



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

# A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOAS COM PERTURBAÇÃO MENTAL

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

Por Daniela Filipa Costa Fernandes

Porto, julho de 2018





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA-PORTO

# A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO EM PESSOAS COM PERTURBAÇÃO MENTAL

THE IMPORTANCE OF TREATMENT ADHERENCE IN MENTAL  
DISORDERS

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

Por Daniela Filipa Costa Fernandes

Sob orientação da Doutora Aida Fernandes

Porto, abril de 2018



## Resumo

Este relatório foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica Portuguesa, e, reflecte a prática dos estágios realizados, assim como, do caminho profissional já percorrido.

Descreve a aquisição de novos saberes, e, das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, através de uma análise crítico-reflexiva das actividades desenvolvidas.

Os módulos de estágio fazem parte de um período de aprendizagem profissional, numa linha de continuidade da promoção do desenvolvimento de competências específicas, no sentido, de assistir a Pessoa com necessidades em saúde mental através de experiências significativas da realidade.

Assim, o primeiro módulo de estágio, ao qual obtive creditação de acordo com as competências anteriormente desenvolvidas em contexto profissional, incidiu na promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção na Comunidade, através da realização e desenvolvimento de programas de participação activa, centrados na População. O segundo módulo de estágio, abrangeu o desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto, e foi realizado no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. O terceiro e último módulo de estágio, foi realizado na Associação de Planeamento da Família, projecto “Espaço Pessoa” no âmbito de equipas de psiquiatria comunitária, reabilitação e reinserção (Pessoas com problemas de adição e outros).

Neste contexto, descrevo e analiso um conjunto de intervenções de enfermagem realizadas, nas quais se destaca o foco da Adesão ao Regime Terapêutico em toda a sua amplitude, como condição básica a ser trabalhada, visando a protecção, promoção prevenção e tratamento da doença/perturbação mental da Pessoa, Família e Comunidade, ao longo de todo o ciclo vital.

**Palavras chave:** Enfermagem, Saúde Mental, Psiquiatria, Adesão ao regime Terapêutico, Terapia Cognitivo Comportamental.



## **Abstract**

This report was carried out as part of the Master's in Mental Health and Psychiatric Nursing, at Universidade Católica Portuguesa. It reflects on the clinical teachings and practices that were carried out, as well as the already covered professional course.

It describes the acquisition of new knowledge, plus the common and specific competences of the Nursing Specialist in Mental Health Nursing, through a critical-reflexive analysis of the developed activities.

These internship modules are part of a period of professional learning, in a continuity line of promotion for the development of specific competences, aiming to assist the Person with Mental Health needs through significant experiences of reality.

Thus, the first internship module, which was accredited according to competences previously developed in a professional context, focused on the promotion of healthy lifestyles, diagnosis and prevention in the Community, through the execution and development of active participation programs centered in the Population. The second stage module covered the development of competencies in intervention units in the adult crisis, and was carried out at the Psychiatry Service of the Hospital Center of Vila Nova de Gaia / Espinho. The third and last internship module was carried out in the Family Planning Association, "Espaço Pessoa" project in the framework of teams of community psychiatry, rehabilitation and reintegration (People with problems of addiction and others).

In this context I describe and analyze a set of nursing interventions carried out, with a focus on the Adhesion to the Therapeutic Regimen in all its scope. Highlighting the basic conditions to be worked upon with an aim of: protection, promotion, prevention and treatment of the mental health disease/disorder of the Person, Family and Community throughout their life cycle.

**Keywords:** Nursing, Mental Health, Psychiatry, Therapeutic Adherence, Cognitive Behavioral Therapy.



“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar numa alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Gustav Jung



## **Lista de siglas**

MEESMP - Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica

ICS - Instituto de Ciências da Saúde

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

CHVNG/E - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica

APF – Associação para o Planeamento da Família

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

OE - Ordem dos Enfermeiros

WHO – World Health Organization

ICN - International Council of Nurses

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USP - Unidade de Saúde Pública

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

RSI - Rendimento Social de Inserção

ONGD – Organização não Governamental para o Desenvolvimento

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

DGERT - Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho

CCPFP - Conselho Científico-Pedagógico da Formação Contínua

VIH/SIDA - Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem



# Índice

	Pág.
1- Introdução_____	17
2- Enquadramento Conceptual_____	21
2.1- A Importância da Adesão ao Regime Terapêutico_____	21
2.2- Intervenções promotoras da Adesão ao Regime Terapêutico_____	23
3- Caracterização dos contextos da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica_____	25
3.1- Unidade de Cuidados na Comunidade da Baixa do Porto_____	25
3.2- Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho_____	26
3.3- Associação de Planeamento da Família “Espaço Pessoa”_____	27
4 - Análise crítica da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica_____	33
4.1- Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica_____	34
4.1.1- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal_____	35
4.1.2- Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade_____	40
4.1.3- Domínio da Gestão dos Cuidados_____	45
4.1.4- Domínio do Desenvolvimento da Aprendizagem Profissional_____	47
4.2- Desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica_____	50
4.2.1- Domínio das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica_____	50
4- Conclusão_____	63
5- Bibliografia_____	67
6- Apêndices_____	71

<b>Apêndice I</b> - Guia de sugestões: Psicomotricidade e Reabilitação Cognitiva integradas em Dinâmicas de “Expressão Corporal”, realizado no âmbito do Módulo II - desenvolvimento de competências em Unidades de Intervenção em Crise no Adulto	73
<b>Apêndice II</b> – Instrumento de Avaliação Inicial ao Utente com doença mental, elaborado no âmbito do Módulo III - desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiátrica	93
<b>Apêndice III</b> – “Projecto de Adesão ao Regime Terapêutico, promotor do Autocuidado á Pessoa, Família e/ou Cuidador Informal em contexto Individual e/ou de Grupo”, elaborado no âmbito do Módulo III - desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiátrica	101
<b>Apêndice IV</b> – Imagens de actividades lúdico terapêuticas realizadas no âmbito do Módulo II - desenvolvimento de competências em Unidades de Intervenção em Crise no Adulto	139
<b>Apêndice V</b> – Imagens de actividades lúdico terapêuticas realizadas no âmbito do Módulo III - desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiátrica	147
<b>Apêndice VI</b> – Dinâmica de Grupo programada e realizada no âmbito do Módulo II - desenvolvimento de competências em Unidades de Intervenção em Crise no Adulto	151
<b>Apêndice VII</b> – Entrevistas de Enfermagem realizadas no âmbito do Módulo II - desenvolvimento de competências em Unidades de Intervenção em Crise no Adulto	157

**Apêndice VIII** - Entrevistas de Enfermagem realizadas no âmbito do  
Módulo III - desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental  
e Psiquiátrica \_\_\_\_\_ 171

**Apêndice IX** - Estudo de caso, elaborado no âmbito do Módulo II -  
desenvolvimento de Competências em Unidades de Intervenção em Crise  
no Adulto \_\_\_\_\_ 193

**Apêndice X** - Estudo de Caso, Módulo III - desenvolvimento de competências  
em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiátrica \_\_\_\_\_ 325



## Índice de Gráficos

Pág.

**Gráfico 1** - Caracterização dos Utentes internadas no Serviço de Internamento em Psiquiatria e Saúde Mental do CHVNG/E, durante um período de 10 dias entre os meses de maio e junho de 2017 \_\_\_\_\_ 49



# 1- Introdução

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica (MEESMP), da Universidade Católica Portuguesa (UCP), Instituto de Ciências da Saúde (ICS) e reporta-se á experiência profissional já adquirida e ao período de estágio compreendido entre 2 de maio e 4 de novembro de 2017.

O estágio compreende três módulos:

- Módulo I, referente á promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção na comunidade e centros de saúde, ao qual obtive creditação como resultado da apresentação de um relatório de experiência profissional e análise de competências adquiridas enquanto enfermeira a realizar actividades no Projecto de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica implementado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Baixa do Porto com supervisão da Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), no âmbito da promoção e protecção da saúde, assim como, na prevenção de comportamentos de risco através da realização e desenvolvimento de programas de participação activa centrados na população, de forma a promover o empoderamento, a saúde mental e a prevenção e/ou redução do risco de perturbação mental;

- Módulo II, que abrange o desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto, realizado no período de 2 de maio a 23 de junho de 2017 no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E). A escolha deste campo de estágio surge de uma necessidade de contacto com o serviço de internamento hospitalar, dado que a minha experiência profissional se remete em grande escala ao contexto da comunidade. Considero que as especificidades dos vários contextos da prática devem ser experienciadas e integradas numa linha contínua de prestação de cuidados, de forma a gerar um maior entendimento através de uma visão global do caminho percorrido pela pessoa com perturbação mental e sua família.

- Modulo III, que se refere ao desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiátrica (SMP), que foi realizado no período de 11 de setembro a 4 de novembro de 2017 na Associação de Planeamento da Família (APF), Projecto “Espaço Pessoa” no âmbito de equipas de psiquiatria comunitária, reabilitação e reinserção (pessoas com problemas de adição e outros). A preferência por este campo de estágio surge numa linha de continuidade da minha prática profissional, no sentido de

aprofundar conhecimentos acerca do funcionamento das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's) que prestam cuidados de saúde mental e psiquiátrica na comunidade, de forma a adquirir habilidades e conhecimentos que permitam melhorar a comunicação e a articulação destas unidades com os cuidados de saúde primários e até com as unidades hospitalares num contexto de apoio, formação, intervenção, avaliação e investigação no domínio da reabilitação psicossocial de pessoas com perturbação mental.

Assim, a selecção dos locais de realização dos módulos de estágio reflecte uma linha de continuidade de cuidados desde o internamento e posterior readaptação/reinserção da pessoa na família, grupo ou comunidade.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o título de Enfermeiro Especialista preconiza competências científicas, técnicas, humanas e culturais, no sentido de prestar cuidados de enfermagem especializados nos vários contextos da prática. Neste sentido, a Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica acrescenta e alarga o foco de intervenção no que diz respeito á "...promoção de saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental", no sentido de "... 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).

Este relatório tem como principais objectivos, descrever o percurso realizado desde a fase de projecto à sua implementação através da análise dos objectivos delineados durante os módulos de estágio, assim como, a pertinência e interligação das actividades desenvolvidas para os atingir. Neste sentido, permite uma abordagem clara e concisa sobre o percurso de aprendizagem efectuado através de uma análise crítica e reflexiva das competências adquiridas/desenvolvidas e do aperfeiçoamento de aptidões e conhecimentos já adquiridos. Assim, visa enfatizar e demonstrar a importância da adesão ao regime terapêutico da pessoa com perturbação mental e do papel do EESMP nos diferentes contextos da prática, nomeadamente na prevenção da perturbação mental, promoção e protecção da saúde mental, na recuperação, manutenção e reabilitação psicossocial, enquadrando a prática clínica baseada na evidência com recurso a metodologia científica.

A metodologia adoptada para a execução deste relatório foi do tipo descritiva e crítico-reflexiva analítica, pretendendo plasmar o saber adquirido.

Do ponto de vista estrutural e de forma a facilitar a sua compreensão, este relatório é composto por três capítulos fundamentais, sendo que o primeiro capítulo engloba um

enquadramento conceptual da prática clínica de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, assim como, do principal foco de atenção que representa a base deste relatório; no segundo capítulo insere-se uma breve caracterização dos contextos da prática clínica e, o terceiro capítulo que descreve as principais actividades desenvolvidas ao longo dos estágios inseridas nos vários domínios das competências adquiridas, seguido de uma conclusão, bibliografia e os respectivos apêndices.



