vezes, é como se a pessoa adquirisse uma nova identidade. O conhecido torna-se desconhecido, o que é adquirido deixa de ser, tudo se transforma.

Cabe-nos a nós, enfermeiros especialistas, desenvolver e implementar ações para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais.

**2- Planeamento da Ação de Formação "Cuidados a prestar ao Doente com Demência:**

O planeamento de uma ação de formação, propõe-se servir de guia para o processo ensino/aprendizagem, com a finalidade de atingir os objetivos pretendidos de um modo integrante e lógico.

O planeamento pedagógico sobre "Cuidados a prestar ao Doente com Demência" terá por base algumas etapas que serão abordadas de seguida.

**2.1 – Análise da Situação**

**Grupo alvo:** Auxiliares de Ação Médica (AAM) da Enfermaria P04 (7 formandos).

**Local:** Enfermaria P04 do Centro Hospitalar Conde de Ferreira.

**Data (s):** 21 de Junho de 2011.

**Hora:** 13h45m;

**Duração:** 60 minutos

**Recursos humanos:** Esta ação foi preparada e desenvolvida por uma formadora, Ana Guimarães com auxílio e supervisão da Enf.ª Tutora (Enfermeira Paula Tavares);

**Recursos materiais:** Suporte informático (PC portátil, Lcd e cabo para conectar o PC ao Lcd), mesas e cadeiras.

**Recursos físicos:** Sala de estar da enfermaria P04;

**Finalidade:** Transmitir conhecimentos relacionados com a Demência de modo a proporcionar um conhecimento mais abrangente acerca desta patologia, uma melhor prestação de cuidados e uma melhoria na qualidade de vida das utentes.

**2.2 – Objetivos da Formação**

Com a elaboração desta formação, pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- Proporcionar informação clara e sucinta acerca da Demência, que sirva para os AAM conhecerem melhor os sintomas e limitações que a doença provoca de modo a proporcionar aos utentes uma melhor qualidade de vida;

- Definir objetivos e propor estratégias de intervenção nos doentes com Demência;
- Oferecer ferramentas que ajudem os AAM compreender as alterações que esta patologia provoca e sugerir mecanismos a adotar e cuidados a prestar ao doente demente.

**2.3 – Seleção e organização de conteúdos**

Nesta ação de formação, pretende-se abordar a forma como esta patologia altera o quotidiano destes utentes e sugestão de estratégias e/ou comportamentos que os cuidadores possam adotar de modo a proporcionar aos utentes uma vida digna e um envelhecimento ativo.

Assim sendo, optou-se pela exposição clara e sucinta dos seguintes conteúdos:

- Definição de Demência;
- Fatores de Risco;
- Fatores Protetores;
- Principais tipos de Demência;
- Alterações que a Demência provoca a nível da cognição, comportamento e da interação social;
- Objetivos e estratégias de Intervenção.

**2.4 – Seleção de estratégias**

A estratégia é talvez a componente mais importante nas ações, de formação uma vez que é através desta que o conhecimento chega à população alvo.

O método que se pretende utilizar nesta ação de formação é o método afirmativo – participativo, com técnica de exposição oral com auxílio de suporte informático (PC portátil conectado ao Lcd), de modo a que os objetivos propostos possam ser mais facilmente atingidos.

Este método, caracteriza-se por uma maior participação por parte do formador, permitindo uma exposição clara dos factos a fim de demonstrar e afirmar o seu saber e transmitir o seu ponto de vista, bem como os seus conhecimentos.

Será elaborado pela enfermeira chefe uma nota de serviço, que será afixada no placard dos avisos da enfermaria, a convocar todos os AAM da Enfermaria P04 a estarem presentes na sessão de formação.

O local para realizar a ação de formação foi estrategicamente escolhido devido a garantir a permanência dos formandos no local de trabalho para qualquer eventualidade que possa surgir. A hora que se pretende dar início à formação bem como a sua duração, também foi propositada para a sessão uma vez que tenciona garantir a possibilidade de as AAM que se encontram a prestar cuidados no turno da manhã, bem como os do turno da tarde (que normalmente chegam mais cedo ao serviço) possam assistir e não tenham que despende muito do seu tempo pessoal para o fazer. Além disso, é a hora que grande parte dos utentes se ausenta do serviço para frequentar as atividades ocupacionais da parte da tarde e o facto de não interferir com as principais funções desenvolvidas pelos A. A. Médica também foi um aspeto preponderante na escolha.

Esta ação de formação irá ser desenvolvida na sala de estar das utentes uma vez que esta reúne grande parte das condições anteriormente citadas. Ao longo da sessão, sempre que seja oportuno irá ser referido comportamentos, de vários utentes do serviço como exemplo, de modo a melhor adequar a componente teórica à prática e assim facilitar o processo de aprendizagem.

A ação de formação deverá reunir a informação de forma clara e sucinta, não utilizando termos técnicos que poderão não ser compreendidos e comprometer a aquisição de conhecimentos. Posteriormente à exposição será disponibilizado um folheto onde se encontram reunidos as ideias fundamentais da sessão. A estrutura e a organização do mesmo serão simples para que possa ser consultado sempre que as A. A. Médica sintam necessidade de esclarecimento de quaisquer dúvidas. Além de esta ser também uma forma de consolidar o conhecimento transmitido.

No fim da sessão será distribuído um questionário com o objetivo de avaliar a mesma em termos de eficácia, pertinência e qualidade, bem como o desempenho do formador.

**2.5 – Organização da Atividade:**

<b>Local:</b> Refeitório dos utentes da Enfermaria P04.			
<b>Tema:</b> Cuidados a prestar ao Doente com Demência.			
<b>Data (s):</b> 21 de Novembro de 2011.			
<b>Hora:</b> 13h45m.			
<b>Duração:</b> 60 minutos.			
<b>Formadora:</b> Ana Guimarães.			
<b>Grupo destinatário:</b> Equipa de A. A. Médica da Enfermaria P04 (7 formandos)			
<b>Objetivos:</b> Pretende-se que os A. A. Médica sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar os principais sintomas e limitações que a doença provoca;</li> <li>▪ Reconhecer objetivos e adotar estratégias de intervenção;</li> <li>▪ Identificar alterações repentinas de comportamento no doente demente;</li> <li>▪ Utilizar ferramentas adequadas nos momentos de crise do doente.</li> </ul>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Metodologia
Introdução	3 Minutos	- Apresentação pessoal e do tema/motivação para o mesmo	Afirmativa Participativa
Desenvolvimento	45 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definição de Demência;</li> <li>▪ Fatores de Risco;</li> <li>▪ Fatores Protetores;</li> <li>▪ Principais tipos de Demência;</li> <li>▪ Alterações que a Demência provoca a nível da cognição, comportamento e da interação social;</li> <li>▪ Objetivos e estratégias de Intervenção.</li> </ul>	Afirmativa – técnica da exposição auxiliada pela projeção de diapositivos (Exemplos reais)
Conclusão	7 Minutos	Síntese das ideias fundamentais; - Esclarecimentos de dúvidas Distribuição do folheto	Metodologia afirmativa/participativa auxiliada pela projeção de diapositivos
Preenchimentos de Questionário	5 Minutos	Pertinência da formação; Qualidade da formação	Participativa (questionário escrito)

## 2.6 - Avaliação

A avaliação da ação de formação será fundamental na compreensão de que forma o planeamento realizado foi ou não adequado, ou seja, se permitiu atingir os objetivos inicialmente propostos.

Deste modo, a avaliação será efetuada no decorrer e no final da sessão, através de:

- o Adesão e motivação dos formandos face à sessão;
- o Participação no diálogo aberto e questões colocadas durante a formação;
- o Análise e avaliação do questionário aplicado;
- o Mudança de comportamentos no processo relacional com as utentes como resposta à aprendizagem.

## 4 – Bibliografia

CAMPOS, L. P.C.V.: Doença Mental e prestação de cuidados; Universidade Católica Editora, Lisboa, 2009;

RIBEIRO, O.; PAÚL, C.: Manual de Envelhecimento Activo; Lidel – edições técnicas, Lda., Janeiro de 2011;

SEQUEIRA, C.: Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental; Lidel – edições técnicas, Lda., Outubro de 2010;

TOWNSEND, M. C. : Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica; Lusodidacta; 6ª Edição;

Material fornecido nas Unidades Curriculares de Psiquiatria, Psicopatologia, Enfermagem de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica.

## 3 – Conclusão

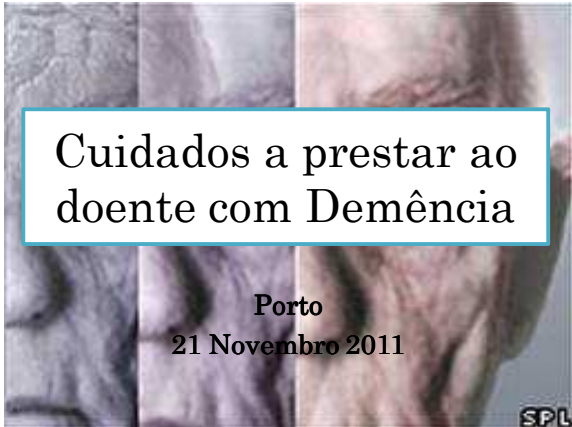
A elaboração de um planeamento de ação permite, uma orientação de todo o processo de modo a melhorar o futuro dos formandos e do formador.

No entanto, este não deverá ser fechado nem impedir a inserção de novas estratégias e ações que se revelem oportunas e pertinentes ao longo da ação em questão. Temos de nos adaptar às situações inesperadas e retirar o máximo proveito das mesmas.

Esta ação de formação tem como principal objetivo aumentar o conhecimento das AAM no que respeita às alterações que a Demência provoca, para que possam deste modo, prestar melhores cuidados e garantir a estas doentes um envelhecimento ativo e uma melhor qualidade de vida.

Além disso, o facto de as AAM reunirem um conhecimento mais especializado sobre esta patologia, mas facilmente conseguirão digerir os comportamentos promotores de stress e ansiedade que a Demência provoca na pessoa que cuida.





**Cuidados a prestar ao doente com Demência**

Porto  
21 Novembro 2011

SPL

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

Desde o nosso 1º dia de vida que caminhamos para o envelhecimento....



21-11-2011

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

2

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

A Demência é reconhecida como uma patologia do envelhecimento cuja prevalência e incidência aumenta com a idade. Conduz a um aumento progressivo da incapacidade funcional e cognitiva do idoso.



25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

3

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

A população Idosa tem vindo a aumentar:

- ❖ ↓ Fecundidade;
- ❖ ↓ Mortalidade;
- ❖ ↑ Esperança média de vida



População Idosa em Portugal:

- ❑ 187 000 têm idade  $\geq$  a 65 anos;
- ❑ 90 000 sofrem de doença de Alzheimer

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

4

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### • População Mundial:

1997 – 380 milhões de Idosos;

2020 – 690 milhões de Idosos.

• Actualmente, existem 35 milhões de Demências

• Em 2030, prevê-se que haja 65,7 milhões de Demências

***Em média, desenvolve-se uma Demência a cada 7 segundos***

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

5

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### □ **Fatores de Risco (Inevitáveis):**

- Idade
- Sexo
- Baixa escolaridade
- Hereditariedade



25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

6

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### □ **Fatores de Risco (Evitáveis):**

- Exposição ao alumínio;
- Traumatismos Cranianos,
- HTA;
- Colesterol;
- Obesidade;
- Tabaco
- Álcool;
- Inatividade física;
- Idade parental.



25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

7

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### □ **Fatores Protetores:**

- Questões genéticas;
- Aumento do grau de instrução e interação social;
- Estrogénios;
- Vitamina C e E ;
- Estatinas;
- Anti-inflamatórios não esteroides;
- Vinho tinto / Cerveja;
- Cafeína.