## **2- Enquadramento Conceptual**

A não adesão ao regime terapêutico provoca um grande impacto na vida da pessoa com perturbação mental, particularmente na pessoa com doença mental grave.

A World Health Organization (WHO, 2003) refere que as razões para os utentes desistirem do tratamento são complexas.

Assim, neste capítulo pretendo explorar a importância da adesão ao regime terapêutico, bem como as intervenções promotoras do mesmo.

### **2.1- A Importância da Adesão ao Regime Terapêutico**

O desenvolvimento técnico-científico no âmbito da prestação de cuidados de saúde é uma realidade com a qual todos os enfermeiros se deparam ao longo do seu exercício profissional.

Este relatório resulta da reflexão crítica decorrente da minha prática profissional e das actividades desenvolvidas ao longo dos estágios, acerca dos vários factores que levam ao internamento e/ou reinternamento de pessoas com perturbação mental, assim, surgem factores como o cumprimento inadequado da prescrição medicamentosa, não raras vezes acompanhada da adopção de hábitos/estilos de vida prejudiciais à saúde física e mental.

A World Health Organization (WHO, 2003) reconheceu cinco grupos de factores relacionados com a adesão terapêutica, que englobam os factores sociais, económicos e culturais; os factores relacionados com os profissionais e serviços de saúde; os factores relacionados com a doença de base e co-morbilidades; os factores relacionados com a terapêutica prescrita e os factores individuais relativos à pessoa.

De acordo com esta linha de pensamento e considerando que a adesão ao regime terapêutico não é um fim em si mesmo, mas uma condição para a eficácia da gestão do regime terapêutico, destaca-se a importância de intervenções de enfermagem direccionadas para a adesão ao regime terapêutico promotor do autocuidado.

O International Council of Nurses (ICN) citado pela OE (2011) associa a adesão a aspectos volitivos e refere-se à adesão como: “Acção auto iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e introdução da reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura,

procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)”.

Por seu lado a WHO (2003) refere que a adesão terapêutica se apresenta como um grau de extensão do comportamento, não só em relação á toma da medicação, mas também ao cumprimento da dieta e a alterações de hábitos ou estilos de vida. Assim, Hertinen (1987) citado pela mesma fonte, refere que a adesão terapêutica se relaciona com a adesão ao autocuidado, representando um processo activo no qual a pessoa assume um papel responsável e flexível na colaboração com o profissional.

Assim, considerando a ideia de que a adesão implica um papel dinâmico e colaborativo da pessoa no planeamento e implementação do seu regime de tratamento, o plano terapêutico que é traçado pelo/com a pessoa atendendo às suas necessidades e objetivos, tem mais probabilidade de manter níveis motivacionais geradores de comportamentos adequados com o previamente estabelecido com o enfermeiro.

Neste contexto, a WHO (2003) assume a adesão terapêutica como um indicador base da eficiência dos serviços de saúde.

Nos últimos anos o modelo de atenção em saúde mental modificou-se dando lugar á emergência de um novo paradigma de abordagem.

Com base na avaliação de saúde mental em vários países, a WHO defende que os serviços de saúde mental devem organizar-se de acordo com determinados princípios (WHO, citada pelo Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008). Nesta perspectiva, o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 apresenta vários objectivos, sendo de realçar a necessidade de assegurar o acesso equitativo de cuidados a todas as pessoas com necessidades em saúde mental, em especial as que pertencem a grupos vulneráveis; de promover e proteger os direitos humanos e promover a integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde primários. Ainda de acordo com o mesmo plano “a abordagem da saúde mental comunitária dá cada vez maior ênfase á manutenção dos doentes na respectiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confiar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas” (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

Neste contexto e de acordo com o Decreto-Lei n 8/2010 de 28 de janeiro, a reabilitação psicossocial é o processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e

de aquisição de novas competências para o autocuidado, actividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade. Neste sentido, a estrutura orientadora deste relatório reflecte-se na análise crítico-reflexiva das estratégias/intervenções desenvolvidas facilitadoras da adesão e gestão do regime terapêutico à pessoa e família/cuidador informal promotoras do autocuidado, no sentido em que a promoção de comportamentos de adesão promove a diminuição do impacto negativo da doença na qualidade de vida, potenciando numa perspectiva de continuidade de cuidados a readaptação, a reabilitação psicossocial e conseqüentemente o bem-estar.

## **2.2- Intervenções promotoras da Adesão ao Regime Terapêutico**

A enfermeira deve utilizar a relação terapêutica para numa fase inicial promover o conhecimento acerca da doença e respectivo tratamento, assim como, identificar as causas que levaram o tratamento a ser interrompido, no sentido de planear, implementar e realizar um plano terapêutico adequado potenciador do empowerment da pessoa a ser cuidada.

As intervenções de enfermagem a implementar no sentido de minimizar esta problemática são complexas e multifacetadas englobando vários tipos de modalidades terapêuticas, nomeadamente psicoeducativas, cognitivo-comportamentais, motivacionais, e/ou a sua combinação contribuindo assim para a redução das recaídas, dos internamentos/reinternamentos, um maior conhecimento da terapêutica e um aumento do insight relacionado com a necessidade de tratamento.

Neste contexto, torna-se de extrema importância o desenvolvimento de intervenções cognitivo-comportamentais e/ou motivacionais como aliadas das intervenções psicoeducativas na adesão à medicação na pessoa com doença mental grave, de modo a potenciar a neuroplasticidade e tornar a pessoa activa no seu processo de tratamento, obtendo a sua colaboração e motivação para a alteração de comportamentos e atitudes (WHO, 2001).

Assim, podemos dizer que a adesão ao tratamento é promovida e desenvolvida através da repetição e modificação do comportamento. O objectivo fundamental é que a pessoa aprenda com a sua experiência, na medida em que possa considerar os seus objetivos de vida, avaliando e refletindo no papel que a medicação desempenha para os conseguir alcançar.



### **3- Caracterização dos contextos da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Esta caracterização dos contextos da prática vem dar resposta ao primeiro objectivo dos módulos de estágio, que implica conhecer a estrutura física, a dinâmica organizacional e funcional das unidades/instituições, no sentido de identificar os recursos existentes.

#### **3.1- Unidade de Cuidados na Comunidade da Baixa do Porto**

Os cuidados de saúde primários representam o pilar central do sistema de saúde, constituindo o primeiro acesso à prestação de cuidados.

Aquando da reestruturação dos cuidados de saúde primários foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais que agrupam um ou mais centros de saúde e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, reavivando um processo interrompido para a melhoria da qualidade e da efetividade da primeira linha de resposta do sistema nacional de saúde.

Estas unidades funcionais englobam as Unidades de Saúde Familiar (USF's), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP's), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC's), as Unidades de Saúde Pública (USP's) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP's). Cada unidade funcional é constituída por uma equipa profissional e/ou multiprofissional com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES.

As UCC's prestam cuidados de saúde com especial atenção às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. São compostas preferencialmente por enfermeiros especialistas, tendo apoio de outros profissionais nomeadamente assistentes

sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala entre outros, de acordo com as necessidades e a disponibilidade de recursos.

A UCC Baixa do Porto integra o ACES Porto Ocidental e apresenta uma carteira de serviços que abrange várias áreas específicas da prestação de cuidados, sendo uma delas a saúde mental e psiquiátrica.

O Projecto de Saúde Mental e Psiquiátrico da UCC Baixa do Porto tem como grandes objectivos, promover a acessibilidade aos cuidados de saúde, dar resposta às necessidades identificadas em saúde mental através da consulta de enfermagem com metodologia de gestão de caso nos diferentes contextos sociais, tornando possível ajudar a pessoa a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.

A população inserida neste projecto é referenciada pelas USF's, pelas instituições de apoio social, pelo instituto de segurança social, pelas equipas do Rendimento Social de Inserção (RSI) e instituições que apoiam jovens em situação vulnerável. Nesta população estão incluídas as pessoas em situação de sem abrigo e/ou exclusão social, pessoas prestadoras de cuidados informais, pessoas que manifestam comportamentos com doença mental, famílias inseridas no programa do RSI e jovens institucionalizados em situação vulnerável.

### **3.2 - Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho**

O CHVNG/E possui uma área de influência que abrange os concelhos de Vila Nova de Gaia e Espinho, estando aberto para todas as especialidades.

É referência para os concelhos entre o rio Douro e o Vouga no âmbito das especialidades de diferenciação intermédia. No entanto, recebe doentes referenciados de elevada diferenciação de todos os conselhos a norte do rio Vouga (cirurgia cardiotorácica, cardiologia de intervenção, medicina de reprodução, cirurgia plástica e pneumologia) sendo um dos principais complexos assistenciais do norte do país.

A constituição do serviço de psiquiatria e saúde mental abrange várias valências, nomeadamente internamento, consulta externa, hospital de dia, pedopsiquiatria, serviço social e psicologia.

O internamento em psiquiatria é um serviço misto que recebe pessoas com patologias mentais a partir dos 18 anos de idade. O objectivo primordial deste serviço é criar as condições necessárias á rápida resolução da crise, no sentido da continuidade dos cuidados no regresso a casa. Neste sentido, durante o internamento realizam-se actividades terapêuticas de grupo ou individuais, que fazem parte do programa de tratamento da pessoa (expressão corporal, relaxamento, terapia ocupacional, etc...).

A equipa é constituída por médicos, enfermeiros, EESMP, assistente social, terapeuta ocupacional, psicóloga, assistentes operacionais e assistente técnica.

O serviço é constituído por 28 camas distribuídas por 10 enfermarias, em que duas das enfermarias correspondem a dois quartos com apenas uma cama, sendo que um deles corresponde ao quarto de isolamento. Entre outras estruturas físicas o serviço possui uma sala de refeições e uma sala de convívio onde os utentes podem ver televisão, ouvir rádio, ler o jornal do dia ou realizar actividades lúdicas várias. É constituído por um espaço exterior rodeado por grades e sebes altas, englobando dois jardins onde prolifera a relva e árvores de médio e grande porte, aos quais os utentes tem acesso diário em horários determinados pelo enfermeiro responsável de turno.

### **3.3 - Associação de Planeamento da Família “Espaço Pessoa”**

O “Projecto Espaço Pessoa” - Centro de Encontro e Apoio a Prostitutas(os) da Cidade do Porto, foi criado pela Delegação Regional Norte da APF em 1997 mantendo-se activo até ao presente.

A APF é uma IPSS fundada em 1967 com finalidades de saúde, reconhecida como Organização Não-Governamental para o Desenvolvimento (ONGD) e como Associação da Família.

Tem como principais áreas de atuação, a promoção da saúde, a defesa dos direitos humanos, assim como a igualdade de direitos e oportunidades, sendo que as suas acções têm

como grande eixo orientador a saúde, destacando-se os direitos de saúde sexual e reprodutiva, o planeamento familiar, o direito à educação para a saúde sexual, a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis (IST's), do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e a advocação pela igualdade de género nomeadamente dos grupos sociais mais vulneráveis.

A APF possui um núcleo de serviços centrais e seis delegações regionais: Alentejo; Algarve; Centro; Lisboa e Vale do Tejo; Madeira e Norte. Neste contexto, ajuda as pessoas a fazerem escolhas livres, conscientes e informadas acerca da sua vida sexual e reprodutiva no âmbito do planeamento familiar. É ainda centro de formação acreditado pela Direção-Geral do Emprego e das Relações do Trabalho (DGERT) e pelo Conselho Científico-Pedagógico da Formação Contínua (CCPFP).

Neste contexto, com uma visão centrada na atenção social ao longo dos seus vários anos de existência, a APF tem procurado reconhecer vazios ao nível das respostas sociais, organizando trabalho sustentado tanto no conhecimento empírico que advém das ações que implementa e realiza no terreno, como no conhecimento científico. Assim, a APF apresenta-se como produtora de opinião em áreas sensíveis, como são as políticas no âmbito do planeamento familiar, da educação sexual e dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como, mais recentemente na área dos direitos humanos pelo trabalho meritório de ONG de referência para os problemas como a prostituição e o tráfico de seres humanos em Portugal.

Na sequência dos seus objectivos, a APF tem-se distinguido na tomada de posições públicas, na promoção do debate sobre questões de interesse público, na construção e na implementação de projectos transdisciplinares.

Tendo como preocupação central a percepção sobre a segurança urbana na cidade do Porto, foi celebrado em 1996 entre a câmara municipal e o governo de então, o Programa Contrato de Cidade.

Tratava-se de um “programa” que tinha como foco de atenção a insegurança urbana na cidade do Porto, sendo que o mesmo tinha como eixo orientador aprofundar o conhecimento sobre grupos específicos da população profundamente conotados com a insegurança urbana, dos quais sobressaiam as pessoas que se prostituíam e os consumidores problemáticos de drogas.

Num tempo em que as questões da saúde pública estavam muito centradas no aparecimento do VIH denotando-se grande variabilidade de comportamentos de risco, sublinhava-se a necessidade de trabalhar de forma sistemática os comportamentos profundamente conotados com aquela problemática numa perspetiva de redução de riscos e

minimização de danos, procurando com as pessoas, respostas consistentes e ajustadas às realidades, pelo que se impunha a intervenção investigação-ação numa perspetiva de ajustamento das respostas sociais e empoderamento dos indivíduos.

O “Projecto Espaço Pessoa” está organizado em duas valências fundamentais: Trabalho realizado em Contexto Abrigado, o que corresponde á Comunidade de Inserção e Trabalho realizado fora do Centro, correspondendo ás Equipas de Intervenção Directa.

A Comunidade de Inserção é constituída por uma equipa transdisciplinar, de forma a proporcionar respostas eficazes, eficientes e efectivas ás necessidades/questões dos utentes, nomeadamente ao nível das áreas da psicologia, serviço social e enfermagem. A Comunidade de Inserção proporciona ainda acesso a serviços básicos como, alimentos, balneário, lavandaria e sala de convívio.

As equipas de intervenção directa surgem como complemento á Comunidade de Inserção, tendo como objectivo dar uma resposta mais abrangente à população-alvo, já que grande parte do trabalho sexual se realiza á porta fechada e muitos utentes evitam recorrer ao Espaço Pessoa motivados por constrangimentos vários.

Aquando do início do “Projecto Espaço Pessoa”, a população-alvo era apenas prostitutas e prostitutos de rua inseridos na área geográfica de abrangência.

No entanto, com o decorrer do tempo foram sendo identificadas novas necessidades, pelo que surgiram vários projectos que deixaram de se encontrar em funcionamento, sendo que, numa perspectiva de continuidade de cuidados, o Espaço Pessoa mantém intervenções direccionadas para alcançar os objectivos inicialmente propostos para esses projectos. Nomeadamente:

- O Projecto EluSIDA&Cuida, desenvolve-se no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA) e direcciona-se para a prevenção de IST's no âmbito da promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Este projecto, decorreu entre 2008 e 2011 intervindo em espaços do tecido urbano da cidade do Porto mais conotados com a prática prostitutiva e com o consumo de drogas, procurando contribuir para a diminuição dos casos de infecção pelo VIH/SIDA nos seguintes grupos: mulheres estrangeiras que se prostituem na rua e em pensões, mulheres que só se prostituem durante o dia e homens jovens que se prostituem durante a noite na zona ocidental da cidade do Porto;

- O Projecto 3R's (Reduzir Riscos e Reintegrar) que veio dar resposta a uma realidade de associação entre os fenómenos prostitutivos e o abuso de substâncias, em parceria com o

IDT (Instituto de Droga e Toxicoddependência) e a ANF (Associação Nacional de Farmácias) no sentido de criar equipas de rua direccionadas para a redução de riscos e minimização de danos, nomeadamente troca de seringas, cedência de material asséptico e ensinios inerentes á prática de consumo de substâncias e diminuição dos riscos associados.

O funcionamento destes projectos juntamente com a Comunidade de Inserção, permitiram a identificação e caracterização inicial do trabalho sexual e das populações que são particularmente vulneráveis à infeção pelo VIH e, para as quais não estão previstas medidas específicas de prevenção como se constatou ser o caso dos trabalhadores sexuais masculinos.

Mais tarde surge o “Projecto ECOS - Educação, Conhecimento, Orientação e Saúde” que se encontra em funcionamento e que juntamente com o Projecto da Comunidade de Inserção integra também os objectivos dos projectos anteriormente descritos. Surgiu na sequência das necessidades identificadas pela intervenção do projeto Elusida e Cuida e pela Comunidade de Inserção do Espaço Pessoa. Trata-se de um projeto de investigação ação, que procura caracterizar os determinantes internos e externos da propagação do VIH/sida em homens que têm sexo com homens, com prática de sexo comercial e consequentemente definir estratégias adequadas de prevenção específicas. O desenvolvimento do projeto ECOS permitiu aprofundar o conhecimento das dinâmicas e conhecimentos associados aos homens que têm sexo com homens e trabalhadores do sexo masculinos da região norte.

Esta população, segundo a escassa produção científica existente sobre o tema, sofre uma ocultação reforçada dado que muitos dos homens que exercem trabalho sexual não se identificam com a atividade prostitutiva nem consideram ter orientação sexual homossexual, factores que se associam á multidimensionalidade do conceito de estigma. Neste contexto, verifica-se uma procura reduzida a áreas sensíveis a esta problemática no sentido da prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e outros comportamentos de risco associados á prática prostitutiva. Para além deste fator, o conhecimento recolhido ao longo do projeto sobre a dinâmica do trabalho sexual masculino na cidade do Porto, aponta para uma diversidade de motivos e fenómenos que se entrecruzam. O grupo de homens que exerce trabalho sexual é heterogéneo, sendo assim possível identificar dois grandes

grupos: os trabalhadores do sexo masculinos e os trabalhadores do sexo transgéneros.

Consideram-se ainda dois contextos distintos onde ocorre o fenómeno: a rua e indoor.

Este projecto tem como principais objectivos: promover a qualidade de vida das pessoas que se prostituem, contribuir para um melhor conhecimento da população que recorre ao projecto e dar contributos consolidados para o saber acerca do fenómeno prostitucional nas suas diferentes vertentes e dimensões, reformular práticas de intervenção de forma a adequar as respostas às necessidades e características da população, diminuir as problemáticas de risco associadas ao fenómeno da prostituição de acordo com uma perspectiva de redução de riscos e minimização de danos, estabelecer e aprofundar relações de ajuda nos locais da prostituição de rua através das equipas de intervenção directa, promover a redução significativa de situações de risco que podem estar associadas às práticas sexuais desprotegidas e ao consumo de drogas por via endovenosa com ênfase na VIH e outras IST's, potenciar o trabalho de articulação entre a comunidade de inserção e as equipas de rua bem como promover o acesso a outros recursos da comunidade, promover a inserção social pelo acompanhamento de utentes favorecendo gradualmente a sua autonomia e potenciando projectos de vida alternativos.

Neste contexto, no que se refere ao trabalho sexual masculino consideram-se duas fracções sociais distintas com motivações diversas, nomeadamente trabalho sexual de rua ligado ao consumo problemático de substâncias psicoativas e trabalhadores do sexo de rua sem consumos de substâncias psicoativas associados, evidenciando-se também em contexto indoor os trabalhadores sexuais transgéneros e outras dinâmicas associadas a homens que fazem sexo com homens.

De facto, os grupos populacionais a que o Espaço Pessoa dá resposta em diferentes contextos apresentam muitos aspetos idiossincráticos comuns dos quais se destacam a pobreza socioeconómica e cultural, patamares elevados de desestruturação e comportamentos de risco.

Este projecto é levado a cabo por uma equipa transdisciplinar constituída por um coordenador geral, dois EESMP's, uma psicóloga e um assistente social.

No que se refere á estrutura física, o Espaço Pessoa possui uma sala de convívio, uma sala de reuniões, uma sala polivalente, um gabinete de enfermagem, lavandaria, rouparia, balneário e WC dos utentes, copa, WC dos funcionários e uma arrecadação.



## **4- Análise crítica da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

De acordo com o disposto no REPE (1996), é reconhecido ao enfermeiro especialista “...a competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”. Assim, “...os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”.

Neste contexto, o enfermeiro especialista no decorrer do seu exercício profissional, deve distinguir-se pelas aquisição e aperfeiçoamento de novos saberes e competências no seu domínio específico de enfermagem “tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento n 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

A OE definiu um conjunto de competências comuns e específicas para cada área de especialização em enfermagem: as competências comuns são transversais a todos os enfermeiros especialistas e denotam-se “através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011). No que se refere às competências específicas, estas são definidas para cada área de especialização e “decorrem das respostas humanas aos processos de vida aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área da especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

A aquisição de competências é um processo dinâmico entre a teoria e a prática, sendo que a integração de ambos os campos de qualificação resulta no desenvolvimento de novos saberes (conhecimentos, capacidades e habilidades), necessário ao entendimento do estado de saúde das pessoas e ponderação/identificação das necessidades em saúde da pessoa, família, grupo e comunidade.

Neste sentido, pretende-se efectuar uma análise crítica e reflexiva acerca das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EESMP, através da análise da prática profissional e das actividades desenvolvidas durante os módulos de estágio, integrando o seu contributo no processo da prática especializada.

#### **4.1- Desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica**

Todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios comuns aplicáveis á prática de cuidados primários, secundários e terciários, actuando ao nível da educação, orientação, aconselhamento e liderança, nos vários contextos da prestação de cuidados de saúde. A sua responsabilidade torna-se acrescida, na tentativa de tentar descodificar, disseminar e levar a cabo uma investigação pertinente e relevante, no sentido da melhoria da prática de enfermagem. (Regulamento n 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

Neste contexto, torna-se possível promover e defender a qualidade dos cuidados de enfermagem diferenciados prestados à população, com foco nas necessidades da pessoa, família, grupo e comunidade.

As competências comuns partilhadas pelos enfermeiros especialistas, também designadas por domínio das competências comuns são quatro: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2009).

De acordo com esta perspectiva, serão analisadas e exploradas as actividades desenvolvidas, no sentido de uma análise crítica e reflexiva por domínio de competência.

#### **4.1.1- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Considero que, a primeira responsabilidade do EESMP, é respeitar a dignidade da pessoa e proteger os seus direitos, centrando a sua atenção na qualidade e segurança dos cuidados.