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

8

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### ➤ Principais Tipos de Demência:

- Alzheimer (60 %)
- Vascular (20%)
- Corpos de Lewy (15%)
- Lobo frontal e outras (5%)



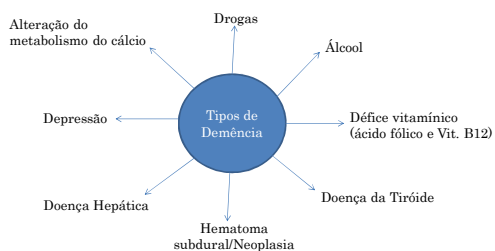
25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

9

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### Demência Reversíveis



25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde,  
Porto

10

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### A Demência provoca :



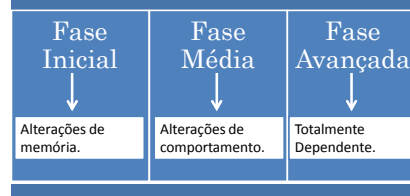
25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

11

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### Demência



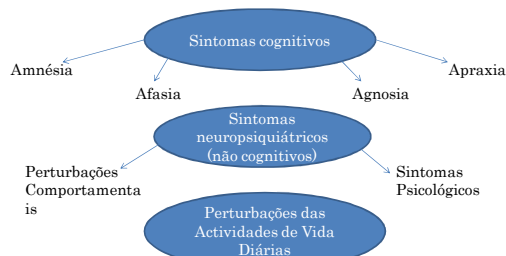
25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

12

## Perturbações Comportamentais e Psicológicas na Demência

### Componentes da Demência



25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

13

## Perturbações Comportamentais e Psicológicas na Demência

### Sintomas Cognitivos:

- **Amnésia** (Esquece-se das actividades a curto prazo);
- **Afasia** (Dificuldade na linguagem, em conceptualizar);
- **Apraxia** (Tem a ver com o movimento fino);
- **Agnosia** (Deixam de conhecer os objectos. Têm tacto, mas têm dificuldade de reconhecimento). *A perda de memória é retrogressiva.*

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

14

## Perturbações Comportamentais e Psicológicas na Demência

### Sintomas Comportamentais:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquietação motora;</li> <li>• Gritar, praguejar;</li> <li>• Agitação;</li> <li>• Deambulação, fugas;</li> <li>• Agressão verbal e física;</li> <li>• Apatia;</li> <li>• Desconfiança;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Delírio;</li> <li>• Alucinações;</li> <li>• Desinibição sexual;</li> <li>• Acumulação de objectos;</li> <li>• Perturbação do sono;</li> <li>• Perturbação alimentar (anorexia; bulimia e pica)</li> </ul> |
|--|--|

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

15

## Perturbações Comportamentais e Psicológicas na Demência

### Grupo de sintomas comportamentais e Psicológicos



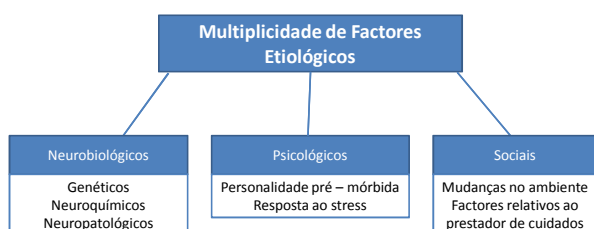
25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

16

## Perturbações Comportamentais e Psicológicas na Demência

### • Etiologia



25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

17

## Perturbações Comportamentais e Psicológicas na Demência

### ❖ Factores Ambientais e Sociais

- O doente com demência, é muito sensível às alterações da sua rotina social e ambiental;
- Acontecimentos da vida marcantes podem causar sintomas depressivos, até 6 meses após a sua ocorrência
- Mudança de residência pode desencadear confusão, agitação e actividade delirante, e até maior mortalidade.

(Orrell e Bebbington, 1995; Orrell e Bebbington, 1996)

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

18

## Perturbações Comportamentais e Psicológicas na Demência

### ❖ Agitação

- |                   |                                     |
|-------------------|-------------------------------------|
| • Desconforto;    | • Hiperestimulação;                 |
| • Dor;            | • Medicamentos;                     |
| • Astenia;        | • Resposta a irritação do cuidador; |
| • Doença física;  | • Presença de estranhos;            |
| • Álcool ou café; |                                     |

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

19

## Perturbações Comportamentais e Psicológicas na Demência

### ❖ Agitação:

- Presença de estranhos;
- Ambiente não familiar;
- Excesso de exigências;
- Má compreensão da situação (ameaça);
- Estar a ser contrariado;
- Depressão ou psicose.



25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

20

## Perturbações Comportamentais e Psicológicas na Demência

### ❖ Desconfiança/Delírio:

- Esquecimento do local onde arrumou os objectos;
- Má interpretação de acções e palavras;
- Erro na identificação de pessoas;
- Distorções perceptivas e alucinações;
- Isolamento social;
- Alteração do ambiente;
- Pode estar a ser realmente mal tratado ou roubado.

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

21

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### Intervenção no doente com Demência

Intervenção  
Farmacológica

Intervenção não  
Farmacológica

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

22

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### ✓ Objetivos de Intervenção:

- Promover ou manter a autonomia;
- Melhorar a função cognitiva ou evitar o seu agravamento;
- Melhorar o estado de saúde geral;
- Estimular capacidades preservadas;
- Manter interação com o meio;
- Estimular a identidade pessoal e a autoestima;
- Minimizar o stress.

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

23

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### ✓ As estratégias de intervenção visam:

- Manter o doente o mais ativo possível (de preferência conjugar a satisfação com a estimulação cognitiva);
- Adaptar o ambiente às capacidades da pessoa, de modo a promover a independência funcional;
- Manter estável o ambiente físico e familiar;
- Criar e promover rotinas;

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

24

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### ✓ **As estratégias de intervenção visam:**

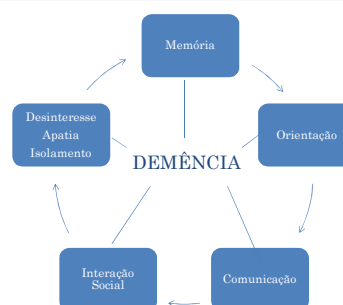
- Adaptar os cuidados às necessidades do doente;
- Promover a segurança do doente;
- Utilizar uma comunicação apropriada;
- Garantir a manutenção de um padrão de sono adequado;
- Assegurar uma vigilância de saúde adequada.

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

25

## Cuidados a prestar ao doente com Demência



25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

26

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### ➤ **Memória:**

- Devemos ter presente esta realidade;
- Potenciar atividades do quotidiano na estimulação da memória;
- Evitar estar constantemente a corrigir o doente e dizer-lhe que está errado;
- A estimulação deverá ser feita de forma indireta e subtil;
- Devemos referirmo-nos aos nomes das pessoas ou dos objetos, evitando correções desnecessárias e chamadas de atenção frequentes para o erro cometido;
- Incentivar a pessoa a manusear os objetos e a falar sobre eles (Ex. descrever a sua função e utilidade);
- Não infantilizar o doente;

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

27

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### ➤ **Memória:**

- Supervisionar o doente, nas tarefas que este for realizando;
- Manter um ambiente estável ( a capacidade de aprendizagem está comprometida pela dificuldade em armazenar informação nova);
- Adaptar o ambiente de forma a minimizar as consequências associadas à perda de memória ( proteção do gás , dos radiadores, das tomadas elétricas, entre outras);
- Incentivar o doente a recorrer a auxiliares de memória;
- Estabelecer determinadas rotinas;

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

28

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### ➤ Orientação:

- ✓ Utilizar estratégias simples facilitadoras da orientação (Ex. calendário, relógio, símbolos, figuras, etc.)
- ✓ Estimular a orientação, mas sem necessidade constante de repetições exageradas;
- ✓ Evitar alterações de ambiente.

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

29

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### Adaptação do meio ambiente:

- ✓ Ambiente calmo/seguro;
- ✓ Eliminação de barreiras arquitectónicas;
- ✓ Boa iluminação (nomeadamente nocturna);
- ✓ Sinalização adaptada;

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

30

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### ➤ Comunicação:

- ✓ Utilizar linguagem simples, de fácil compreensão e de forma pausada;
- ✓ A comunicação verbal e não verbal devem ser usadas de forma complementar através do contacto visual, privilegiando a proximidade e o toque quando adequado;
- ✓ Quando necessário repetir ideias, devemos utilizar as mesmas palavras;
- ✓ Estar atento às perdas das capacidades sensitivas (podem constituir uma barreira na comunicação).

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

31

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### ➤ Comunicação:

- ✓ O toque e o contato físico, são fundamentais na comunicação e demonstração de afeto (Ex. uma simples carícia; segurar na mão);
- ✓ Mesmo tratando-se de um doente dependente, em que a resposta é reduzida, deve manter-se a comunicação verbal e não verbal, como forma de transmitir segurança, apoio e estimulação.

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

32

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### ➤ Interação Social:

- ✓ Promover e incentivar a interação social;
- ✓ Desenvolver estratégias para manutenção do convívio;
- ✓ Privilegiar a calma;
- ✓ Comunicar devagar e de forma simples;
- ✓ Informação antecipada sobre a evolução da doença.

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

33

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### ➤ Desinteresse, apatia e isolamento:

- ✓ Incentivar o doente em participar em atividades do seu agrado, sem contudo o obrigar;
- ✓ Efetuar reforços positivos e a participação em atividades adequadas às suas capacidades, de modo a evitar a frustração;
- ✓ As oscilações de humor podem ocorrer, nestas situações devemos desdramatizar, não valorizar de forma excessiva e tranquilizar o doente;
- ✓ Estar atento às alterações repentinas de comportamento (quando necessário comunicar ao médico).

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

34

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### ➤ Outros cuidados:

- Promover a autonomia e mobilidade do doente;
- Promover um sono adequado;
- Vigilância da eliminação vesical e intestinal;
- Proporcionar um aporte nutricional e ingestão hídrica adequados.
- Dar ao doente o tempo que ele necessita...

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

35

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### ➤ Em caso de delírios ou alucinações:

- ✓ Evitar contrariar ou discutir com o doente, prefira distraí-lo com outras coisas;
- ✓ Lembre-se, que estas alterações estão relacionadas com a própria doença;
- ✓ Privilegiar o carinho e o toque e não a confrontação e a agressividade;
- ✓ Cuidar da Pessoa Com Dignidade.



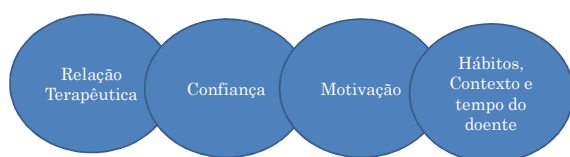
25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

36

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### Pilares da Intervenção:



25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

37

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

*“A Demência seca a fonte donde brota o conhecimento”*

*(Pires)*

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

38

## Cuidados a prestar ao doente com Demência



**Muito Obrigada!**

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

39

## Cuidados a prestar ao doente com Demência

### Bibliografia:

- CAMPOS, L. P.C.V: Doença Mental e prestação de cuidados: Universidade Católica Editora, Lisboa, 2009;
- RIBEIRO, O.; PAÚL, C.: Manual de Envelhecimento Activo: Lidel – edições técnicas, Lda., Janeiro de 2011;
- SEQUEIRA, C.: Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental: Lidel – edições técnicas, Lda., Outubro de 2010;
- TOWNSEND, M. C. : Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Lusodidacta; 6ª Edição;
- Material fornecido nas Unidades Curriculares de Psiquiatria, Psicopatologia, Enfermagem de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica.

25-01-2012

UCP - Instituto de Ciências da Saúde, Porto

40

# ANEXO XII

(Folheto sobre “Cuidados a prestar ao doente com Demência”)



**Orientação:**

- Utilizar estratégias simples facilitadoras da orientação (Ex. calendário, relógio, símbolos, figuras, etc.)
- Estimular a orientação, mas sem necessidade constante de repetições exageradas;
- Evitar alterações de ambiente.

**Comunicação:**

- Utilizar linguagem simples, de fácil compreensão e de forma pausada;
- A comunicação verbal e não verbal devem ser usadas de forma complementar através do contacto visual, privilegiando a proximidade e o toque quando adequado;
- Quando necessário repetir ideias, devemos utilizar as mesmas palavras;
- Estar atento às perdas das capacidades sensitivas (podem constituir uma barreira na comunicação).
- O toque e o contato físico, são fundamentais na comunicação e demonstração de afeto (Ex. uma simples carícia; segurar na mão);
- Mesmo tratando-se de um doente dependente, em que a resposta é reduzida, deve manter-se a comunicação verbal e não verbal, como forma de transmitir segurança, apoio e estimulação.

**Interação Social:**

- Promover e incentivar a interação social;
- Desenvolver estratégias para manutenção do convívio:
- Privilegiar a calma;
- Comunicar devagar e de forma simples;
- Informação antecipada sobre a evolução da doença.

**Desinteresse, apatia e isolamento:**

- Incentivar o doente em participar em atividades do seu agrado, sem contudo o obrigar;
- Efetuar reforços positivos e a participação em atividades adequadas às suas capacidades, de modo a evitar a frustração;
- As oscilações de humor podem ocorrer, nestas situações devemos desdramatizar, não valorizar de forma excessiva e tranquilizar o doente;
- Estar atento às alterações repentinas de comportamento (quando necessário comunicar ao médico).

**Outros cuidados:**

- Promover a autonomia e mobilidade do doente;
- Promover um sono adequado;
- Vigilância da eliminação vesical e intestinal;
- Proporcionar um aporte nutricional e ingestão hídrica adequados.
- Dar ao doente o tempo que ele necessita...



**Em caso de delírios ou alucinações:**

- Evitar contrariar ou discutir com o doente, prefira distraí-lo com outras coisas;
- Lembre-se, que estas alterações estão relacionadas com a própria doença;
- Privilegiar o carinho e o toque e não a confrontação e a agressividade;
- Cuidar da Pessoa Com Dignidade.

Elaborado no âmbito do MESMP da UCP, Porto



Ana Emília Marques de Castro Guimarães  
Aluna n.º 361610032

**Cuidados a Prestar ao Doente com Demência**

▪ A **Demência** é reconhecida como uma patologia do envelhecimento cuja prevalência e incidência aumenta com a idade. Conduz a um aumento progressivo da incapacidade funcional e cognitiva do idoso.



**Fatores de Risco (Inevitáveis):**

- Idade
- Sexo
- Baixa escolaridade
- Hereditariedade

**Fatores de Risco (Evitáveis):**

- Exposição ao alumínio;
- Traumatismos Cranianos,
- HTA;
- Colesterol;
- Obesidade;
- Tabaco
- Álcool;
- Inatividade física;
- Idade parental.