Este domínio de competências, preconiza a demonstração de “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica ... na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011), através de uma liderança efectiva dos processos de tomada de decisão ética de maior complexidade e avaliação de processos e/ou resultados, nas várias situações e contextos da prática especializada, levada a cabo com suporte em princípios, valores e normas deontológicas necessárias á promoção e protecção dos direitos humanos.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem apresenta-se como alicerce axiológico fundamental para a elaboração do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), ao gerar diretrizes que impulsionam os enfermeiros a agir de acordo com um conjunto de normas e regras, os chamados deveres e responsabilidades profissionais, baseando a sua prática numa reflexão constante nas questões éticas, legais e deontológicas que representam a base do agir.

Os valores universais que devem estar sempre presentes na relação profissional são a igualdade; a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade, bem como a competência e o aperfeiçoamento profissional (REPE, 1996).

Ao longo da minha prática profissional e dos estágios realizados nos diferentes contextos de prática, o valor da dignidade humana assumiu uma relação directa com o respeito pela pessoa cuidada, família, grupo e comunidade, sendo este aspecto juntamente com o combate ao estigma, fundamental para o desenvolvimento de uma relação terapêutica significativa, eficiente e eficaz, alicerçada em valores como a privacidade e a confidencialidade. Assim, pude desenvolver competências no que se refere à adopção de estratégias de resolução de problemas em conjunto com a pessoa cuidada, participação na tomada de decisão referente á prática clínica tanto a nível individual como em contexto de equipa, numa perspectiva de partilha e de continuidade de cuidados guiadas pelo CDE.

Importa ainda referir, que o respeito pelo ser humano surge quando se acredita

profundamente na sua unicidade, sendo este possuidor de um leque variado de recursos internos para fazer face às situações de vida que se lhe apresentam e neste caso, para tomar decisões acerca da sua saúde ou recuperação da mesma. Neste sentido, o papel do enfermeiro passa em grande parte por disponibilizar estratégias que permitam à pessoa cuidada o acesso às suas potencialidades, através de uma tomada de consciência de si próprio.

Neste contexto, ao longo dos estágios, principalmente no que respeita ao estágio realizado em contexto de internamento hospitalar, surgiram algumas questões éticas relevantes. Assim, importa referir que a complexidade das situações vividas pelos enfermeiros na sua prática diária, exigem tomadas de decisão ponderadas, através de uma reflexão profunda, podendo as mesmas serem influenciadas pelas experiências de vida, valores e crenças entre outros factores inerentes ao ser humano.

Neste sentido, a aquisição de competências neste domínio, deve ser descentralizada da transmissão de conhecimentos, pois o enfermeiro deve entrar no campo da reflexão interna, no sentido de participar activamente na sua construção pessoal e profissional, experienciando e indagando acerca de situações concretas, reais ou fictícias, mobilizando os seus recursos internos e externos no caminho da excelência da sua prática profissional.

Assim, o comportamento moral do enfermeiro, como refere Pappas (2006) citado por Townsend (2011), é uma conduta que resulta de um pensamento crítico sério sobre como as pessoas se devem tratar umas às outras reflectindo o modo como uma pessoa interpreta o respeito básico por outras, no respeito pela autonomia, liberdade, justiça, honestidade e confidencialidade pela pessoa cuidada. Assim, e de acordo com o mesmo autor, os princípios éticos fundamentais que regem a conduta do enfermeiro são a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a verdade e a justiça.

Nesta sequência, o enfermeiro no respeito pelo princípio ético da autonomia deve orientar a pessoa sem a substituir na sua acção, incentivando assim a responsabilidade e participação activa da pessoa no seu processo terapêutico.

De acordo com esta perspectiva e após a observação e contextualização realizada em ambos os contextos de estágio, efectuei várias entrevistas informais e intervenções não programadas em contexto individual, no sentido de dar resposta às questões apresentadas pelos utentes e necessidades em saúde identificadas por mim e/ou pela equipa multidisciplinar, facilitando a adopção de estratégias eficazes para a resolução de problemas.

No estágio realizado no “Projecto Espaço Pessoa” tive a oportunidade de participar de forma activa na elaboração de planos de reinserção social e conseqüente reformulação de projectos de vida em parceria com a equipa multidisciplinar, atribuindo ao utente o

maior grau de autonomia possível em cada situação e/ou circunstância.

A honestidade, a integridade e a transparência na tomada de decisões, foram aspetos que estiveram sempre presentes. Neste sentido, a abordagem inicial ao utente consistia numa apresentação pessoal enquanto enfermeiro, ao que se seguia um pedido de consentimento e posterior autorização para desenvolvimento das intervenções realizadas.

Ainda relacionado com a autonomia da pessoa, sua autodeterminação e liberdade individual na tomada de decisão, torna-se pertinente abordar o consentimento informado, que segundo a OE (2007) representa a autorização que a pessoa dá para que após de lhe ter sido explicado e a informação devidamente integrada e percebida pelo utente através da compreensão e aceitação do que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem, lhe sejam prestados os cuidados propostos. Neste contexto, todas as atividades desenvolvidas com os utentes tiveram como base a informação transparente e o consentimento informado por parte dos mesmos.

No estágio realizado em contexto de internamento hospitalar, fui deparada com uma questão relacionada com a existência de um procedimento/norma no serviço referente à gestão do tabaco, em que alguns utentes fumadores recebem tabaco fornecido pela instituição hospitalar por motivos de insuficiência económica e/ou inexistência ou ausência de suporte familiar/social. Noutros casos a gestão de tabaco, ou seja, o doseamento do número de cigarros que o utente fuma por dia vem descrito no plano terapêutico do utente realizado e preconizado pela equipa transdisciplinar, outras vezes o próprio utente percebe e toma consciência de que se encontra numa fase em que se torna difícil para ele gerir os impulsos, neste caso os de fumar e pede para que lhe seja efectuada a gestão do tabaco.

De acordo com o parecer n 6/2013 emitido pela OE “a gestão do património dos utentes é um tema que não se encontra ainda bem definido no Conselho Nacional de Saúde Mental, não havendo até ao momento qualquer articulado legislativo específico aprovado”, no entanto considera-se que tanto o tabaco como o dinheiro são bens dos utentes e a supressão de tabaco por parte do enfermeiro não se enquadra no quadro das intervenções cognitivas comportamentais, assim, a gestão “de tabaco poderá ser integrada no plano de cuidados do utente, o qual segundo as boas práticas é definido em negociação com o mesmo. Importa ainda referir que como a qualquer cidadão em situação de internamento numa outra unidade/ serviço que não o de psiquiatria denota-se o dever do cumprimento das regras da unidade, o que inclui as regras de segurança sobre espaços/ locais destinados a fumar”.

Tendo em conta este quadro de referências, efectuei a gestão de tabaco a vários utentes ao longo dos turnos, tendo por vezes que negociar horários para o "fumar", trabalhando a esfera cognitivo comportamental e facilitando os comportamentos de adesão sem prejuízo à dignidade, respeito, autonomia e autodeterminação da pessoa cuidada, no entanto, ainda no decorrer deste estágio nem sempre foi fácil garantir a aplicação do princípio da autonomia, dignidade e liberdade e o dever de actuar na doença, nomeadamente no que diz respeito a situações de internamentos compulsivos com as quais me deparei com alguma regularidade.

O internamento compulsivo encontra-se contemplado na Lei de Saúde Mental que refere que o mesmo só pode ser determinado quando "O portador de anomalia psíquica grave que crie por força dela uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado" e ainda "pode ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado" (Lei nº 36/98 de 24 de Julho). Os casos com os quais me deparei encontravam-se enquadrados nos parâmetros regulados pela referida lei, denotando-se uma prevalência do princípio da beneficência em detrimento do princípio da autonomia.

Também a necessidade que existe em recorrer à contenção física e mecânica de alguns utentes levantou algumas questões no que se refere ao dever profissional de actuar na doença, no entanto estas medidas vão de encontro a objectivos terapêuticos de protecção da vida, integridade física dos utentes e seu meio envolvente. Torna-se assim fundamental que as instituições integrem um corpo técnico com competências técnicas específicas e que este esteja preparado para ajudar a prevenir episódios de agressividade, através de actividades ocupacionais e de medidas de reabilitação psicossocial quando aplicável, com a participação e envolvimento do utente de forma a garantir a qualidade dos cuidados. O direito do utente à informação deve ser salvaguardado sempre que possível, assim, o Utente deve ser informado e tranquilizado quanto à necessidade das medidas de contenção bem como dos procedimentos que vão ser adoptados (DGS, 2007, 2011). De acordo com a minha observação estas situações podem surgir em consequência de várias situações, nomeadamente após um internamento compulsivo, quando se determina falta de insight para a doença, não aceitação do estado de saúde, adesão comprometida ao regime terapêutico, coping ineficaz, conhecimento sobre saúde/doença diminuído, agressividade verbal e/ou física demonstrada pelo utente.

Considero importante para a salvaguarda do utente e do enfermeiro e do processo terapêutico implementado, a possibilidade de existir outro enfermeiro que possa dar continuidade à prestação de cuidados em determinadas situações, representando uma estratégia alternativa para que a relação terapêutica não seja posta em causa e de forma a evitar factores stressores geradores de ansiedade tanto para o utente como para o enfermeiro.

Outro aspecto que foi alvo de reflexão no decorrer da prática clínica no serviço de internamento hospitalar relaciona-se com o fornecimento de informações acerca do estado de saúde dos utentes pelo telefone a familiares e conhecidos. Aquando de uma consulta de enfermagem por telefone existe uma separação física entre o receptor e o emissor que não permite confirmar quem está do outro lado da linha, evidencia-se assim uma certa dificuldade na validação da compreensão e interpretação do que é dito, sendo que a validação da informação percebida é uma das estratégias recomendadas (Parecer CJ-102, Consulta de Enfermagem por via telefónica, 2009). Assim, o fornecimento de informações acerca do estado de saúde dos utentes internados levanta questões éticas e deontológicas no que concerne ao dever de sigilo, do segredo profissional, da confidencialidade e da partilha de informação pertinente apenas com aqueles que exercem participação no processo terapêutico, pelo que sempre que me deparei com estas situações disponibilizei-me para o fazer presencialmente, educando o familiar/conhecido neste sentido.

Ainda inserido neste domínio e não menos importante, enquadra-se a questão do estigma em que o enfermeiro tem a oportunidade de desempenhar um papel fundamental no que diz respeito à desmistificação da doença mental, utilizando a psicoeducação de forma a promover a literacia em saúde mental e conseqüentemente promover a aceitação e inclusão da pessoa com doença mental. Este aspecto tornou-se bastante relevante aquando do meu exercício profissional prévio e na prática clínica realizada no “Projecto Espaço Pessoa” contextos de prática nos quais procurei sempre trabalhar a igualdade no sentido de desmistificar ideias relativas à saúde mental, promovendo a aceitação das diferenças e evitando a exclusão e discriminação através de intervenções socio terapêuticas entre os enfermeiros e entre os utentes que muitas vezes se estigmatizam uns aos outros.

Assim, foi-me possível desenvolver diversas unidades de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, através do desempenho do papel de consultor nos cuidados da área de competência, da avaliação dos resultados do processo de tomada de decisão incorporando elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem e adoptando uma conduta preventiva e antecipatória ao promover medidas adequadas.

#### **4.1.2- Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

O domínio da melhoria contínua preconiza a colaboração “... na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua aproximação até ao nível operacional” (Regulamento n 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011), através da iniciação e participação em projectos na área da qualidade e da incorporação das directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade da prática. Refere-se “... que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade e partindo dos resultados implementa programas de melhoria continua” (Regulamento n 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011) através do planeamento e liderança de programas de melhoria continua e de uma avaliação da qualidade dos cuidados prestados passíveis de serem traduzidos em indicadores de estrutura, processo e resultado. Preconiza ainda “... a gestão do ambiente centrada na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (Regulamento n 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011) através da promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança na protecção dos indivíduos/grupo e da gestão do risco a nível institucional.

De acordo com o Decreto-Lei n 140/2004 de 8 de junho, podemos definir qualidade como “o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer as necessidades e expectativas da sociedade”.

Actualmente a necessidade de implementar sistemas de qualidade na prestação de cuidados de saúde torna-se de extrema importância, sendo assumida por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) ou o ICN como uma ação prioritária em saúde (OE, 2001). Também em Portugal se vê assumida a necessidade da criação de sistemas de qualidade através da criação de instâncias organizacionais como o Conselho Nacional da Qualidade ou o Instituto da Qualidade em Saúde, de forma a que os padrões de qualidade se tornem um instrumento na busca das melhores respostas em cuidados de enfermagem, no sentido de atingir o objetivo de excelência do serviço que as instituições de cuidados de saúde prestam aos cidadãos (OE, 2001).

Após a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, torna-se necessário garantir que os mesmos sejam assumidos e adotados pelos enfermeiros no decorrer da sua prática profissional e que de igual forma sejam uteis às instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Neste contexto, os enfermeiros especialistas, pelos conhecimentos e competências acrescidas que possuem, assumem um papel de extrema importância na dinamização de projetos que visam a qualidade da saúde em geral e dos cuidados de enfermagem em particular.

No decorrer da minha prática profissional na UCC Baixa do Porto tive a oportunidade de participar activamente na promoção da saúde mental através do desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção precoce, contribuindo para a integração da saúde mental em várias políticas de cooperação entre diferentes sectores e assim participar em vários projectos da comunidade.

Neste sentido, e de acordo com a metodologia do Projecto de Saúde Mental e Psiquiátrica implementado na UCC, realizei diferentes tipos de avaliações no sentido de identificar as necessidades em saúde, necessárias à compreensão do estado de saúde mental dos utentes. Desta forma, foi possível realizar várias actividades no âmbito da promoção da saúde, protecção da saúde e prevenção da perturbação mental. Estas actividades permitiram uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental da pessoa, das suas capacidades internas e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental, de forma a promover a funcionalidade e autonomia ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Nesta sequência, realizei e desenvolvi programas de participação activa centrados na população de forma a promover o empoderamento, a saúde mental, a prevenção e/ou redução do risco de perturbação mental. Para a consecução destes objectivos foi necessário realizar parcerias com equipas multidisciplinares nos diferentes contextos da prática, em estreita colaboração entre os cuidados de saúde primários e os parceiros sociais, de forma a estabelecer um diagnóstico dos grupos e posterior programação e realização de vários tipos de intervenções no âmbito da saúde mental.

A avaliação destas actividades foi efectuada através de instrumentos sistemáticos e padronizados, que permitiram uma avaliação contínua ao longo do tempo denotando um impacto positivo na motivação dos utentes na aquisição de informação acerca das diversas temáticas.

No que se refere ao estágio realizado no Serviço de Internamento de Psiquiatria do CHVNG/EPE foi necessário numa fase inicial consultar os documentos oficiais existentes relacionados com a orgânica do serviço, nomeadamente as normas e procedimentos

instituídos, no sentido da procura da melhoria dos cuidados de enfermagem. Surgiu assim a necessidade de alterar alguns objectivos específicos, no sentido de dar resposta às reais necessidades do serviço e do próprio contexto.

Os objectivos específicos que foram alterados e que se enquadram no domínio da melhoria da qualidade foram:

- Realizar um “Projecto de Adesão ao Regime Terapêutico promotor do Autocuidado à Pessoa com doença mental, em contexto Individual e/ou de Grupo”.

Este objectivo foi alterado por já existir um Projecto de Adesão ao Regime Terapêutico realizado por alguns enfermeiros especialistas a exercer funções no serviço de internamento. Neste contexto, propus-me realizar um “Projecto de melhoria contínua de Adesão ao Regime Terapêutico promotor do Autocuidado à Pessoa com doença mental em contexto Individual e/ou de Grupo”, neste sentido efectuei uma colheita de dados de caracterização dos utentes internados no serviço durante um período de 10 dias. Da análise dos dados evidencia-se a taxa elevada de pessoas internadas por não cumprimento do regime terapêutico. Mais tarde, em entrevista informal com uma enfermeira especialista tomei conhecimento da existência de um projecto neste âmbito que surgiu como contextualização e justificação de um pedido de articulação realizado no âmbito do estágio de enfermagem de saúde mental na comunidade nos mesmos moldes do projecto que já tinha iniciado. Neste contexto e em concordância com o enfermeiro orientador do estágio (que também, até à data, não tinha conhecimento deste projecto por ainda não ter sido implementado no Serviço) optei por não finalizar o projecto.

- Realizar um “Programa de Estimulação Cognitiva à Pessoa com doença mental em contexto Individual e/ou de Grupo”.

- Realizar um “Programa de Psicomotricidade à Pessoa com doença mental em contexto Individual e/ou de Grupo”.

No decorrer de várias entrevistas informais aos enfermeiros e EESMP e de acordo com a caracterização dos utentes internados, assim como, das dinâmicas organizacionais do serviço, não se mostrou relevante a realização destes projectos. Grande parte dos utentes internados apresentavam psicomotricidade e cognição muito deteriorada, a aguardar resolução social, alterações no processo de pensar bastante acentuadas, delírios e alucinações ainda sem remissão ou qualquer resposta à medicação instituída. Por outro lado, de acordo com os enfermeiros a exercer funções no serviço de internamento o tempo é escasso no decorrer das rotinas diárias, entre preparar a medicação, assistir o utente com dependência no autocuidado: higiene, vestuário e uso sanitário, administrar refeições e medicação, assistir

o utente e família/cuidador informal no processo de doença, realizar admissões de utentes e preparações da alta, resta pouco tempo para a realização de outras actividades.

Assim, e de acordo com o parecer do enfermeiro orientador do estágio, criei um objectivo específico adaptado às reais necessidades do serviço:

- Contribuir para o desenvolvimento das dinâmicas de grupo implementadas no serviço, através da elaboração de um Guia de Sugestões.

Este Guia de Sugestões foi elaborado de forma a contextualizar e melhorar as actividades de “Expressão Corporal” realizadas semanalmente no serviço de internamento pelo EESMP.

O guia integra os conceitos de psicomotricidade e reabilitação cognitiva no âmbito das dinâmicas de “Expressão Corporal”, contextualizando algumas das actividades já desenvolvidas e acrescentando outras passíveis de serem desenvolvidas. (Apêndice I)

Ainda no âmbito da melhoria da qualidade e com o objectivo de identificar as necessidades em saúde necessárias à compreensão do estado de saúde dos utentes e suas famílias e/ou cuidadores informais, em ambos os contextos de estágio, foi necessário consultar os dados clínicos, de enfermagem e do serviço social através da consulta dos processos em papel e registos informáticos, assim como através de entrevistas informais com os vários profissionais do serviço com ênfase no conceito de transdisciplinaridade. Estes procedimentos permitiram delinear estratégias de intervenção a nível individual, nomeadamente no que concerne à relação terapêutica, aconselhamento e psicoeducação, no sentido da prevenção, promoção e protecção da saúde do utente, família e/ou cuidador informal, tendo em consideração a complexidade do conceito de doença mental, o qual engloba as perturbações que afetam o comportamento, a capacidade funcional, as funções intelectuais, emocionais e sociais, possibilitando identificar, organizar e prestar cuidados de qualidade de uma forma mais rápida e eficaz.

Importa ainda referir a qualidade dos registos de enfermagem, os quais foram realizados informaticamente, recorrendo à Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE). A CIPE assume-se como uma linguagem universal que permite documentar, planear e gerir a prestação de cuidados de enfermagem contribuindo assim para o conhecimento desta disciplina, através da análise de dados passíveis de serem traduzidos em indicadores que reflectem o contributo e o impacto dos cuidados de enfermagem prestados, através dos ganhos em saúde das pessoas cuidadas.

Durante o estágio efectuado no “Projecto Espaço Pessoa” surgiu também a necessidade de alterar alguns objectivos específicos, no sentido de dar resposta às

necessidades reais da própria instituição.

Os objectivos específicos que foram alterados e que se enquadram no domínio da melhoria da qualidade foram:

- Realizar um Projecto de treino de competências

O Projecto Espaço Pessoa é composto por uma equipa multidisciplinar que realiza várias intervenções neste âmbito.

Neste contexto, foi criado um novo objectivo específico em concordância com o enfermeiro orientador:

- Criar e aplicar um instrumento de avaliação inicial aos utentes com patologia psiquiátrica.

Os registos de enfermagem eram efectuados em suporte de papel, no entanto os processos de enfermagem existentes eram escassos e os registos quase nulos ou de longa data, esta realidade põe em causa a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados através do bloqueio da individualização e continuidade dos mesmos, potenciando um decréscimo na segurança e satisfação de quem presta cuidados e de quem os recebe.

Neste contexto, a avaliação inicial constitui um instrumento de colheita de dados sistemático e padronizado que permite uma avaliação contínua ao longo do tempo. Constitui a primeira etapa do processo de enfermagem e contribui para o planeamento, implementação, realização e avaliação dos cuidados de enfermagem, reforçando a autonomia e a responsabilidade do enfermeiro, apresenta-se ainda como um contributo para a segurança, qualidade e satisfação tanto dos prestadores como dos utilizadores dos cuidados. Assim, realizei 10 entrevistas de avaliação inicial com identificação das necessidades em saúde no geral e mais especificamente, na área da saúde mental.

Neste sentido, intervi de acordo com as necessidades identificadas dando continuidade às intervenções de forma pontual, aproveitando todas as oportunidades de contacto com os utentes. (Apêndice II)

De acordo com este domínio e no sentido de dar resposta a um objectivo inicialmente traçado para este módulo de estágio, elaborei um “Projecto de Adesão ao Regime Terapêutico promotor do Autocuidado à Pessoa, Família e/ou Cuidador Informal, em contexto Individual e/ou de Grupo”. (Apêndice III)

Considerando a ideia de que a adesão implica um papel dinâmico e colaborativo da pessoa no planeamento e implementação do seu regime de tratamento, o plano terapêutico que é traçado pelo/com a pessoa atendendo às suas necessidades e objetivos, tem mais probabilidade de manter níveis motivacionais geradores de comportamentos adequados.

#### **4.1.3- Domínio da Gestão de Cuidados**

O domínio da gestão dos cuidados preconiza que o EESMP realize “... a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Regulamento n 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011), através da optimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e da orientação e supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade “na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.” (Regulamento n 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011), optimizando o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados e adoptando estilos de liderança.

O desenvolvimento da gestão na área da saúde tem-se tornado de forma gradual uma prioridade não só pelo actual contexto económico, social e político e pelos custos associados aos cuidados de saúde, associados á melhoria da eficiência, eficácia e efectividade dos cuidados prestados.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem divulgados pela OE (2001) os cuidados de enfermagem estão direccionados para a pessoa na linha contínua do ciclo vital, com o objectivo de prevenir a doença e promover os processos de readaptação, visando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e garantindo a máxima autonomia na realização das atividades de vida diárias. Os cuidados de enfermagem devem assumir um papel de destaque na equipa de saúde, devendo ajudar a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde.