**Demência**

**Fatores Protetores:**

- Questões genéticas;
- Aumento do grau de instrução e interação social;
- Estrogénios;
- Vitamina C e E ;
- Estatinas;
- Anti-inflamatórios não esteroides;
- Vinho tinto / Cerveja;
- Cafeína.

**Principais Tipos de Demência:**

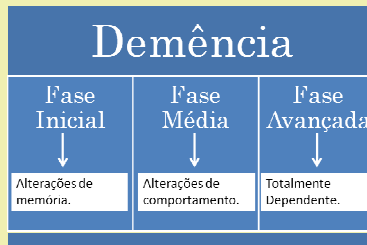
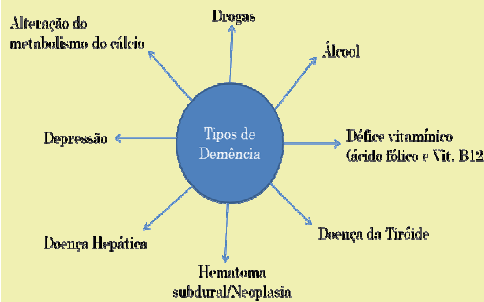
- Alzheimer (60 %)
- Vascular (20%)
- Corpos de Lewy (15%)
- Lobo frontal e outras (5%)

**A Demência provoca :**

- Alteração da Cognição
- Alteração do Comportamento
- Alteração da Interação



**Demência Reversíveis**



**Fatores Ambientais e Sociais:**

- O doente com demência, é muito sensível às alterações da sua rotina social e ambiental;
- Acontecimentos da vida marcantes podem causar sintomas depressivos, até 6 meses após a sua ocorrência
- Mudança de residência pode desencadear confusão, agitação e actividade delirante, e até maior mortalidade.

(Orrell e Bebbington, 1995; Orrell e Bebbington, 1996)

**Objetivos de Intervenção:**

- Promover ou manter a autonomia;
- Melhorar a função cognitiva ou evitar o seu agravamento;
- Melhorar o estado de saúde geral;
- Estimular capacidades preservadas;
- Manter interação com o meio;
- Estimular a identidade pessoal e a autoestima;
- Minimizar o stress.

**Memória:**

- Devemos ter presente esta realidade;
- Potenciar atividades do quotidiano na estimulação da memória;
- Evitar estar constantemente a corrigir o doente e dizer-lhe que está errado;
- A estimulação deverá ser feita de forma indireta e subtil;
- Devemos referirmo-nos aos nomes das pessoas ou dos objetos, evitando correções desnecessárias e chamadas de atenção frequentes para o erro cometido;
- Incentivar a pessoa a manusear os objetos e a falar sobre eles (Ex. descrever a sua função e utilidade);
- Não infantilizar o doente;
- Supervisionar o doente, nas tarefas que este for realizando;
- Manter um ambiente estável ( a capacidade de aprendizagem está comprometida pela dificuldade em armazenar informação nova);
- Adaptar o ambiente de forma a minimizar as consequências associadas à perda de memória ( proteção do gás , dos radiadores, das tomadas elétricas, entre outras);
- Incentivar o doente a recorrer a auxiliares de memória;
- Estabelecer determinadas rotinas;



# ANEXO XIII

(Sessão de Psicomotricidade)




**Sessão de Psicomotricidade  
(Planeamento)**

**Trabalho realizado por:**  
 Ana Guimarães  
 Nº 361610032

Porto, Novembro de 2011

UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto  
 Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Índice**

1 - Introdução.....	4
2 – Planeamento da sessão de Psicomotricidade.....	5
2.1– Análise da Situação.....	5
2.2– Objetivos da Sessão.....	6
2.3– Seleção e Organização dos Exercícios.....	6
2.4– Seleção de Estratégias.....	8
2.5 – Organização da Sessão de Psicomotricidade.....	9
2.6 – Avaliação.....	10
3 - Conclusão.....	11
4 - Bibliografia /Webgrafia.....	12



**4º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização  
 Em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
 Estágio Módulo III  
 Centro Hospitalar Conde Ferreira, Enfermaria P04 (A8)  
 Tutora do Estágio: Enf.ª Paula Tavares  
 Orientadora: Prof. Manuela Magalhães**

**Trabalho realizado por:**  
 Ana Guimarães  
 Nº 361610032

Porto, Novembro de 2011

UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto  
 Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**1 - Introdução**

A presente sessão de psicomotricidade, será realizada no âmbito do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), Universidade Católica Portuguesa – Porto (UCP – Porto) e enquadra-se na unidade curricular do estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, módulo III (opção), 3º semestre, realizado no Centro Hospitalar Conde Ferreira, Enfermaria P04 (A8).

Esta sessão de psicomotricidade surge após observação dos hábitos de vida que as utentes apresentavam e da aplicação do IPAQ, versão curta, que revelou que as utentes apresentam uma baixa atividade física. Através de análise bibliográfica de estudos realizados, em que a psicomotricidade desempenha um papel fundamental na promoção da qualidade de vida dos idosos, optou-se para realização desta sessão.

Segundo a Associação Portuguesa de Psicomotricidade, a Terapia da Psicomotricidade pode ser definida como “o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo e a motricidade. Baseada numa visão holística do ser humano, a Psicomotricidade encara de forma integrada as funções cognitivas, sócio emocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, promovendo a capacidade de ser e agir num contexto psicossocial”.

A Terapia de Psicomotricidade permite que o próprio corpo seja uma ferramenta da qual se exercita a mente e vice-versa, reforçando a relação e a coordenação entre ambos. Segundo Hertiz et al (1991), a reabilitação cognitiva “melhora a codificação da informação e do ato motor”.

É uma forma de terapia que pode incluir técnicas psicossomáticas, métodos expressivos, métodos de relaxamento, atividades lúdicas, ou seja, processos de ação inspirados na psicanálise e na psicoterapia.

Trata-se de um momento didático, dinâmico e lúdico.

Com o planeamento desta sessão pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- Adaptar a presente sessão à população alvo de forma a responder às suas necessidades;
- Orientar, organizar e estruturar a sessão como forma de gestão de tempo e de recursos;

- Proporcionar sequência, progressão e integração dos exercícios realizados, de forma simples e clara, de forma a garantir que a população alvo usufrua dos ganhos dos mesmos.

## **2- Planeamento da Ação de Formação “Cuidados a prestar ao Doente com Demência:**

O planeamento desta sessão, propõe-se servir de guia na conduta do ensino/aprendizagem, com vista a atingir os objetivos pretendidos de um modo integrante e lógico.

### **2.1 – Análise da Situação**

A sessão de Psicomotricidade, será desenvolvida no dia 19/11/2011, sábado, no ginásio do Centro Hospitalar Conde de Ferreira, de modo a não interferir nem com as atividades realizadas no ginásio durante a semana nem com as atividades ocupacionais das utentes.

A sessão será dirigida às utentes com Demência da Enfermaria P04 e terá aproximadamente a duração de 45m.

Assentará na realização de um exercício de aquecimento e posteriormente, de exercícios que estimulem o equilíbrio corporal, a lateralidade, a interação social, a organização espacial e temporal, a tonicidade e terminará com um exercício de relaxamento.

Será realizada com músicas cuidadosamente selecionadas, por forma a garantir que as utentes se familiarizem com elas facilitando a sessão.

Para a sua execução, será necessário dispor de recursos humanos, físicos e materiais, podendo estes ser caracterizados da seguinte forma:

**Recursos humanos:** Esta sessão foi preparada e desenvolvida por uma formadora, Ana Guimarães com supervisão da Enf.ª Tutora (Enfermeira Paula Tavares);

**Recursos físicos:** Ginásio do Centro Hospitalar Conde de Ferreira;

**Recursos materiais:** Suporte informático (computador portátil, colunas para ligar ao computador portátil), cadeiras, mantas, fio norte, balões, lençol, fita-cola;

### **2.2 – Objetivos da Sessão de Psicomotricidade**

Com a elaboração desta sessão, pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- Promover o equilíbrio corporal das utentes;
- Fortalecer a tonicidade;
- Promover o conceito de lateralidade;
- Promover a organização espacial e temporal;
- Trabalhar a coordenação motora global fina;
- Estimular e promover a interação social.

### **2.3 – Seleção e organização de conteúdos**

Nesta sessão pretende-se realizar vários exercícios com vista a atingir os objetivos a cima propostos. Deste modo a sessão foi organizada da seguinte forma:

- **Apresentação e breve introdução;**
- **2 Exercícios de aquecimento:** o 1º questiona-se qual o fruto que as utentes mais gostam de comer e proceder à colheita do mesmo e à sua colocação numa cesta imaginária que se encontrará em local estabelecido; o 2º consiste em formar uma roda e realizar a célebre coreografia dos “Passarinhos a bailar” com a respetiva música.
- **Exercícios de Equilíbrio:**  
*Jogo dos Passinhos:* É uma corrida só de ida onde vários participantes deverão correr como se estivessem medindo uma distância em pés sobre um circuito definido por uma corda. Quando pisar com o pé direito, deverá pisar o pé esquerdo imediatamente colado na frente do direito e assim sucessivamente.
- **Exercícios de Dinâmica Geral:**

**Corrida dos sapatos:** Jogam duas equipas, que estarão cada uma dentro do seu círculo. Todos os participantes sairão dos seus círculos e tirarão os sapatos devendo colocá-los num lugar pré-determinado. Depois, todos descalços voltam ao seu respetivo círculo. No **JÁ**, os jogadores deverão correr e achar os seus pares de sapatos, calçá-los e retornar ao seu campo.

**Túnel do balão:** Jogam duas equipas. Os participantes ficam um atrás do outro com as pernas abertas, formando dois túneis (um para cada equipa). O primeiro da fila passa a bola por debaixo do túnel (passando pela mão de todos) e o que estiver no fim do túnel deverá pegá-la, correr e ir para a frente do túnel, onde fará o mesmo. Todos terão a sua vez.

**Jogo do balão:** Os participantes formam uma roda. Quem estiver com a bola deverá dizer o nome de um participante e atirar o balão para ele, perguntando uma questão de matemática. Ex.: “2 + 2”, “2 x 2”... A pessoa que pegar o balão deverá responder a conta e continuar a brincadeira elaborando outra pergunta para a outra pessoa. Vai sendo eliminado quem deixar o balão cair ou quem errar a questão.

- **Exercícios de Lateralidade:**

**Roda do balão:** Os participantes formam um círculo, onde devem atirar o balão e referir a quem o atiram se devem apanhar o balão com a mão direita, mão esquerda, pé direito, pé esquerdo.

**Jogo do circuito:** Desenha-se um circuito no chão. Os participantes formam u fila indiana e em comboio seguem as linhas do trajeto traçado, seguindo as indicações de lateralidade do formador.

- **Exercício de Organização Espaço/Temporal:**

**Jogo do sapateado:** Os participantes formam um círculo e é-lhes solicitado para reproduzir ritmos com os pés. O formador executa um determinado ritmo, os participantes escutam e reproduzem. Varia-se o ritmo. Fazer o exercício inicialmente com os olhos abertos e posteriormente com os olhos fechados.

**Exercício de relaxamento:** é solicitado aos participantes para se deitarem sobre as mantas e para respirar fundo 10 vezes. De

seguida é solicitado para esticar o corpo o máximo que conseguirem. Posteriormente, que fechem os olhos e imaginem um lugar que gostassem de estar.

### **2.4 – Seleção de estratégias**

A estratégia é talvez a componente mais importante nas ações, uma vez que é através desta que o conhecimento chega aos utentes e consequentemente a aprendizagem.

O método que se pretende utilizar nesta ação de formação é o método participativo, de modo a que os objetivos propostos possam ser mais facilmente atingidos.

O local para realizar a sessão foi estrategicamente escolhido devido a reunir todas as condições necessárias para a sua realização. A preparação da sala será antecipadamente realizada de modo a não interferir com o planeamento proposto e a solucionar qualquer eventualidade que possa surgir.

A hora de realização, também foi estrategicamente selecionada por forma a não interferir com a dinâmica do serviço nem com o horário de visitas das utentes.

Os exercícios a aplicar foram selecionados tendo em consideração as limitações físicas que algumas utentes apresentam.

**2.5 – Organização da Atividade:**

<b>Local:</b> Ginásio do CHCF;			
<b>Tema:</b> Sessão de Psicomotricidade;			
<b>Data (s):</b> 19 de Novembro de 2011;			
<b>Hora:</b> 15h00m;			
<b>Duração:</b> 45 minutos;			
<b>Formadora:</b> Ana Guimarães;			
<b>Grupo destinatário:</b> Utentes com Demência da Enfermaria P04.			
<b>Objetivos:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Promover o equilíbrio corporal das utentes;</li> <li>➢ Fortalecer a tonicidade;</li> <li>➢ Promover o conceito de lateralidade;</li> <li>➢ Promover a organização espacial e temporal;</li> <li>➢ Trabalhar a coordenação motora global fina;</li> <li>➢ Estimular e promover a interação social.</li> </ul>			
Fases	Tempo	Conteúdo	Metodologia
Introdução	2 Minutos	- Apresentação pessoal e do tema/motivação para a sessão	Afirmativa Participativa
Aquecimento	6 Minutos		Participativa
Desenvolvimento	30 Minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exercício de Equilíbrio;</li> <li>▪ Exercício de Dinâmica Geral;</li> <li>▪ Exercício de Lateralidade;</li> <li>▪ Exercício de Organização Espaço/Temporal.</li> </ul>	Participativa
Relaxamento	7 Minutos	Exercício	Participativa

9

UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto  
Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**3 – Conclusão**

Após a realização deste planeamento da sessão de Psicomotricidade, conclui-se que o planeamento tem como finalidade, delinear, estruturar, orientar e organizar a sessão de modo a melhorar a qualidade de vida das utentes.