Neste contexto, a minha prática profissional na UCC Baixa do Porto direcciona-se entre outras variáveis para as pessoas em situação de sem – abrigo que são maioritariamente pessoas isoladas, emocionalmente separadas da sua família, há muito fora do círculo familiar e em luta pela sobrevivência. Assim, de acordo com uma perspectiva sistémica as pessoas em situação de sem abrigo, parecem inserir-se numa dinâmica progressiva de perda de laços com a família, com a comunidade e as suas instituições.

Neste sentido, a intervenção a esta população com necessidades múltiplas e diversas requer um trabalho cuidadoso e extenso de sensibilização, envolvimento, articulação e coordenação com múltiplos agentes, desde serviço social, autoridades judiciais e serviços de saúde que actuam nos diferentes níveis. No âmbito da “Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem Abrigo” da cidade do Porto esta UCC participa no âmbito da prevenção,

intervenção e acompanhamento das pessoas em situação de sem abrigo referenciadas pelas diferentes instituições da cidade do Porto.

Assim, a intervenção à pessoa em situação de sem abrigo pretende interagir com estes utentes através de várias estratégias a adoptar, no sentido de promover a acessibilidade aos cuidados de saúde, face às barreiras financeiras, organizacionais, culturais e emocionais, estabelecer relações de proximidade e confiança, de modo a que estes utentes prossigam as suas vidas nos diferentes contextos da sua situação de saúde e criar parcerias e acções comuns com as instituições existentes na comunidade.

Neste contexto, tanto no meu exercício profissional, como em ambos os estágios realizados, foi possível disponibilizar assessoria aos enfermeiros e restante equipa, através da participação em reuniões programadas e não programadas, de acordo com uma perspectiva de complementaridade essencial à formulação de um plano terapêutico adequado às necessidades em saúde identificadas, o que me permitiu participar activamente nas tomadas de decisão da equipa multidisciplinar, contribuindo para o aumento e melhoria da informação essencial no processo de cuidar, nos diagnósticos, na sugestão de soluções eficazes a realizar e na avaliação do processo do cuidar.

Não deixa de ser importante referir, que cada profissional escolhe e utiliza as estratégias que mais acha que se adaptam ao contexto, momento ou situação, pelo que foi importante conhecer a forma de trabalho de cada profissional no sentido de colaborar no desenvolvimento das actividades e resolução de situações complexas numa postura de partilha e aprendizagem.

No estágio realizado no serviço de internamento hospitalar, tive a oportunidade de conhecer a metodologia de trabalho adoptada que é centrada no enfermeiro de referência, o que pode constituir uma barreira á consecução do plano terapêutico pela questão da rotatividade dos horários. No entanto, constatei que as reuniões de passagem de turno, assim como as reuniões multidisciplinares, eram fundamentais à eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença/perturbação mental (informações verbalizadas como complemento aos registos informáticos, já que estes se revelam incompletos devido à sua parametrização reduzida e/ou pouco adequada ao contexto da prática) tendo em conta o plano de cuidados programado pela equipa multidisciplinar.

#### **4.1.4- Domínio do Desenvolvimento da Aprendizagem Profissional**

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, preconiza-se que o EESMP demonstre “capacidade de autoconhecimento...” e assume que este “releva a dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Regulamento n 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011) através de uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro aliada á capacidade de adaptação individual e organizacional. Preconiza ainda que “...os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo de investigação” (Regulamento n 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011), através do desempenho de um papel facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, da importância da sua prática clínica baseada na investigação e no conhecimento, da promoção da liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Atualmente preconiza-se que os enfermeiros desenvolvam intervenções baseadas em fortes padrões de conhecimento, participando como facilitadores nos processos de aprendizagem e assumindo-se como parte integrante no campo de investigação.

Neste contexto, ao longo da minha prática profissional tive oportunidade de realizar orientação de alunos do curso de licenciatura em enfermagem, assim como, participar na orientação de estudantes das especialidades de saúde comunitária e saúde mental e psiquiátrica, auxiliando no desenvolvimento de competências especializadas, baseadas numa prática autónoma com espírito crítico e reflexivo. Importa ainda, referir, que a actualização e aquisição de novos conhecimentos, foi uma constante no meu percurso profissional, através da participação em formações internas e/ou externas ao serviço, bem como em eventos e reuniões (no âmbito do papel de enfermeiro responsável do conselho técnico, que representa o elo de ligação entre a coordenação do ACES e a UCC), de disseminação científica e prática clínica, da apresentação de posters em eventos científicos, divulgando dados provenientes da evidência.

Tive ainda a oportunidade de integrar um projecto de investigação a nível internacional no âmbito da prevenção de comportamentos de risco nas estações ferroviárias, realizado na Estação de São Bento na cidade do Porto e mais duas cidades europeias intitulado “Violence inTransit”.

Todas as actividades desenvolvidas, tanto no decorrer do meu exercício profissional como em ambos os contextos do estágio efectuado, foram baseadas em pesquisa bibliográfica de fundamentação adequada, permitindo não só o aprofundamento do conhecimento em várias áreas da prática como também a formulação de questões de investigação pertinentes ao estado atual da arte.

Ainda no contexto da investigação em enfermagem e de forma a dar resposta a um objectivo inicial de estágio referente á elaboração do “Projecto de Adesão ao Regime Terapêutico promotor do Autocuidado à Pessoa com doença mental em contexto Individual e/ou de Grupo” realizei uma colheita de dados de caracterização dos utentes internados no serviço durante um período de 10 dias entre os meses de maio e junho, através da consulta dos processos clínicos e dos registos de enfermagem dos utentes.

Tendo em conta os dados colhidos, pude verificar que o motivo de internamento/reinternamento de 69,7% dos utentes internados durante o período em análise foi o abandono da terapêutica instituída, sendo que 81,8% apresentam história clínica de antecedentes psiquiátricos e 63,6% são reinternamentos. Estes dados encontram-se representados na imagem do Gráfico 1.

Neste contexto, a análise destes dados demonstra uma percentagem elevada de reinternamentos definindo o não cumprimento do regime terapêutico como o motivo mais frequente de internamento/reinternamento.

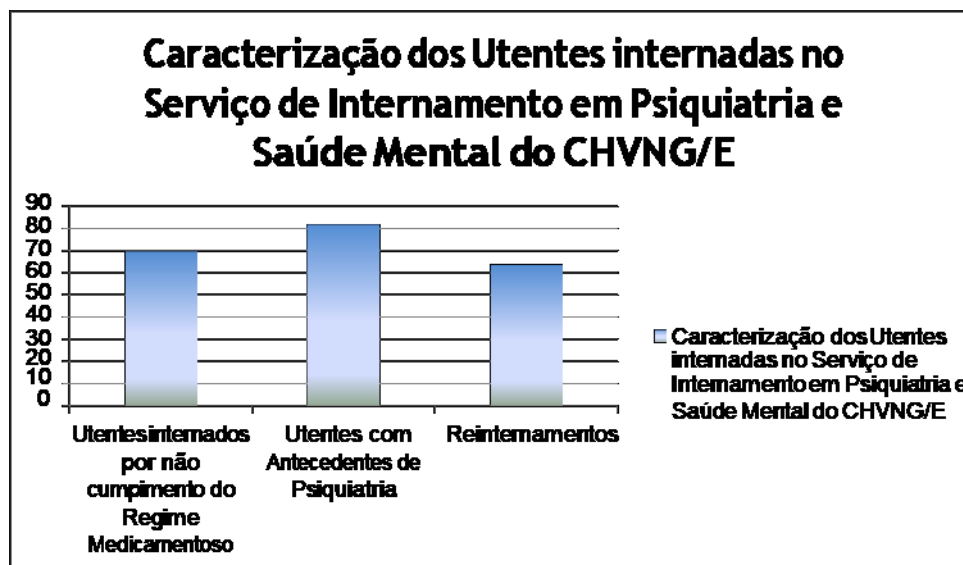


Gráfico 1 - Caracterização dos Utentes internadas no Serviço de Internamento em Psiquiatria e Saúde Mental do CHVNG/E., durante um período de 10 dias entre os meses de maio e junho de 2017.

Neste sentido, o não cumprimento do regime terapêutico influencia de forma negativa o controle adequado da sintomatologia observável em pessoas com doença mental, sendo um dos principais indicadores do prognóstico, aumentando o risco de recaída, número e duração dos internamentos/reinternamentos hospitalares.

A adesão ao regime terapêutico é um conceito complexo e multifactorial, tendo sido definido pela OE como uma diversidade de comportamentos em contexto de saúde que ultrapassam a toma da medicação prescrita, incluindo a autogestão da doença e suas consequências.

Outro dos aspectos que este domínio foca, prende-se com o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, espera-se que o EESMP seja detentor de competências acrescidas ao nível das relações interpessoais no sentido da excelência relacional, utilizando-se a si próprio como ferramenta terapêutica na prestação dos cuidados.

Neste contexto e de forma a desenvolver a assertividade, adoptei sempre uma atitude positiva comunicando sempre de forma clara, lúcida e objectiva, salvaguardando os direitos dos utentes.

Importa referir, que o estado interno do enfermeiro reflecte-se na qualidade das relações estabelecidas, pelo que, a forma como nos vemos a nós mesmos e o nível de auto-estima que cultivamos em nós, se encontra associado a um desempenho social bem-sucedido.

Neste sentido, foi-me possível o desenvolvimento adequado de competências sociais e emocionais, através do contato com a equipa multidisciplinar e com os utentes, estabelecendo relacionamentos interpessoais de qualidade, promotores da saúde mental.

## **4.2- Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica**

De acordo com a sua área de especialidade o enfermeiro especialista além das competências comuns, é detentor de um leque de competências específicas.

Segundo a OE (2010), “... 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 geradores de sofrimento, alteração ou doença mental... são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem...desenvolver um juízo clínico singular... uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e na protecção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial .”

### **4.2.1 - Domínio das competências específicas do Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica**

Segundo a OE (2010), as competências específicas do EESMP são:

- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

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

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

De acordo com a OE (2010) a aquisição e desenvolvimento destas competências, permite ao enfermeiro especialista a “...mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico...” desenvolvendo “...vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais ... permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente ... aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução”.

O uso de teorias na enfermagem permite orientar a prática ao descrever, explicar, e/ou prevenir os fenómenos. As teorias de enfermagem enquadram os quatro conceitos do metaparadigma de enfermagem: a pessoa, o ambiente/sociedade, a saúde e a enfermagem. Estas constituem uma base de conhecimento exclusiva na busca dos seus limites de actuação (George, 2000).

Uma das minhas teorias de referência é a Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard E. Peplau. A autora define o fenómeno de enfermagem como um processo interpessoal entre dois ou mais indivíduos que partilham um mesmo objetivo. Neste processo terapêutico a enfermeira e o paciente assumem o valor do respeito, permitindo um crescimento mútuo como resultado dessa interacção (George, 2000).

Também a Teoria das Transições de Afaf Meleis constitui um referencial teórico que contribui em grande escala para o exercício da minha prática. A transição saúde/doença refere-se a uma mudança inesperada no desempenho de papéis intrínsecos à condição de saúde, a passagem de um estado saudável a um estado de doença crónica ou aguda. A

transição representa situações/acontecimentos que tem lugar na linha continua do ciclo vital individual ou familiar, implica a definição ou redefinição dos papéis da pessoa e/ou no seio da família. A transição organizacional é orientada para mudanças relacionadas com o ambiente (social, político e económico) ou na estrutura e dinâmica das organizações (Meleis, 2010).