Esta sessão, direccionada às utentes com Demência da Enfermaria P04, tem como principal objetivo "permitir que o corpo seja uma ferramenta para exercitar a mente e vice-versa, reforçando a relação e coordenação entre ambos".

A Terapia de Psicomotricidade é um método de estimulação cognitiva que pretende manter o máximo de tempo possível as funções preservadas do doente.

Torna-se relevante referir que este planeamento não é "fechado", não devendo impedir por isso introdução de novas estratégias e ações que venham a considerar-se pertinentes para a sessão em causa.

11

UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto  
Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**2.6 - Avaliação**

A avaliação da sessão de psicomotricidade, desde a preparação até à execução, será fundamental na compreensão de que forma o planeamento realizado foi ou não adequado, ou seja, se permitiu atingir os objetivos inicialmente propostos.

Deste modo, a avaliação será efetuada no decorrer e no final da sessão, através de:

- Adesão e motivação das utentes face à sessão;
- Observação do interesse demonstrado pelas utentes;
- Participação das utentes nos exercícios propostos;
- Interação das utentes durante a sessão.

10

UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto  
Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**4 – Bibliografia**

CAMPOS, L. P.C.V.: Doença Mental e prestação de cuidados; Universidade Católica Editora, Lisboa, 2009;

RIBEIRO, O.; PAÚL, C.: Manual de Envelhecimento Activo; Lidel – edições técnicas, Lda., Janeiro de 2011;

SEQUEIRA, C.: Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental; Lidel – edições técnicas, Lda., Outubro de 2010;

Material fornecido na Unidade Curricular de Psicomotricidade,

Bau das Ideias – [www.ideiasambientais.com.pt](http://www.ideiasambientais.com.pt)

[Http://nreinodoeraumavez.blogspot.com/2009/03/teorias-e-exercicios-em.html](http://nreinodoeraumavez.blogspot.com/2009/03/teorias-e-exercicios-em.html)

<http://pt.scribd.com/doc/17569502/Atividades-de-Psicomotricidade-1>

<http://psicologiaeducacao.wordpress.com/>

<http://www.youtube.com/watch?v=3P18fjbZ7kQ>

12

UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto  
Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica



# Sessão de Psicomotricidade

CHCF - A8

MESMP

UCP - Instituto de Ciências da Saúde 25-01-2012 1

## Sessão de Psicomotricidade

# AQUECIMENTO

UCP - Instituto de Ciências da Saúde 25-01-2012 2

## Sessão de Psicomotricidade

### ▶ JOGO DOS PASSINHOS:

É uma corrida só de ida onde vários participantes deverão correr como se estivessem medindo uma distância em pés. Quando pisar com o pé direito, deverá pisar o pé esquerdo imediatamente colado na frente do direito e por aí vai. Ganha quem chegar primeiro.

UCP - Instituto de Ciências da Saúde 25-01-2012 3

## Sessão de Psicomotricidade

### ▶ CORRIDA DOS SAPATOS:

Jogam duas equipas, que estarão cada um dentro do seu círculo. Todos os participantes sairão dos seus círculos e tirarão os sapatos devendo colocá-los num lugar pré-determinado. Depois, todos descalços voltam ao seu respetivo círculo. No **JÁ**, os jogadores deverão correr e achar os seus pares de sapatos, calçá-los e retornar ao seu campo. Ganha a equipa que se completar primeiro.

UCP - Instituto de Ciências da Saúde 25-01-2012 4

## Sessão de Psicomotricidade

### ▶ JOGO DE EQUILIBRIO E LATERALIDADE:

Desenha-se um quadrado no chão. Os participantes formam um fila indiana e em comboio seguem as linhas do quadrado.

UCP - Instituto de Ciências da Saúde 25-01-2012 5

## Sessão de Psicomotricidade

### ▶ TÚNEL DO BALÃO:

Jogam duas equipas. Os participantes ficam um atrás do outro com as pernas abertas, formando dois túneis (um para cada equipa). O primeiro da fila passa a bola por debaixo do túnel (passando pela mão de todos) e o que estiver no fim do túnel deverá pegá-la, correr e ir para a frente do túnel, onde fará o mesmo. Todos terão a sua vez. Vence a equipa cujo primeiro jogador voltar a ocupar a posição inicial.

UCP - Instituto de Ciências da Saúde 25-01-2012 6

## Sessão de Psicomotricidade

### ▶ JOGO DO BALÃO:

Os participantes formam uma roda. Quem estiver com a balão deverá dizer o nome de um participante e atirar o balão para ele, perguntando uma questão de matemática. Ex.: "50 + 20", "14 x 2"... A pessoa que pegar o balão deverá responder a conta e continuar a brincadeira elaborando outra pergunta para a outra pessoa. É eliminado quem deixar o balão cair ou quem errar a questão. Ganha o último que sobrar e não errar nenhuma vez.

## Sessão de Psicomotricidade

RELAXAMENTO

## Sessão de Psicomotricidade

Obrigada

# ANEXO XIV

(Terapia de Reminiscência)





## Terapia de Reminiscência

(Sessão I)

**Tema:** Aromas.

**Dia:** 7 De Novembro de 2011;

**Início da actividade:** 16:30 horas.

**Duração Prevista:** 30 minutos.

**Grupo a que se destina:** Doentes com diagnóstico de demência da enfermaria P04.

**Material necessário:**

- Sacos de tecido com:
  - Alecrim;
  - Hortelã;
  - Salsa;
  - Canela;
  - Pétalas de rosa;
  - Alho;
  - Pimenta;
  - Chocolate;
  - Café em pó.
- Computador portátil;
- Música clássica;



**Objectivos:**

- Estimular a memória remota através do olfacto;
- Promover e estimular a interacção entre as utentes;
- Promover o relaxamento das utentes.

UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto

Portfólio - Estágio MESMP – Módulo III, CHCF

- Estimular a memória remota das utentes;
- Valorizar as utentes através do seu conhecimento a respeito do seu passado;
- Criar novos sentidos para o passado e permitir a vivência da continuidade das utentes através do tempo;
- Promover e estimular a interacção entre as utentes;
- Promover o relaxamento das utentes.

**Descrição da terapia de reminiscência:**

A terapia realizar-se-á na sala de estar das utentes. Será colocada música clássica de fundo e retrados sequencialmente objectos da caixa de cartão que irão ser passados de utente em utente e solicitado às mesmas que o identifiquem e definam a sua função e utilidade.

UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto

**Descrição da terapia de reminiscência:**

A terapia realizar-se-á na sala de estar das utentes. Será colocada música clássica de fundo e solicitado às utentes que identifiquem os aromas que os sacos contêm e, sempre que oportuno, a sua utilidade e função.



## Terapia de Reminiscência

(Sessão II)

**Tema:** "Caixa das recordações".

**Dia:** 12 De Novembro de 2011;

**Início da actividade:** 16:30 horas.

**Duração Prevista:** 30 minutos.

**Grupo a que se destina:** Doentes com diagnóstico de demência da enfermaria P04.

**Material necessário:**

- Caixa de cartão com:
  - 1 Dedal;
  - 1 Agulha de bordar;
  - Bonecas de trapos;
  - 2 Painéis de alumínio;
  - 2 Livros;
  - 1 Galo em loiça;
  - 1 Ovelha em loiça;
  - Novelas de lã;
  - 1 Avental;
  - 1 Par de tamancos portugueses;
  - 1 Leiteira;
  - 1 Candeia a petróleo.
- Computador portátil;
- Música clássica;



**Objectivos:**

UCP – Instituto de Ciências da Saúde, Porto



# ANEXO XV

(Estudo de Caso)





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, PORTO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, PORTO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## Estudo de Caso

## Estudo de Caso

4º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização

em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio Módulo III

Centro Hospitalar Conde Ferreira, Enfermária P04 (A8)

Tutora do Estágio: Enf.ª Paula Tavares

Orientadora: Prof. Manuela Magalhães

Elaborado por:

Ana Guimarães

Nº361610032

Porto, Novembro 2011

1

Elaborado por:

Ana Guimarães

Nº361610032

Porto, Novembro 2011

2

Estudo de Caso  
Enfermária P04 (A8), CHCF

Estudo de Caso  
Enfermária P04 (A8), CHCF

### Índice

1 – Introdução.....	4
2 – Colheita de dados.....	5
2.1 – Apresentação da utente.....	5
2.2 – Antecedentes Pessoais.....	5
2.3 – Antecedentes Familiares.....	5
2.4 – Internamentos anteriores.....	6
2.5 – Exames complementares de diagnóstico.....	6
2.6 – Monitorização dos Sinais Vitais.....	7
2.7 – Avaliação física.....	7
2.8 – História Pessoal.....	8
2.9 – Diagnóstico.....	8
3 – Enquadramento teórico.....	8
3.1 – Demência.....	8
3.2 – Demência por doença de Pick.....	9
3.3 – Diagnóstico Diferencial.....	10
4 – Farmacologia.....	11
5 – Plano de Cuidados.....	15
5.1 – Resultados.....	24
6 – Conclusão.....	25
7 – Referências Bibliográficas.....	26

3

### 1 - Introdução

O presente trabalho insere-se no âmbito do estágio Módulo III (opção) que integra o 4º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP), a decorrer no Centro Hospitalar Conde Ferreira, enfermária P04.

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 aspetos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse." (Ponté, 2006:2). Assim sendo o estudo de caso é um tipo de investigação qualitativa que consiste na observação detalhada de um contexto, um indivíduo, uma comunidade ou de um acontecimento específico (o caso) e posteriormente a generalização dos factos observados no caso específico.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, no que concerne à sua participação no tratamento de pessoas com doença mental "visa contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família", deste modo a realização deste estudo de caso tem como objetivos, realizar e implementar um plano de cuidados individualizado em saúde mental utilizando a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), versão Beta 1; identificar os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde do cliente, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental; melhorar a qualidade de vida da doente promovendo a sua autonomia, melhorar o estado de saúde geral, melhorar a função cognitiva ou agravamento desta, estimular capacidades cognitivas e minimizar o stress.

Para a realização deste trabalho, foi necessário efetuar colheita de dados no processo clínico da doente, informações fornecidas pela doente, família e pela equipa multidisciplinar e pesquisa bibliográfica.

4

## 2- Colheita de dados

### 2.1 – Apresentação da utente:

Nome: Sr.ª M.E.G.

Sexo: feminino;

Idade: 66 anos;

Estado civil: casada e com um filho;

Data de admissão: 15 de Julho de 2009;

Proveniência: domicílio;

Profissão: professora de biologia (atualmente reformada)

Motivo de internamento: “quadro de características depressivas, com tristeza, ansiedade e labilidade emocional.

### 2.2 - Antecedentes Pessoais:

- HTA;
- Histerectomia total;

### 2.3 - Antecedentes familiares:

- Morte da mãe quando a doente tinha 17 dias, por complicações no parto (infecção?)
- O pai faleceu quando a doente tinha 22 anos por patologia cardíaca.
- Teve um irmão que faleceu com 11 anos (desconhece a causa da morte).

A doente não apresenta história de alergias tóxicas- medicamentosas.

5

### 2.6 – Monitorização dos Sinais Vitais da Utente:

- ❖ Tensão Arterial: 99/66 mmHg;
- ❖ Frequência Cardíaca: 69 bpm;
- ❖ Temperatura axilar: 36,3°C;
- ❖ Dor: Segundo a escala da dor numérica apresenta score de 0.

### 2.7 - Avaliação física da utente:

- Altura: 1,43 cm
- Peso: 51,60 kg
- IMC: 27,3 (excesso de peso)
- Frequência Respiratória: 18 ciclos/minuto
- Pesquisa de glicemia capilar (jejum): 87mg/dl
- Nutrição: Dieta Geral
- Eliminação intestinal: Regularizada (última dejeção a 18/11/2011 de características aparentemente normais)
- Eliminação vesical: regularizada (última micção a 18/11/2011)
- Hábitos de sono: Padrão de sono não alterado, dormindo cerca de 8h e com recurso a terapêutica;
- Hábitos de repouso: Períodos de 2 a 4h/dia no leito, alternadas entre o período da manhã e da tarde;
- Auto – cuidados: Dependente em grau moderado;
- Próteses: Prótese dentária superior e inferior;
- Comunicação verbal e não-verbal: Alteradas;
- Estado de consciência: Consciente, com períodos de desorientação no T/E;
- Memória a curto e a longo prazo: comprometidas
- Pensamento: Alterado;
- Concentração: Alterada;
- Percepção: Alterada;

7

### 2.4 - Internamentos anteriores:

A doente tem histórias de acompanhamento psiquiátrico desde há cerca de 17 anos, bem como de internamentos em instituições privadas nomeadamente Santa Catarina e Lapa e pública Hospital de Valongo.

- **2005** - Teve dois internamentos prévios no Hospital de Valongo com diagnóstico de “Depressão Involuntiva”, tendo sido posteriormente seguida em regime privado.
- **Abril de 2009** - Iniciou queixas de inquietação, hipersudorese, ansiedade marcada, tristeza, desmotivação e isolamento.
- **12 de Maio, 2009** - Acabou por ser internada no serviço de Psiquiatria de Valongo, por apresentar “quadro de características depressivas, com tristeza, ansiedade e labilidade emocional”.
- **8 de Junho** - Foi enviada ao S.U. do H. S. João por apresentar quadro de agitação psicomotora marcada e confusão. Foi avaliada por Medicina Interna e Neurologia, não tendo encontrado causa orgânica para o quadro. Realizou TAC Cerebral que revelou atrofia, sem outras alterações.
- **15 de Julho, 2009** - Por não ver melhorias no quadro, o marido assinou termo de responsabilidade e internou-a no CHCF.

### 2.5- Exames complementares:

- TAC Cerebral SU (8 Junho 2009) – “atrofia, sem outras alterações;
- TAC Cerebral (18 Agosto 2009) – “... ligeira proeminência do sistema ventricular e dos sulcos corticais, com ligeiro predomínio frontotemporal, em relação com atrofia cortico-subcortical...”
- TAC Cerebral (2 de Março 2010) - ...proeminência dos sulcos corticais, das cisuras e dos ventrículos, em provável relação com atrofia cortico-subcortical de grau moderado. De referir uma ligeira assimetria dos ventrículos laterais, sendo o maior o esquerdo, possivelmente constitucional.

6

### 2.8 - História Pessoal:

Utente do sexo feminino, caucasiana, 66 anos de idade, casada e com um filho. Possui formação académica superior, em biologia, embora já aposentada.

Vivia em Rio Tinto (Gondomar) com o marido e filho.

Seguida em psiquiatria desde há cerca de 19 anos, bem como de internamentos em instituições privadas nomeadamente Santa Catarina e Lapa e pública Hospital de Valongo.

Segundo o marido, “ela teve sempre muita ansiedade e tristeza, mas numa ocasião após internamento em Valongo, apresentava-se hiperativa, verborreica, com energia fora do normal, de tal modo que “chegou a ir a Fátima a pé”.

### 2.9 – Diagnóstico da Utente:

*Segundo a CID – 10:* F02.0, Demência na doença de Pick.

*Segundo o DSM-IV:* 290.10 – Demência devido à Doença de Pick.

## 3 – Enquadramento Teórico:

### 3.1 – Demência:

É reconhecida como uma patologia do envelhecimento cuja prevalência e incidência aumenta com a idade.

Conduz a um aumento progressivo da incapacidade cognitiva e funcional do idoso.

A população Idosa tem vindo a aumentar exponencialmente, devido à diminuição da fecundidade, da mortalidade e ao aumento da esperança média de vida que em muito se deve aos progressos proporcionados pelo desenvolvimento em geral mas sobretudo das ciências da saúde. No entanto, uma maior longevidade da vida humana, acrescem um agravamento da morbilidade e uma maior vulnerabilidade por parte da pessoa Idosa.

8

A nível da população mundial, em 1997, existiam 380 milhões de Idosos e em 2020 prevê-se que haja 690 milhões de Idosos Atualmente, existem 35 milhões de Demências

Em 2030, prevê-se que haja 65,7 milhões de Demências e em 2050, 115 milhões de Demências. O que significa que, "em média, desenvolve-se uma Demência a cada 7 segundos."

Em Portugal existem atualmente 187 000 idosos com idade igual ou superior a 65 anos, dos quais 90 000 sofrem de doença de Alzheimer.

A Demência causa sintomas cognitivos (amnésia, apraxia, agnosia, afasia), sintomas neuropsiquiátricos (alterações comportamentais e sintomas psicológicos) conduzindo mesmo alterações das atividades básicas de vida diária ou à sua total dependência.

### 3.2 – Demência por doença de Pick:

Segundo a CID-10, "Uma demência progressiva, iniciando-se na meia-idade (usualmente entre os 50 e 60 anos), caracterizada por alterações de caráter e deterioração social lentamente progressivas, seguidas por comprometimento de funções intelectuais, memória e linguagem, com apatia, euforia e, (ocasionalmente) fenómenos extrapiramidais. O quadro neuropatológico é de atrofia seletiva dos lobos frontais e temporais, mas sem a ocorrência de placas neuríticas e redes neurofibrilares em maior quantidade do que é visto no envelhecimento normal. Casos com início precoce tendem a exibir um curso mais maligno. As manifestações sociais e comportamentais frequentemente precedem o franco comprometimento da memória."

É um tipo de Demência rara, corresponde aproximadamente a 5% das Demências, surge mais comumente no sexo feminino. As alterações mais frequentes que este tipo de Demência provoca são as alterações de personalidade, distúrbios da linguagem, desinibição e desadequação social, hiperoralidade e incontinência, comportamentos repetitivos, depressão e apatia.

9

### 3.2.1 – Diagnóstico Diferencial:

A demência de Pick, pode ser confundida com a demência de Alzheimer a nível imagiológico, uma vez que um grande envolvimento dos lobos frontais e temporais na doença de Alzheimer pode simular a doença de Pick, contudo estes podem ser diferenciados Hidrocefalia, neoplasias de crescimento lento, hematoma subdural e lesões ocupando outro espaço também pode aparecer como a doença de Pick. Assim sendo, deve ser excluída por tomografia computadorizada ou ressonância magnética Também os distúrbios metabólicos, os défices vitamínicos (Vitamina B12) e hipotiroidismo também devem ser incluídos no diagnóstico diferencial. Enfartes múltiplos, demência (vascular) e pseudo-demência (demência que simula a depressão), bem como o uso de sedativos continuamente, devem ser descartados.

## 4 – Farmacologia

### 4.1 – Tabela de terapêutica:

Data da Prescrição	Fármaco (nome genérico)	Dose	Via	Hora
15/07/2009	Rivastigmina	9,5/2mg	Transdérmica	(1+0+0+0)
15/07/2009	Omeprazol	20mg	PO	(1+0+0+0)
30/09/2011	Venlafaxina	LP 150mg	PO	(1+0+0+0)
15/07/2009	Telmisartan + Hidroclorotiazida	80/125mg	PO	(1+0+0+0)
12/07/2011	AAS	100 CR	PO	(0+1+0+0)
18/08/2011	Memantina	20mg	PO	(1+0+0+0)
16/09/2010	Estazolam	2mg	PO	(0+0+0+1)
28/10/2011	Diazepam	10mg	PO	(1+0+1+1) e SOS
24/11/2011	Quetiapina	100mg	PO	(0+0+0+1)
12/10/2010	Carbidopa +Levodopa	25/200MG	PO	(0+1+1+0)
15/07/2011	Atorvastatina	10mg	PO	(0+0+0+1)

10

#### 4.2.1 - Rivastigmina 9,5/2mg (selo transdérmico):

- **Grupo Terapêutico:** inibidores da colinesterase;
- **Indicações Terapêuticas:** a Rivastigmina é utilizada para o tratamento de pacientes com demência leve e/ou até moderadamente grave, notadamente do tipo Doença de Alzheimer;
- **Efeitos secundários mais comuns:** fadiga, astenia, tonturas, cefaleias, sonolência, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, perda de apetite, dispepsia, agitação, insónia, confusão, depressão, infecções do trato respiratório superior e infecções do trato urinário, sudorese, mal-estar, perda de peso e tremores.

#### 4.2.2 - Omeprazol 20mg:

- **Grupo Terapêutico:** um medicamento que pertence à classe dos inibidores da bomba de prótons, usado como antiulceroso.
- **Indicações Terapêuticas:** Úlcera duodenal/resistente; esofagite de refluxo; síndrome de Zollinger – Ellison; Erradicação do *Helicobacter pylori* (associado à terapia antimicrobiana); Lesões gástricas provocadas por (AINES); dor ou desconforto do abdómen superior relacionados com dispepsia. Pode aumentar acção do Diazepam, carbamazepina, fenitoína e varfarina.
- **Efeitos secundários mais comuns:** Normalmente é bem tolerado, mas podem ocorrer efeitos secundários, tais como diarreia, obstipação (prisão de ventre), flatulência (possivelmente dor abdominal), náuseas, vômitos, sonolência, dificuldades em adormecer, vertigens e cefaleias,

#### 4.2.3 – Venlafaxina

- **Grupo Terapêutico:** Antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina;

11

- **Indicações Terapêuticas:** Depressão. Ansiedade generalizada;
- **Efeitos secundários mais comuns:** Náuseas, cefaleias, insónias, sonolência, tonturas e hipertensão, xerostomia, astenia, irritabilidade, convulsões; aumento das transaminases e do colesterol.

#### 4.2.4 - Estazolam

- **Grupo Terapêutico:** Benzodiazepina que actua a nível do SNC como ansiolítico, sedativo e hipnótico;
- **Indicações Terapêuticas:** Insónia;
- **Efeitos secundários mais comuns:** Sonolência; Descoordenação motora; Alterações gastro-intestinais; Diarreia; Vômitos; Alterações do apetite; Alterações visuais; Irregularidades cardiovasculares; Alteração da memória; Confusão; Depressão; Vertigem;
- O seu uso prolongado pode causar dependência e síndrome de abstinência quando a medicação é interrompida;
- Estão descritos alguns casos de agranulocitose.

#### 4.2.5 - Telmisartan + Hidroclorotiazida

- **Grupo Terapêutico:** Anti-hipertensores;
- **Indicações Terapêuticas:** Tratamento da HTA no adulto; prevenção cardiovascular;
- **Efeitos secundários mais comuns:** Infecções do trato respiratório e/ou urinário; anemia; hipercalemia; depressão; insónia; bradicardia; vertigens; síncope; dispepsia; flatulência; vômitos; rash cutâneo, etc.

#### 4.2.6 - AAS CR

- **Grupo terapêutico:** AINE que também inibe a agregação plaquetária;
- **Indicações Terapêuticas:** como analgésico, antipirético ou anti-inflamatório; como antitrombótico;

12

- **Efeitos secundários mais comuns:** dor abdominal; úlcera e perfuração intestinal; hemorragias; cefaleias; sensação de diminuição da acuidade auditiva.

#### 4.2.7 - Carbidopa+Levodopa

- **Grupo Terapêutico:** Antiparkinsonianos;
- **Indicações Terapêuticas:** Alívio dos sintomas do Parkinsonismo, nomeadamente a nível dos trémulos, sialorreia, instabilidade corporal, disfasia e outros sintomas provocados pela doença e síndrome de Parkinson;
- **Efeitos Secundários mais comuns:** Movimentos involuntários, distónicos; contrações musculares; náuseas, etc.

#### 4.2.8 - Quetiapina

- **Grupo terapêutico:** Antipsicótico atípico;
- **Indicações terapêuticas:** Tratamento das esquizofrenias e outras psicoses. Devido ao seu efeito sedativo quando administrado em doses mais baixas aplica-se em casos de insónia;
- **Efeitos secundários mais comuns:** Hipotensão ortostática, tonturas, taquicardia.

#### 4.2.9 – Diazepam

- **Grupo Terapêutico:** Benzodiazepinas;
- **Indicações Terapêuticas:** Ansiedade, insónia, convulsões, depressão, espasmos musculares.
- **Efeitos Secundários mais comuns:** Sonolência, tonturas, ataxia, alterações da memória e da fala, confusão, cefaleia, fadiga, visão turva; boca seca, diarreia, náuseas, vômitos e alterações do apetite, perda de peso.

#### 4.2.10 - Atorvastatina

- **Grupo Terapêutico:** Antidislipidémico.

- **Indicações Terapêuticas:** Reduzir os níveis de colesterol.
- **Efeitos Secundários mais comuns:** Dores abdominais, náuseas, obstipação, anorexia, flatulência, dispepsia, astenia, parestesias, alterações do sono e miopatias (raras).

#### 4.2.11 - Memantina

- **Grupo Terapêutico:** Atua a nível do SNC e é utilizado no tratamento sintomático das alterações da função cognitiva.
- **Indicações Terapêuticas:** Tratamento sintomático da doença de Alzheimer moderada a grave e de outros tipos de demência.
- **Efeitos Secundários mais comuns:** Agitação, incontinência urinária, infeção urinária, insónia e diarreia.