Importa ainda referir a Teoria dos Sistemas de Betty Newman, na qual todas as pessoas se encontram num estado de equilíbrio dinâmico com o seu meio envolvente, facilitador do bem-estar e estabilidade do seu sistema, no entanto podem surgir factores geradores de tensão, que podem ou não causar instabilidade desse mesmo sistema e consequentemente desequilíbrio ou distúrbio da harmonia pessoal. Esta desarmonia pode ocorrer sempre que a força dos factores stressores se sobrepõem aos recursos de defesa da pessoa.

Neste contexto e inserida na primeira competência descrita, a capacidade que o enfermeiro possui em se mobilizar a si mesmo como instrumento terapêutico durante o processo de cuidar da pessoa, família, grupo e comunidade ao longo do ciclo vital, advém em grande parte do conhecimento profundo de si próprio e da interacção com os outros. O desenvolvimento destas capacidades efectiva-se através da reflexão e análise de experiências significativas da realidade, tanto a nível pessoal como profissional. A integração desta reflexão na esfera cognitiva, permite um crescimento diário e o desenvolvimento de uma prática de enfermagem de maior qualidade, no entanto para que esta autoconsciência seja efectivada o enfermeiro deve ter capacidade de aceitação de si mesmo no reconhecimento das suas próprias crenças, pensamentos, motivações, limitações e a forma como estes factores e/ou características influenciam os outros.

Durante o meu exercício profissional e prática clínica nos diferentes contextos, o recurso à autoanálise no sentido do aprofundamento do autoconhecimento foram constantes, permitindo-me monitorizar várias reacções emocionais, comportamentais e/ou corporais, assim como, emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais e/ou circunstanciais, que podem interferir de forma positiva ou negativa no exercício da minha prática.

O desenvolvimento desta competência permitiu-me redimensionar e até, resignificar a minha visão sobre a saúde mental, tornando-a mais abrangente, o que se reflectiu no desenvolvimento da capacidade de decisão e tomada de consciência acerca dos limites na relação profissional e consequentemente a necessidade de uma capacidade de adaptação e de mobilização de recursos internos eficaz, para o estabelecimento de uma relação terapêutica geradora de bem-estar.

Também a realização dos portfólios de estágio contribuíram de uma forma criativa e dinâmica, para uma descoberta de mim mesma enquanto pessoa a prestar cuidados no âmbito da saúde mental e psiquiátrica, através da análise crítica e reflexiva das actividades desenvolvidas e estratégias utilizadas.

No que respeita à minha prática profissional, realizei e executei projectos direccionados para a comunidade, demonstrando a aquisição destas competências na projecção do desenvolvimento pessoal e profissional.

No que respeita à segunda competência específica e de forma a iniciar um processo de prestação de cuidado, torna-se relevante a “recolha de informação necessária e pertinente á compreensão do estado de saúde mental dos clientes... “(OE 2010) através de uma avaliação das necessidades em saúde mental nos mais variados contextos, avaliações globais referentes à pessoa a tratar e conseqüentemente o desenvolvimento de projectos de prevenção, promoção e protecção da saúde mental.

Neste sentido, tornou-se de extrema relevância a aquisição e desenvolvimento de um leque variado de competências, que permitiram a identificação das necessidades em saúde necessárias à compreensão do estado de saúde mental dos utentes, de forma a ser possível o planeamento, implementação e realização de várias estratégias/intervenções no âmbito da promoção da saúde, protecção da saúde e prevenção da perturbação mental, permitindo uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental da pessoa, das suas capacidades internas e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental, de forma a potenciar processos de transição saudáveis, através da promoção da funcionalidade e autonomia ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

No que respeita à terceira competência específica acima enunciada, a qual se refere à identificação de diagnósticos de enfermagem tanto em contexto individual como de grupo, permite a “prescrição dos cuidados a prestar baseados na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo...” (OE 2010), adoptando a metodologia de gestão de caso de forma a organizar, avaliar, negociar, coordenar e integrar serviços que tragam benefícios para a pessoa no seu contexto de saúde ou recuperação da mesma.

Nesta sequência, de acordo com a OE (2010) a implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou a adaptar e integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, assim como, mobilizar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere.

Assim, no decorrer da minha prática profissional planeei e realizei actividades centradas na população, no âmbito da promoção da saúde mental a grupos com ênfase nas sessões de educação para a saúde programadas e calendarizadas de forma sistemática ao longo de cada ano, comprometendo-me com a equipa multidisciplinar com a qual trabalho e com outras com as quais estabeleci parcerias, no sentido de promover uma estreita colaboração com os parceiros sociais nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-me nelas pelos cuidados em saúde, sem nunca deixar de respeitar as áreas de intervenção autónomas e interdependentes.

A metodologia utilizada nestas sessões, foi do tipo expositiva e participativa.

Foram realizadas sessões de educação para a saúde dirigidas às famílias inseridas nas equipas do rendimento social de inserção (RSI) e a grupos inseridos no âmbito da violência doméstica e abuso do álcool, de forma a potenciar o emponderamento no desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e factores de protecção, reduzindo e/ou eliminando o risco de perturbação mental, dando assim resposta às necessidades em saúde identificadas em articulação com as equipas multiprofissionais.

As temáticas das sessões de educação para a saúde foram: promoção de hábitos de alimentação saudável (nutrição e higiene alimentar); promoção de cuidados de higiene no adulto e na criança e prevenção de doenças; promoção de hábitos de vida saudáveis no âmbito do sono, promoção de actividades lúdicas e prevenção da hiperactividade; promoção da sexualidade saudável na menopausa e andropausa; gestão de stress e gestão do regime terapêutico na depressão.

No contexto de educação para a saúde a jovens institucionalizados, as temáticas foram direccionadas para as necessidades em saúde identificadas com o objectivo do treino de aptidões e desenvolvimento sócio-emocional, promovendo o conhecimento, compreensão e gestão efectiva dos problemas relacionados com a saúde mental: conceito de sexualidade; anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor humano; métodos contraceptivos; infecções sexualmente transmissíveis; violência no namoro; promoção da autoestima.

As realizações destas sessões de educação para a saúde permitiram-me desenvolver programas de educação e ajuda à pessoa, família e pessoas significativas na adesão ao regime terapêutico, na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas, assim como, informação acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e/ou não farmacológicas).

Em ambos os contextos de estágio e de acordo com uma perspectiva sistémica, as actividades desenvolvidas tiveram por base uma visão holística da pessoa, perspectivando-a como um todo que está em permanente interacção com o ambiente que a rodeia, sendo por isso susceptível a factores de stress que podem gerar desequilíbrio.

Neste contexto, as intervenções de enfermagem realizadas pretenderam promover uma interacção adequada, através de várias estratégias adoptadas, no sentido de promover a acessibilidade aos cuidados de saúde, face às barreiras financeiras, organizacionais, culturais e emocionais, tendo como objectivo ajudar o utente a voltar ao seu estado anterior à exposição ao factor stressor, com a aquisição e/ou tomada de consciência de novos conhecimentos e capacidades que lhe permitam atingir e/ou manter o equilíbrio necessário ao bem-estar.

No período de integração observei os utentes no seu aspecto geral, nomeadamente a nível do comportamento, do estado mental, do asseio e vestuário, da alimentação, de atitudes de interacção e colaboração com outros utentes e profissionais de saúde. Assim, assumi uma postura discreta, acolhedora e de escuta, no sentido de promover a relação de ajuda e integrar nos meus conhecimentos teóricos os sinais e sintomas das doenças/perturbações mentais.

De acordo com Phaneuf (2005), explorar a relação de ajuda não é uma intervenção simples de ser concretizada, para lá chegar são necessárias condições prévias centradas na atitude da pessoa que ajuda, como a presença e a vontade de não julgar, assim como, qualidades relativas à relação a desenvolver, como a não directividade, ou ainda elementos do conteúdo da relação como a escuta e a consideração positiva. É uma relação de natureza terapêutica e estabelece-se entre a pessoa que necessita de ajuda, que passa pela experiência de um problema ou sofrimento e uma pessoa que o ajuda a encontrar em si próprio os recursos necessários para fazer face às adversidades. Neste sentido, permite à pessoa compreender melhor a situação, aceitá-la melhor e até mesmo abrir-se à mudança e à evolução pessoal, potenciando a autonomia e a funcionalidade.

Neste contexto, considerando que o restabelecimento do equilíbrio da pessoa em sofrimento mental assenta em relações interpessoais significativas, a relação de ajuda assume

um papel psicoterapêutico através dos vários componentes da comunicação. Assim, promovi a consciencialização, a capacitação de estratégias de coping eficazes potencializando a criação ou aperfeiçoamento de condições necessárias à implementação de determinadas estratégias adaptativas e/ou de resolução de problemas favorecendo e potenciando mudanças cognitivas e comportamentais positivas e essenciais ao processo de bem-estar.

No que se refere ao módulo III, a criação de uma relação terapêutica clara, lúcida e objectiva, permitiu uma aproximação gradual aos utentes, nomeadamente aqueles que apresentavam consumo de drogas (heroína e cocaína). Foi assim possível trabalhar na área da intervenção breve (toxicodependência), tendo como resultados das intervenções realizadas ganhos significativos nesta área. Muitos utentes procuravam-me dia após dia (utentes frequentadores do Espaço Pessoa para troca de seringas e aquisição de outros materiais de consumo) verbalizando os seus pensamentos e emoções, sendo oportunidades de contacto em que promovi a redução da ambivalência e conseqüentemente a motivação para o tratamento. Vários utentes verbalizavam cansaço da dependência, pelo que foi possível encaminhar um utente para integração/reintegração no centro de apoio à toxicodependência, um utente para a toma de metadona em instituições de apoio na comunidade e até inserção em comunidades terapêuticas (1 Utente). Assim, considero que esta intervenção apesar de pontual, mas diária, foi bastante positiva, facilitando o insight para a adesão ao regime terapêutico e conseqüentemente potencializando a inserção familiar, social e profissional, reflectindo-se em ganhos em saúde significativos na especificidade deste grupo populacional.

Foi-me ainda possível observar como resultado das intervenções acima descritas, melhoras no humor, autocuidado, esperança e conseqüentemente autoestima, assim como, resolução de problemas e na interacção social no grupo de utentes frequentadores do Espaço Pessoa.

Nesta sequência, em ambos os estágios e após a observação e contextualização realizada, efectuei várias entrevistas informais e intervenções não programadas em contexto individual, com o objectivo de avaliar o impacto na saúde mental de múltiplos factores de stresse e crises situacionais e/ou de desenvolvimento dando resposta às questões apresentadas pelos utentes e às necessidades em saúde identificadas por mim e/ou pela equipa multidisciplinar.

Estas intervenções foram maioritariamente do âmbito da escuta activa, informoterapia, aconselhamento, psicoterapia de intervenção breve, entrevista motivacional, técnica de resolução de problemas e psicoeducação, no sentido de promover a aceitação do estado de saúde e a adesão e gestão do regime terapêutico.