13

14

#### 5 – Plano de Cuidados

Estudo de Caso  
Enfermaria P04 (A8), CHCF

Foco de Atenção			ANSIEDADE	
Dados Relevantes para o Diagnóstico			A utente apresenta inquietação psicomotora, dificuldade de concentração, diminuição da auto segurança, aumento da tensão muscular, pele pálida, hipersudorese, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.	
Diagnósticos de Enfermagem			Início: 14-10-2011	Ansiedade
			Termo:	
Objetivo			Reduzir a Ansiedade	
Início	Timing	Término	Intervenções de Enfermagem	
14-10-2011	M/T/N M M/T/N M/T/N M/T M/T/N M/T	18-11-2011	Observar comportamento; Vigiar sinais e sintomas. Aplicação da escala de avaliação de ansiedade de Hamilton; Gerir ambiente físico; Gerir a comunicação; Manter presença; Executar escuta ativa; Gerir medicação em SOS; Executar técnica de relaxamento.	
Resultados obtidos			Doente mantém ansiedade em grau elevado (28 pontos) segundo a aplicação da escala de avaliação da ansiedade de Hamilton.	

15

Estudo de Caso  
Enfermaria P04 (A8), CHCF

Foco de Atenção			ORIENTAÇÃO	
Dados Relevantes para o Diagnóstico			A utente apresenta períodos de desorientação em termos de espaço e tempo.	
Diagnósticos de Enfermagem			Início: 24-10-2011	Orientação alterada
			Termo: 28-10-2011	
Objetivo			Desenvolver estratégias de orientação no espaço e no tempo.	
Início	Timing	Término	Intervenções de Enfermagem	
24-10-2011	M/T/N M/T/N M/T M/T/N	28-11-2011	Gerir ambiente físico; Vigiar a Orientação; Orientar a utente; Promover relações interpessoais; Requerer serviço médico.	
Resultados obtidos			O desenvolvimento de estratégias de orientação provocou no utente um aumento da ansiedade, no entanto conseguiram-se estabelecer algumas rotinas.	

16

Foco de Atenção			QUEDA			
Dados Relevantes para o Diagnóstico			A utente sofreu uma queda enquanto deambulava pelo serviço.			
Diagnósticos de Enfermagem			<table border="1"> <tr> <td>Início: 24-10-2011</td> <td rowspan="2">Queda</td> </tr> <tr> <td>Térmo: 28-10-2011</td> </tr> </table>	Início: 24-10-2011	Queda	Térmo: 28-10-2011
Início: 24-10-2011	Queda					
Térmo: 28-10-2011						
Objetivo			Desenvolver estratégias para prevenção de quedas			
Início	Timing	Término	Intervenções de Enfermagem			
24-10-2011	M/T/N M M/T/N SOS M/T/N	28-11-2011	Gerir ambiente físico; Monitorizar risco de queda através da Escala de fragilidade de Edmonton; Proteger a integridade da pessoa; Restringir a atividade motora; Vigiar queda.			
Resultados obtidos			A doente apresenta uma fragilidade de 13/17 segundo a Escala de Fragilidade de Edmonton.			

17

Foco de Atenção			COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA			
Dados Relevantes para o Diagnóstico			A utente apresenta afasia, voz trémula e dificuldade de expressão.			
Diagnósticos de Enfermagem			<table border="1"> <tr> <td>Início: 14-10-2011</td> <td rowspan="2">Comunicação Expressiva não demonstrada</td> </tr> <tr> <td>Térmo: 18-11-2011</td> </tr> </table>	Início: 14-10-2011	Comunicação Expressiva não demonstrada	Térmo: 18-11-2011
Início: 14-10-2011	Comunicação Expressiva não demonstrada					
Térmo: 18-11-2011						
Objetivo			Desenvolver a capacidade de exprimir e interpretar mensagens.			
Início	Timing	Término	Intervenções de Enfermagem			
14-10-2011	M/T/N M/T/N M/T/N	18-11-2011	Gerir a comunicação; Otimizar a comunicação (usar discurso simples, com frases curtas e de forma pausada); Promover uma comunicação expressiva (dar lugar a momentos de silêncio para assimilação de informação)			
Resultados obtidos			Doente apresenta alguma melhoria na comunicação expressiva, contudo esta ainda é bastante prejudicada pelos episódios de ansiedade.			

18

Foco de Atenção			AUTO CUIDADO HIGIENE			
Dados Relevantes para o Diagnóstico			A utente apresenta de auxílio no autocuidado higiene.			
Diagnósticos de Enfermagem			<table border="1"> <tr> <td>Início: 18-10-2011</td> <td rowspan="2">Dependente em grau moderado</td> </tr> <tr> <td>Térmo: 18/11/2011</td> </tr> </table>	Início: 18-10-2011	Dependente em grau moderado	Térmo: 18/11/2011
Início: 18-10-2011	Dependente em grau moderado					
Térmo: 18/11/2011						
Objetivo			Encarregar a doente de manter um padrão contínuo de higiene, o mais autónoma quanto possível.			
Início	Timing	Término	Intervenções de Enfermagem			
18-10-2011	M M M M M M/T	18-11-2011	Aplicação do Índice de Barthel; Assistir no Auto cuidado higiene; Incentivar o auto cuidado higiene; Realizar sessões de treino do banho Cortar as unhas; Elogiar progressos;			
Resultados obtidos			A Doente apresenta nível ligeiro de dependência nas ABVD, (80) de acordo com Índice de Barthel. De acordo com o teste a maior dependência trata-se no banho, embora a doente, após treinos, requeira supervisão a temperar a água.			

19

Foco de Atenção			PERSONALIDADE LÁBIL			
Dados Relevantes para o Diagnóstico			A utente apresenta alterações frequentes de atitudes e comportamentos, alterações emocionais.			
Diagnósticos de Enfermagem			<table border="1"> <tr> <td>Início: 14-10-2011</td> <td rowspan="2">Personalidade Lábil</td> </tr> <tr> <td>Térmo: 18/11/2011</td> </tr> </table>	Início: 14-10-2011	Personalidade Lábil	Térmo: 18/11/2011
Início: 14-10-2011	Personalidade Lábil					
Térmo: 18/11/2011						
Objetivo			Reduzir as alterações frequentes de atitudes e de emoções.			
Início	Timing	Término	Intervenções de Enfermagem			
14-10-2011	M M/T/N M/T/N M/T/N	18-11-2011	Gerir comunicação; Gerir ambiente físico; Vigiar a ação do doente por personalidade lábil; Gerir terapêutica SOS			
Resultados obtidos			Doente mantém alterações de atitudes e de emoções, embora menos frequentes.			

20

Foco de Atenção			AGITAÇÃO
Dados Relevantes para o Diagnóstico			A utente apresenta períodos de excitação psicomotora sem objetivo por inquietação
Diagnósticos de Enfermagem			Início: 24-10-2011 Termo: 18/11/2011 Agitação em grau moderado, frequente.
Objetivo			Reduzir a agitação e a inquietação
Início	Timing	Término	Intervenções de Enfermagem
24-10-2011	M/T/N M/T/N M/T/N M/T/N M/T/N M/T/N	18-11-2011	Observar fatores que precipitem a agitação; Gerir a comunicação; Gerir ambiente físico (ambiente calmo sossegado, sem ruídos); Manter presença; Proteger a integridade da pessoa; Gerir medicação em SOS; Requerer serviço médico.
Resultados obtidos			Doente reverte estado com administração de terapêutica SOS e com a sua instalação no seu quarto.

21

Foco de Atenção			MEMÓRIA
Dados Relevantes para o Diagnóstico			A utente apresenta défice cognitivo, a nível da memória a curto prazo e no cálculo
Diagnósticos de Enfermagem			Início: 24-10-2011 Termo: 18/11/2011 Memória Alterada
Objetivo			Estimular as funções cognitivas e potenciar capacidades ainda preservadas
Início	Timing	Término	Intervenções de Enfermagem
24-10-2011	M M/T/N M/T/N M T T	18-11-2011	Aplicação de MMS; Orientar a doente; Vigiar alterações da orientação; Realizar sessões de estimulação cognitiva; Participar em sessão de psicomotricidade; Participar em sessão de terapia de Reminiscência.
Resultados obtidos			A doente mantém-se pouco colaborante nas sessões de estimulação cognitiva. Recusou participar na sessão de psicomotricidade e na terapia de Reminiscência. Mantém valor inicial de (18) no MMSE

22

Foco de Atenção			HUMOR
Dados Relevantes para o Diagnóstico			A utente apresenta alterações emocionais, com comportamento desadequado.
Diagnósticos de Enfermagem			Início: 24-10-2011 Termo: 18/11/2011 Humor Alterado
Objetivo			Promover um Humor adequado
Início	Timing	Término	Intervenções de Enfermagem
24-10-2011	M M/T/N M/T/N M/T/N M/T M/T/N M/T M/T	18-11-2011	Aplicar indicador NOC Equilíbrio de humor; Disponibilizar presença; Gerir ambiente físico; Gerir a comunicação; Planear/Promover Escuta ativa; Promover humor adequado; Promover relações interpessoais; Promover suporte emocional.
Resultados obtidos			De acordo com indicador NOC, a utente apresenta humor depressivo.

23

## 5.1 – Resultados

Os resultados obtidos, nem todos foram os desejados. A utente encontrava-se numa fase muito instável a nível clínico, desencadeando frequentemente episódios de ansiedade que a acabavam por comprometer a minha intervenção. Por outro lado, proporcionou-me o desenvolvimento de estratégias a fim de controlar a própria ansiedade da utente, que revelou ser o nosso foco principal de intervenção.

Apesar de toda esta situação, ainda foi possível criar alguns hábitos de rotina, nomeadamente no que diz respeito ao banho e ao autocuidado higiene oral. Cada mudança de comportamento, cada gesto, por pequeno que possa ser, acaba por se traduzir em ganhos em saúde para a utente.

## 6 - Conclusão

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, no que concerne à sua participação no tratamento de pessoas com doença mental "visa contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e a qualidade de vida", deste modo a realização deste estudo de caso permitiu realizar um plano de cuidados individualizado utilizando um tipo de linguagem comum a todos os Enfermeiros (CIPE).

Apesar de todo este processo não se ter revelado fácil ao longo da sua elaboração e execução, pode concluir-se que me permitiu desenvolver competências como futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica, trazendo-se em ganhos em saúde para a utente.

25

Material fornecido nas Unidades Curriculares de Psiquiatria, Psicopatologia, Enfermagem de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica.

## 7 – Referências Bibliográficas

CAMPOS, L. P.C.V.: Doença Mental e prestação de cuidados; Universidade Católica Editora, Lisboa, 2009;

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID 10 – Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE) Versão 1.

PHANEUF, M. (2001) Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto Editora., ISBN 972-8535-78-3;

PONTE, J. P. (1994). *O estudo de caso na investigação em educação matemática*. Disponível em <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/94-Ponte> (Quadrante- Estudo%20caso).pdf, acedido a 31 de Dezembro de 2007

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2006) – Prontuário Terapêutico. Lisboa: INFARMED., ISBN 972-8425-72-4

RIBEIRO,O.; PAÚL, C.: Manual de Envelhecimento Activo; Lidel – edições técnicas, Lda., Janeiro de 2011;

SEQUEIRA, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. 1ª ed. Porto: Quarteto., ISBN:989-558-083-5.

SEQUEIRA, C.: Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental; Lidel – edições técnicas, Lda., Outubro de 2010; CAMPOS, L. P.C.V.: Doença Mental e prestação de cuidados; Universidade Católica Editora, Lisboa, 2009;

TOWNSEND, M. C.: Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica; Lusodidacta; 6ª Edição;

26



## Estudo de Caso

### Apresentação da utente:

- **Nome:** Sr.ª M.E.G.
- **Sexo:** feminino;
- **Idade:** 66 anos;
- **Estado civil:** casada e com um filho;
- **Data de admissão:** 15 de Julho de 2009;
- **Proveniência:** domicílio;
- **Profissão:** professora de biologia (atualmente reformada)

## Estudo de Caso

Orientadora: Prof. Manuela Magalhães

Tutora: Enf.ª Paula Tavares

Discente: Ana Guimarães

Porto  
25 de Novembro, 2011

## Estudo de Caso

- **Motivo de internamento:** “quadro de características depressivas, com tristeza, ansiedade e labilidade emocional”.

### Antecedentes Pessoais:

- HTA;
- Histerectomia total;

Sem alergias tóxico-medicamentosas.

## Estudo de Caso

### Índice:

- Introdução
- Apresentação da utente
- História pessoal
- Enquadramento teórico
- Farmacologia
- Plano de cuidados
- Conclusão
- Referências Bibliográficas

## Estudo de Caso

### Antecedentes familiares:

- Morte da mãe quando a doente tinha 17 dias, por complicações no parto (infecção?)
- O pai faleceu quando a doente tinha 22 anos por patologia cardíaca.
- Teve um irmão que faleceu com 11 anos (desconhece a causa da morte).

## Estudo de Caso

✓ 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 aspetos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.” (Ponte, 2006:2).

✓ Assim sendo, o estudo de caso é um tipo de investigação qualitativa que consiste na observação detalhada de um contexto, um indivíduo, uma comunidade ou de um acontecimento específico (o caso) e posteriormente a generalização dos factos observados no caso específico.

## Estudo de Caso

### Exames complementares:

- TAC Cerebral SU (8 Junho 2009) – “atrofia, sem outras alterações;
- TAC Cerebral (18 Agosto 2009) – “... ligeira proeminência do sistema ventricular e dos sulcos corticais, com ligeiro predomínio frontotemporal, em relação com atrofia cortico-subcortical...”
- TAC Cerebral (2 de Março 2010) - ...proeminência dos sulcos corticais, das cisuras e dos ventrículos, em provável relação com atrofia cortico-subcortical de grau moderado. De referir uma ligeira assimetria dos ventrículos laterais, sendo o maior o esquerdo, possivelmente constitucional.

## Estudo de Caso

### Internamentos anteriores:

- A doente tem histórias de acompanhamento psiquiátrico desde há cerca de 17 anos, bem como de internamentos em instituições privadas nomeadamente Santa Catarina e Lapa e pública Hospital de Valongo.

## Estudo de Caso

### Avaliação física da utente:

- **Altura:** 1,43 cm
- **Peso:** 51,60 kg
- **IMC:** 27,3 (excesso de peso)
- **Tensão Arterial:** 99/66 mmHg
- **Frequência Cardíaca:** 69 bpm
- **Frequência Respiratória:** 18 ciclos/minuto
- **Pesquisa de glicemia capilar (jejum):** 87mg/dl
- **Temperatura axilar:** 36,3°C

## Estudo de Caso

- **2005** - Teve dois internamentos prévios no Hospital de Valongo com diagnóstico de “Depressão Involuntiva”, tendo sido posteriormente seguida em regime privado.
- **Abril de 2009** - iniciou queixas de inquietação, hipersudorese, ansiedade marcada, tristeza, desmotivação e isolamento.
- **12 de Maio, 2009** - acabou por ser internada no serviço de Psiquiatria de Valongo, por apresentar “quadro de características depressivas, com tristeza, ansiedade e labilidade emocional”.

## Estudo de Caso

### Avaliação física da utente:

- **Dor:** Segundo a escala da dor numérica apresenta score de 0
- **Nutrição:** Dieta Geral
- **Eliminação intestinal:** Regularizada (última dejeção a 18/11/2011 de características aparentemente normais)
- **Eliminação vesical:** regularizada (última micção a 18/11/2011)
- **Hábitos de sono:** Padrão de sono não alterado, dormindo cerca de 8h e com recurso a terapêutica;
- **Hábitos de repouso:** Períodos de 2 a 4h/dia no leito, alternadas entre o período da manhã e da tarde;

## Estudo de Caso

- **8 de Junho** - foi enviada ao S.U. do H. S. João por apresentar quadro de agitação psicomotora marcada e confusão. Foi avaliada por Medicina Interna e Neurologia, não tendo encontrado causa orgânica para o quadro. Realizou TAC Cerebral que revelou atrofia, sem outras alterações.
- **15 de Julho, 2009** - por não ver melhorias no quadro, o marido assinou termo de responsabilidade e internou-a no CHCF.

## Estudo de Caso

### Enquadramento teórico:

• Perante a história clínica da utente, será apresentado um breve enquadramento teórico, sobre a patologia associada:

- Demência de Pick (frontotemporal).

## Estudo de Caso

### Avaliação física da utente:

- **Auto – cuidados:** Dependente em grau moderado;
- **Próteses:** Prótese dentária superior e inferior;
- **Comunicação verbal e não verbal:** Alteradas;
- **Estado de consciência:** Consciente, com períodos de desorientação no T/E;
- **Memória a curto e a longo prazo:** comprometidas
- **Pensamento:** Alterado;
- **Concentração:** Alterada;
- **Percepção:** Alterada;

## Estudo de Caso

### A Demência:

- É reconhecida como uma patologia do envelhecimento cuja prevalência e incidência aumenta com a idade.
- Conduz a um aumento progressivo da incapacidade cognitiva e funcional do idoso.

## Estudo de Caso

### História Pessoal:

- Utente do sexo feminino, caucasiana, 66 anos de idade, casada e com um filho.
- Vivia em Rio Tinto (Gondomar) com o marido e filho.
- Possui formação superior em biologia, embora já reformada.
- Seguida em psiquiatria desde há cerca de 19 anos, bem como de internamentos em instituições privadas nomeadamente Santa Catarina e Lapa e pública Hospital de Valongo.
- Segundo o marido, “ela teve sempre muita ansiedade e tristeza, mas numa ocasião após internamento em Valongo, apresentava-se hiperactiva, verborrêica, com energia fora do normal, de tal modo que “chegou a ir a Fátima a pé”.

## Estudo de Caso

A população Idosa tem vindo a aumentar:

- ❖ ↓ Fecundidade;
- ❖ ↓ Mortalidade;
- ❖ ↑ Esperança média de vida
- População Mundial:
  - 1997 – 380 milhões de Idosos;
  - 2020 – 690 milhões de Idosos.
- Atualmente, existem 35 milhões de Demências
- Em 2030, prevê-se que haja 65,7 milhões de Demências e em 2050, 115 milhões de Demências.

## Estudo de Caso

### História Pessoal:

- Na admissão nesta instituição, apresentava-se vigil, colaborante, desorientada no T/E, lentificação psicomotora, discurso lentificado, embora conexo e coerente. Humor depressivo, labilidade emocional. Muito angustiada e ansiosa. Após o internamento no Centro Hospitalar Conde Ferreira (CHCF).
- MMS, 11/08/2009 – Revelava um deficit cognitivo significativo (16/30);
- Após realização de outras avaliações cognitivas, no mês de Agosto de 2009, concluiu-se a presença de deterioração cognitiva compatível com Demência de Pick.

## Estudo de Caso

# Farmacologia

19/07/2019 - Trabalho Individual 01

## Estudo de Caso

*Em média, desenvolve-se uma Demência a cada 7 segundos*

População Idosa em Portugal:

- ❑ 187 000 têm idade  $\geq$  a 65 anos;
- ❑ 90 000 sofrem de doença de Alzheimer

19/07/2019 - Trabalho Individual 01

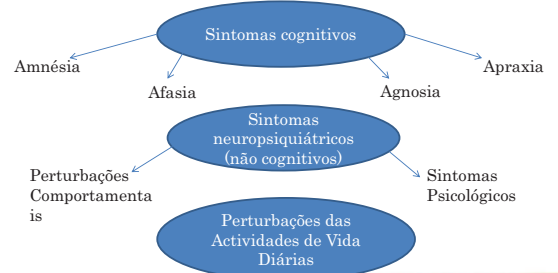
## Estudo de Caso

Data da Prescrição	Fármaco (nome genérico)	Dose	Via	Hora
15/07/2009	Rivastigmina	9,5/2mg	Transdérmica	(1+0+0+0)
15/07/2009	Omeprazol	20mg	PO	(1+0+0+0)
30/09/2011	Venlafaxina	LP 150mg	PO	(1+0+0+0)
15/07/2009	Telmisartan + Hidroclorotiazida	80/125mg	PO	(1+0+0+0)
12/07/2011	AAS	100 CR	PO	(0+1+0+0)
18/08/2011	Memantina	20mg	PO	(1+0+0+0)
16/09/2010	Estazolam	2mg	PO	(0+0+0+1)
28/10/2011	Diazepam	10mg	PO	(1+0+1+1) e SOS
24/11/2011	Quetiapina	100mg	PO	(0+0+0+1)
12/10/2010	Carbidopa +Levodopa	25/200MG	PO	(0+1+1+0)
15/07/2011	Atorvastatina	10mg	PO	(0+0+0+1)

19/07/2019 - Trabalho Individual 01

## Estudo de Caso

### Componentes da Demência



19/07/2019 - Trabalho Individual 01

## Estudo de Caso

### Rivastigmina 9,5/2mg (selo transdérmico)

- **Grupo Terapêutico:** inibidores da colinesterase;
- **Indicações Terapêuticas:** a Rivastigmina é utilizada para o tratamento de pacientes com demência leve e/ou até moderadamente grave, notadamente do tipo Doença de Alzheimer;
- **Efeitos secundários:** fadiga, astenia, tonturas, cefaleias, sonolência, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, perda de apetite, dispepsia, agitação, insónia, confusão, depressão, infecções do trato respiratório superior e infecções do trato urinário, sudorese, mal-estar, perda de peso e tremores.

19/07/2019 - Trabalho Individual 01

## Estudo de Caso

### • Demência de Pick (frontotemporal):

- ✓ É rara;
- ✓ Corresponde aproximadamente a 5% das Demências;
- ✓ Mais comum nas Mulheres;
- ✓ Início entre os 50 e os 65 anos;
- ✓ Alterações da personalidade;
- ✓ Distúrbios da linguagem;
- ✓ Desinibição e desadequação social;
- ✓ Hiperoralidade e incontinência;
- ✓ Comportamentos repetitivos;
- ✓ Depressão e apatia.

19/07/2019 - Trabalho Individual 01

## Estudo de Caso

### Telmisartan + Hidroclorotiazida

- **Grupo Terapêutico:** Anti-hipertensores;
- **Indicações Terapêuticas:** Tratamento da HTA no adulto; prevenção cardiovascular;
- **Efeitos secundários:** Infecções do trato respiratório e/ou urinário; anemia; hipercaliemia; depressão; insônia; bradicardia; vertigens; síncope; dispepsia; flatulência; vômitos; rash cutâneo, etc.

18/03/2019 - Trabalho Individual 01



## Estudo de Caso

### Omeprazol

- **Grupo Terapêutico:** um medicamento que pertence à classe dos inibidores da bomba de prótons, usado como antiulceroso.
- **Indicações Terapêuticas:** Úlcera duodenal/resistentes; esofagite de refluxo; síndrome de Zollinger – Ellison; Erradicação do *Helicobacter pylori* (associado à terapia antimicrobiana); Lesões gástricas provocadas por (AINES); dor ou desconforto do abdômen superior relacionados com dispepsia. Pode aumentar ação do Diazepam, carbamazepina, fenitoína e varfarina.
- **Efeitos secundários:** Normalmente é bem tolerado, mas podem ocorrer efeitos secundários, tais como diarreia, obstipação (prisão de ventre), flatulência (possivelmente dor abdominal), náuseas, vômitos, sonolência, dificuldades em adormecer, vertigens e cefaleias.

18/03/2019 - Trabalho Individual 01



## Estudo de Caso

### AAS CR

- **Grupo terapêutico:** AINE que também inibe a agregação plaquetária;
- **Indicações Terapêuticas:** como analgésico, antipirético ou anti-inflamatório; como antitrombótico;
- **Efeitos secundários:** dor abdominal; úlcera e perfuração intestinal; hemorragias; cefaleias; sensação de diminuição da acuidade auditiva.

18/03/2019 - Trabalho Individual 01



## Estudo de Caso

### Venlafaxina

- **Grupo Terapêutico:** Antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina;
- **Indicações Terapêuticas:** Depressão. Ansiedade generalizada;
- **Efeitos secundários:** Náuseas, cefaleias, insónias, sonolência, tonturas e hipertensão, xerostomia, astenia, irritabilidade, convulsões; aumento das transaminases e do colesterol.

18/03/2019 - Trabalho Individual 01



## Estudo de Caso

### Carbidopa+Levodopa

- **Grupo Terapêutico:** Antiparkinsonianos;
- **Indicações Terapêuticas:** Alívio dos sintomas do Parkinsonismo, nomeadamente a nível dos trémulos, sialorreia, instabilidade corporal, disfagia e outros sintomas provocados pela doença e síndrome de Parkinson;
- **Efeitos Secundários:** Movimentos involuntários, distônicos; contrações musculares; náuseas, etc.

18/03/2019 - Trabalho Individual 01



## Estudo de Caso

### Estazolam

- **Grupo Terapêutico:** Benzodiazepina que actua a nível do SNC como ansiolítico, sedativo e hipnótico;
- **Indicações Terapêuticas:** Insónia;
- **Efeitos secundários:** Sonolência; Descoordenação motora; Alterações gastro-intestinais; Diarreia; Vômitos; Alterações do apetite; Alterações visuais; Irregularidades cardiovasculares; Alteração da memória; Confusão; Depressão; Vertigem;
- O seu uso prolongado pode causar dependência e síndrome de abstinência quando a medicação é interrompida;
- Estão descritos alguns casos de agranulocitose.

18/03/2019 - Trabalho Individual 01



## Estudo de Caso

### Memantina

- **Grupo Terapêutico:** Atua a nível do SNC e é utilizado no tratamento sintomático das alterações da função cognitiva.
- **Indicações Terapêuticas:** Tratamento sintomático da doença de Alzheimer moderada a grave e de outros tipos de demência.
- **Efeitos Secundários:** Agitação, incontinência urinária, infeção urinária, insónia e diarreia.

## Estudo de Caso

### Quetiapina

- **Grupo terapêutico:** Antipsicótico atípico;
- **Indicações terapêuticas:** Tratamento das esquizofrenias e outras psicoses. Devido ao seu efeito sedativo quando administrado em doses mais baixas aplica-se em casos de insónia;
- **Efeitos secundários:** Hipotensão ortostática, tonturas, taquicardia.

## Estudo de Caso

# Plano de Cuidados

## Estudo de Caso

### Diazepam

- **Grupo Terapêutico:** Benzodiazepinas;
- **Indicações Terapêuticas:** Ansiedade, insónia, convulsões, depressão, espasmos musculares.
- **Efeitos Secundários:** Sonolência, tonturas, ataxia, alterações da memória e da fala, confusão, cefaleia, fadiga, visão turva; boca seca, diarreia, náuseas, vômitos e alterações do apetite, perda de peso.

## Estudo de Caso

<b>Foco de Atenção</b>			Ansiedade
<b>Dados Relevantes para o Diagnóstico</b>			A utente apresenta inquietação psicomotora, dificuldade de concentração, diminuição da auto segurança, aumento da tensão muscular, pele pálida, hipersudorese, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.
<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>			Ansiedade
			Início: 14-10-2011 Termo:
<b>Objetivo</b>			Reduzir a Ansiedade
<b>Início</b>	<b>Timing</b>	<b>Término</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>
14-10-2011	M/T/N M M/T/N M/T/N M/T/N M/T M/T/N M/T	18-11-2011	Observar comportamento; Vigiar sinais e sintomas. Aplicação da escala de avaliação de ansiedade de Hamilton; Gerir ambiente físico; Gerir a comunicação; Manter presença; Executar escuta ativa; Gerir medicação em SOS; Executar técnica de relaxamento.
<b>Resultados obtidos</b>			Doente mantém ansiedade em grau elevado (28 pontos) segundo a aplicação da escala de avaliação da ansiedade de Hamilton.

## Estudo de Caso

### Atorvastatina

- **Grupo Terapêutico:** Antidislipidémico.
- **Indicações Terapêuticas:** Reduzir os níveis de colesterol.
- **Efeitos Secundários:** Dores abdominais, náuseas, obstipação, anorexia, flatulência, dispepsia, astenia, parestesias, alterações do sono e miopatias (raras).

## Estudo de Caso

<b>Foco de Atenção</b>			Auto Cuidado Higiene		
<b>Dados Relevantes para o Diagnóstico</b>			A utente apresenta de auxílio no auto-cuidado higiene.		
<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>			Início: 18-10-2011	Dependente em grau moderado	
			Termo: 18/11/2011		
<b>Objetivo</b>			Encarregar a doente de manter um padrão contínuo de higiene, o mais autónoma quanto possível.		
<b>Início</b>	<b>Timing</b>	<b>Término</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
18-10-2011	M M M M M M/T	18-11-2011	Aplicação do Índice de Barthel; Assistir no Auto cuidado higiene; Incentivar o auto cuidado higiene; Realizar sessões de treino do banho Cortar as unhas; Elogiar progressos;		
<b>Resultados obtidos</b>			A Doente apresenta nível ligeiro de dependência nas ABVD, (80) de acordo com Índice de Barthel. De acordo com o teste a maior dependência trata-se no banho, embora a doente, após treinos, requeira supervisão a temperar a água.		



18/11/2011 - Trabalho Individual 01

## Estudo de Caso

<b>Foco de Atenção</b>			Orientação		
<b>Dados Relevantes para o Diagnóstico</b>			A utente apresenta períodos de desorientação em termos de espaço e tempo.		
<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>			Início: 24-10-2011	Orientação alterada	
			Termo: 28-10-2011		
<b>Objetivo</b>			Desenvolver estratégias de orientação no espaço e no tempo.		
<b>Início</b>	<b>Timing</b>	<b>Término</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
24-10-2011	M/T/N M/T/N M/T M/T M/T/N	28-11-2011	Gerir ambiente físico; Vigiar a Orientação; Orientar a utente; Promover relações interpessoais; Requerer serviço médico.		
<b>Resultados obtidos</b>			O desenvolvimento de estratégias de orientação provocou no utente um aumento da ansiedade, no entanto conseguiram-se estabelecer algumas rotinas.		



18/11/2011 - Trabalho Individual 01

## Estudo de Caso

<b>Foco de Atenção</b>			Personalidade Labil		
<b>Dados Relevantes para o Diagnóstico</b>			A utente apresenta alterações frequentes de atitudes e comportamentos, alterações emocionais.		
<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>			Início: 14-10-2011	Personalidade Labil	
			Termo: 18/11/2011		
<b>Objetivo</b>			Reduzir as alterações frequentes de atitudes e de emoções.		
<b>Início</b>	<b>Timing</b>	<b>Término</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
14-10-2011	M M/T/N M/T/N M/T/N	18-11-2011	Gerir comunicação; Gerir ambiente físico; Vigiar a ação da doente por personalidade labil; Gerir terapêutica SOS		
<b>Resultados obtidos</b>			Doente mantém alterações de atitudes e de emoções, embora menos frequentes.		



18/11/2011 - Trabalho Individual 01

## Estudo de Caso

<b>Foco de Atenção</b>			Queda		
<b>Dados Relevantes para o Diagnóstico</b>			A utente sofreu uma queda enquanto deambulava pelo serviço.		
<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>			Início: 24-10-2011	Queda	
			Termo: 28-10-2011		
<b>Objetivo</b>			Desenvolver estratégias para prevenção de quedas		
<b>Início</b>	<b>Timing</b>	<b>Término</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
24-10-2011	M/T/N M M/T/N SOS M/T/N	28-11-2011	Gerir ambiente físico; Monitorizar risco de queda através da Escala de fragilidade de Edmonton; Proteger a integridade da pessoa; Restringir a atividade motora; Vigiar queda.		
<b>Resultados obtidos</b>			A doente apresenta uma fragilidade de 13/17 segundo a Escala de Fragilidade de Edmonton.		



18/11/2011 - Trabalho Individual 01

## Estudo de Caso

<b>Foco de Atenção</b>			Agitação		
<b>Dados Relevantes para o Diagnóstico</b>			A utente apresenta períodos de excitação psicomotora sem objetivo por inquietação		
<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>			Início: 24-10-2011	Agitação em grau moderado	
			Termo: 18/11/2011		
<b>Objetivo</b>			Reduzir a agitação e a inquietação		
<b>Início</b>	<b>Timing</b>	<b>Término</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
24-10-2011	M/T/N M/T/N M/T/N M/T/N M/T/N M/T/N	18-11-2011	Observar fatores que precipitem a agitação; Gerir a comunicação; Gerir ambiente físico ambiente (calmo, sossegado, sem ruídos); Manter presença; Proteger a integridade da pessoa; Gerir medicação em SOS; Requerer serviço médico.		
<b>Resultados obtidos</b>			Doente reverte estado com administração de terapêutica SOS e com a sua instalação no seu quarto.		



18/11/2011 - Trabalho Individual 01

## Estudo de Caso

<b>Foco de Atenção</b>			Comunicação expressiva		
<b>Dados Relevantes para o Diagnóstico</b>			A utente apresenta afasia, voz trémula e dificuldade de expressão.		
<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>			Início: 14-10-2011	Comunicação Expressiva não demonstrada	
			Termo: 18-11-2011		
<b>Objetivo</b>			Desenvolver a capacidade de exprimir e interpretar mensagens.		
<b>Início</b>	<b>Timing</b>	<b>Término</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>		
14-10-2011	M/T/N M/T/N M/T/N	18-11-2011	Gerir a comunicação; Optimizar a comunicação (usar discurso simples, com frases curtas e de forma pausada); Promover uma comunicação expressiva (dar lugar a momentos de silêncio para assimilação de informação)		
<b>Resultados obtidos</b>			Doente apresenta alguma melhoria na comunicação expressiva, contudo esta ainda é bastante prejudicada pelos episódios de ansiedade.		



18/11/2011 - Trabalho Individual 01

## Estudo de Caso

### Conclusão:

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, no que concerne à sua participação no tratamento de pessoas com doença mental “visa contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e a qualidade de vida”, deste modo a realização deste estudo de caso permitiu realizar um plano de cuidados individualizado utilizando a linguagem CIPE.

## Estudo de Caso

Foco de Atenção			Memória			
Dados Relevantes para o Diagnóstico			A utente apresenta défice cognitivo, a nível da memória a curto prazo e no cálculo			
Diagnósticos de Enfermagem			<table border="1"> <tr> <td>Início: 24-10-2011</td> <td rowspan="2">Memória Alterada</td> </tr> <tr> <td>Térmo: 18/11/2011</td> </tr> </table>	Início: 24-10-2011	Memória Alterada	Térmo: 18/11/2011
Início: 24-10-2011	Memória Alterada					
Térmo: 18/11/2011						
Objetivo			Estimular as funções cognitivas e potenciar capacidades ainda preservadas			
Início	Timing	Término	Intervenções de Enfermagem			
24-10-2011	M M/T/N M/T/N M T T	18-11-2011	Aplicação de MMS; Orientar a doente; Vigiar alterações da orientação; Realizar sessões de estimulação cognitiva; Participar em sessão de psicomotricidade; Participar em sessão de terapia de Reminiscência.			
Resultados obtidos			A doente mantém-se pouco colaborante nas sessões de estimulação cognitiva. Recusou participar na sessão de psicomotricidade e na terapia de Reminiscência. Mantém valor inicial de (18) no MMS			

## Estudo de Caso

### Bibliografia:

- CAMPOS, L. P.C.V.: Doença Mental e prestação de cuidados; Universidade Católica Editora, Lisboa, 2009;
- CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID 10 – Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE) Versão 1.
- PHANEUF, M. (2001) Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto Editora, ISBN 972-8535-78-3;
- PONTE, J. P.(1994). *O estudo de caso na investigação em educação matemática*. Disponível em [http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/94-Ponte\[Quadrante: Estudo%20caso\].pdf](http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/94-Ponte[Quadrante: Estudo%20caso].pdf), acedido a 31 de Dezembro de 2007
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2006) – Prontuário Terapêutico. Lisboa: INFARMED, ISBN 972-8425-72-4

## Estudo de Caso

Foco de Atenção			Humor			
Dados Relevantes para o Diagnóstico			A utente apresenta alterações emocionais, com comportamento desadequado.			
Diagnósticos de Enfermagem			<table border="1"> <tr> <td>Início: 24-10-2011</td> <td rowspan="2">Humor Alterado</td> </tr> <tr> <td>Térmo: 18/11/2011</td> </tr> </table>	Início: 24-10-2011	Humor Alterado	Térmo: 18/11/2011
Início: 24-10-2011	Humor Alterado					
Térmo: 18/11/2011						
Objetivo			Promover um Humor adequado			
Início	Timing	Término	Intervenções de Enfermagem			
24-10-2011	M M/T/N M/T/N M/T M/T/N M/T M/T	18-11-2011	Aplicar indicador NOC Equilíbrio de humor; Disponibilizar presença; Gerir ambiente físico; Gerir a comunicação; Planejar/Promover Escuta ativa; Promover humor adequado; Promover relações interpessoais; Promover suporte emocional.			
Resultados obtidos			De acordo com indicador NOC, a utente apresenta humor depressivo.			

## Estudo de Caso

### Bibliografia:

- RIBEIRO, O.; PAÚL, C.: Manual de Envelhecimento Activo; Lidel – edições técnicas, Lda., Janeiro de 2011;
- SEQUEIRA, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. 1ª ed. Porto: Quarteto, ISBN:989-558-083-5.
- SEQUEIRA, C.: Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental; Lidel – edições técnicas, Lda., Outubro de 2010; CAMPOS, L. P.C.V.: Doença Mental e prestação de cuidados; Universidade Católica Editora, Lisboa, 2009;
- TOWNSEND, M. C. : Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica; Lusodidacta; 6ª Edição;
- Material fornecido nas Unidades Curriculares de Psiquiatria, Psicopatologia, Enfermagem de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica.

## Estudo de Caso

### Resultados:

- A doente encontra-se numa fase, pouco estabilizada em termos de estado clínico, pelo que as próprias alterações provocadas pela patologia foram sendo agravadas.
- Não foi um estudo de caso fácil, uma vez que não se obteve o resultado pretendido e desejado.

# ANEXO XVI

(Treino do Autocuidado, Banho)





## Treino do Auto-cuidado

### Banho

(Sessão de treino)

**Tema:** Banho

**Dia:** 22, 24, 25, 26, 28, 31 De Outubro de 2011;

10 De Novembro de 2011.

**Início da actividade:** 08:30 horas.

**Duração Prevista:** 60 minutos.

**Grupo a que se destina:** Doentes com diagnóstico de demência da enfermaria P04.

**Material necessário:**

- Toalha;
- Champô;
- Gel de banho;
- Esponja;
- Chinelos de banho
- Roupa interior;
- Roupa pessoal das utentes;
- Escova / pente;
- Creme hidratante;



Tomar Banho	
1. Despir	2. Abrir água
3. Enfiar no duche	4. Passar cara e rosto por água
5. Colocar shampoo na mão	6. Esfregar cabelo
7. Passar cabelo por água	8. Colocar creme na mão
9. Esfregar cabelo	10. Passar cabelo por água
11. Lavar cara	12. Passar cara por água
13. Lavar corpo	14. Passar por água
Secar corpo Secar cara Secar cabelo	16. Vestir

**Objectivos:**

- Sensibilizar para a importância do banho;
- Identificar as etapas do banho;
- Adoptar medidas adaptativas para o banho;
- Promover e estimular a autonomia da doente no banho.

**Descrição da sessão:**

As sessões de treino serão realizadas na casa-de-banho independente (utilizada pelos internamentos de utentes em regime particular) de forma a garantir a privacidade e estimular a autonomia das utentes. Será solicitado às utentes que reúnam todo o material necessário para o banho e que iniciem a actividade de forma a identificar comportamentos desadequados passíveis de correcção e estímulo.