O aconselhamento psicológico torna-se importante na medida em que dá resposta às necessidades psicológicas, tendo como grande finalidade ajudar a pessoa no processo de mudança de comportamentos relacionados com a saúde, estando associado à área da prevenção e a área da adaptação à doença. O escutar as preocupações e o sofrimento da pessoa, além de promover a segurança emocional e o controlo, permite identificar as suas preocupações fundamentais em relação à saúde e ajudá-la a lidar eficazmente com elas. Esta intervenção dá apoio à identificação de dificuldades comunicacionais e/ou relacionais com a família ou com os profissionais de saúde e ajuda a pessoa a desenvolver estratégias que permitam superar essas dificuldades, pelo que auxilia na tomada de decisões informadas na promoção do desenvolvimento de competências sociais, aumento do autoconhecimento e da autonomia contribuindo para o desenvolvimento pessoal.

A entrevista motivacional tem como objectivo ajudar a pessoa a reconhecer e a agir, no que diz respeito aos seus problemas presentes ou potenciais. Desta forma, a entrevista motivacional une-se à psicoterapia na orientação e motivação para a mudança através da consciencialização da necessidade da mesma.

“A psicoeducação não é um tratamento - é projectada para ser parte de um plano global de tratamento (OE, 2001). Tem como principal objetivo fornecer informações à pessoa com doença mental sobre a sua situação clínica e dotá-la de ferramentas para lidar com as particularidades da doença, permitindo-lhe ser capaz de compreender e identificar as diferenças entre as suas características pessoais e as características do transtorno psicológico às quais se torna necessário fazer face. Estas informações abrangem a etiologia, prognóstico e percurso da doença, nomeadamente a nível dos sinais precoces de uma crise, necessidade de aderir ao tratamento (seja medicamentoso ou não medicamentoso), necessidade de promover hábitos saudáveis, assim como, estratégias para lidar com o estigma, as dúvidas, os medos e os mitos acerca da doença.

Assim, ensinar o utente e a família acerca da doença e suas consequências, contribui para uma melhor adesão ao tratamento e conseqüentemente para uma diminuição da sintomatologia, bem como para a prevenção de recaídas, aumentando a qualidade de vida pelo aumento da autoestima e do bem-estar, pela diminuição do sofrimento relacionado à doença, pela redução do estigma e da culpa e pelas mudanças no estilo de vida que predis põem ao stresse. Este tipo de tratamento não farmacológico caracteriza-se por ser limitado no tempo, estruturado, diretivo, focado no presente e na busca de resolução de problemas.

A psicoeducação permite que a pessoa com doença mental seja capaz de compreender e identificar as diferenças entre as suas características pessoais e as características do transtorno psicológico às quais se torna necessário fazer face.

No módulo II efectuado em contexto de internamento hospitalar, foram efectuadas várias intervenções psicoeducacionais no âmbito do autocuidado, da promoção de hábitos de sono e de actividade física, através de ensinamentos e instrução de alongamentos e exercícios músculo-articulares associados a técnicas respiratórias e de relaxamento.

A nível do módulo III realizado no “Projecto Espaço Pessoa”, foram também efectuadas várias intervenções psicoeducacionais em contexto individual e/ou de grupo, no âmbito da adesão e gestão do regime terapêutico: conceito de doença, sinais e sintomas, complicações, sinais de alarme de recaída e atitude adequada, vigilância de saúde e consultas, tratamento psicofarmacológico, seus efeitos desejados e efeitos adversos, cumprimento do regime medicamentoso, promoção do autocuidado, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de hábitos de sono, promoção de hábitos de actividade sexual, prevenção de IST's, promoção da actividade física através de ensinamentos e exercícios músculo-articulares associados a técnicas respiratórias, identificação de factores de stress do utente e família/cuidador informal, integração de factores de protecção de forma eficaz (patologia, hábitos de vida saudáveis, identificação precoce de risco de recaída) e tratamento não farmacológico.

Assim, a intervenção psicoeducativa funde-se com o processo de aconselhamento, na medida em que torna as dificuldades psicológicas do utente compreensíveis para si próprio e para a família/cuidador informal, o que ajuda a pessoa no processo de mudança de comportamentos relacionados com a saúde, estando associado à área da prevenção e a área da adaptação à doença.

Muitos dos utentes internados verbalizavam alterações nos padrões da cognição e da psicomotricidade, atribuindo muitas vezes estas modificações não desejadas no seu modo de funcionamento global aos efeitos adversos da medicação, sendo esta realidade um obstáculo à adesão à terapêutica e um factor potenciador do risco de não adesão ao regime terapêutico. Neste sentido, foram realizadas várias intervenções psicoeducativas em contexto individual acerca do conceito de doença, sinais e sintomas, complicações e tratamento psicofarmacológico, seus efeitos desejados e efeitos adversos e importância do cumprimento do regime medicamentoso.

Ao longo do estágio fui percebendo que muitos dos utentes apresentavam sentimentos de desesperança associados a baixa da autoestima, consequência talvez de

internamentos prolongados, vários reinternamentos recentes ou não potencializando a incerteza no futuro, pelo que, intervenções no âmbito da promoção da esperança, da autoestima facilitadoras da comunicação e da expressão de sentimentos se tornaram fulcrais no processo de tratamento dos utentes.

Neste sentido e de acordo com uma visão cognitivo-comportamental inserida no paradigma da reestruturação cognitiva, as intervenções comportamentais englobam estratégias mais adaptativas que visam um efeito mais positivo nas cognições. São exemplos, horários de actividades, atribuição de tarefas classificadas, ensaio comportamental, distração e técnicas diversas como o relaxamento, assertividade, treino de capacidades sociais, técnicas de suspensão de fluxo de pensamentos, entre outras.

A nível do estágio III realizado no “Projecto Espaço Pessoa” que disponibiliza serviços básicos como balneário, lavandaria, alimentos e sala de convívio, foi promovida uma dinâmica organizacional baseada na responsabilidade e assertividade por parte dos utentes, de forma a haver partilha e um uso equitativo dos recursos, recorrendo a horários de actividades e tarefas a executar pelo utente após cada utilização dos recursos físicos e materiais, promovendo a funcionalidade e autonomia através de mudanças nos processos comportamentais e cognitivos.

Importa referir que no contexto pessoal e social destes utentes, evidenciam-se várias questões relacionadas com os determinantes da saúde, pelo que a técnica de resolução de problemas se revelou essencial na tomada de consciência de si próprio, do problema e das suas aptidões e recursos para a resolução de situações que divergem da situação desejada. Assim, de forma não programada foi possível definir problemas e proporcionar ao utente um inventário de soluções, permitindo ao utente a escolha e planeamento de actividades promotoras da redução destes problemas.

Em ambos os estágios realizados num contexto psicoterapêutico e socioterapêutico, incentivei os utentes com excepção daqueles que apresentavam agitação, hiperactividade, agressividade e sonolência, a participar em jogos/actividades lúdico- terapêuticas, proporcionando momentos de contacto com as suas emoções e interacção com os outros, potencializando o desenvolvimento de capacidades emocionais, sociais e cognitivas, que visam ajudar a pessoa a lidar melhor com factores stressores do quotidiano. (Apêndice IV, V)

Ainda neste contexto, a dinâmica é uma actividade potenciadora de respostas adaptativas e de insight, que conduz o grupo a um trabalho em que se possa identificar sinais que nos orientem no esclarecimento de focos de intervenção e diagnósticos de enfermagem, nomeadamente: o nível de iniciativa, as características da comunicação, comportamento da pessoa em contexto de grupo, processo de pensamento, capacidade de liderança, nível e estratégias para lidar com a frustração.

Neste sentido e de acordo com uma visão integradora entre actividades de expressão corporal, reabilitação cognitiva e psicomotricidade, podem utilizar-se várias estratégias como a música, a dança entre outras componentes da expressão.

Neste contexto, no módulo II programei e realizei uma actividade de dinâmica de grupo no âmbito do “Grupo Terapêutico de Expressão Corporal” sendo esta uma estratégia no âmbito da intervenção psicoterapêutica e socioeducativa de forma a fomentar intervenções terapêuticas em grupo, promovendo o desenvolvimento das aptidões pessoais e interpessoais com recurso á utilização do “corpo” como ferramenta de trabalho. (Apêndice VI)

Neste estágio tive oportunidade de observar de uma forma geral os comportamentos dos utentes antes, durante e após as visitas dos familiares e amigos. Muitos dos utentes antes da hora da visita ficavam muito agitados denotando-se manifestações de ansiedade, outros utentes isolavam-se após a visita e ficavam muito tristes ou até mais agitados, o que pode ser interpretado como um indicador que ajuda a determinar até que ponto as visitas a um determinado utente beneficiam ou não o seu tratamento naquela fase ou momento. A maior parte dos familiares recorria aos enfermeiros para se informarem da evolução do estado de saúde/doença da pessoa em questão.

Neste contexto, realizei várias entrevistas informais e intervenções não programadas às famílias/cuidadores informais em contexto individual, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/perturbação mental e às transições no âmbito do aconselhamento, da psicoterapia de intervenção breve e da psicoeducação, com o objectivo de dar resposta às questões e necessidades apresentadas e identificadas por mim e/ou pela equipa transdisciplinar.

Todas estas intervenções predispõem um conhecimento aprofundado acerca de cada utente, sua história pessoal, antecedentes médicos e psiquiátricos, história da doença actual, entre outros factores que permitam determinar estratégias eficazes e eficientes, adequadas ao utente, momento/situação e contexto.

A entrevista de enfermagem é um momento de interacção entre o utente e o enfermeiro e pode ter diversos objectivos, tais como: colheita de dados, aconselhamento e/ou apoio psicológico no sentido de assistir o utente numa situação que lhe é difícil. Assim, é essencial que o enfermeiro escute e analise as palavras do utente, assim como, o seu comportamento verbal e não-verbal relacionando o que é dito e observado. Durante este processo, a relação de confiança que se cria é fundamental para que exista mudança de comportamentos. No decorrer dos estágios realizei entrevistas de enfermagem programadas e não programadas (as entrevistas não programadas advêm de uma necessidade identificada, nomeadamente a necessidade do utente em expressar emoções e sentimentos). (Apêndice VII, VIII)

De acordo com uma perspectiva de integração e de continuidade de cuidados, efectuei várias consultas de enfermagem de admissão e preparação da alta de alguns utentes. A alta começa a ser preparada no momento em que o utente é admitido no serviço. No entanto, nesta consulta pretende-se realçar aspectos importantes, mais especificamente no que se refere à adesão e gestão do regime terapêutico do utente e família/cuidador informal. Neste contexto, tive oportunidade de realizar três consultas de preparação de alta.

Ainda inserido no paradigma da adesão ao regime terapêutico, participei no “Grupo Terapêutico de Suporte e Integração à Adesão do Regime Terapêutico”. Este Grupo Terapêutico é constituído por utentes que já tiveram alta clínica, mas que frequentam o serviço de internamento para participarem nesta reunião, assim como utentes em regime de internamento no serviço de forma a promover a partilha de experiências. O objectivo primordial é promover a adesão ao regime terapêutico com enfoque na área do regime medicamentoso, através de várias estratégias a adoptar, como por exemplo técnicas para promover o insight terapêutico, utilizando as experiências partilhadas pelos utentes na integração de intervenções psicoeducativas. Esta reunião facilita a integração dos utentes internados promovendo a expressão de sentimentos e a coesão do grupo.

Foram ainda realizados dois estudos de caso referentes a cada módulo do estágio, recorri à metodologia de gestão de caso de forma a elaborar e implementar planos terapêuticos desenvolvidos em parceria com os utentes de forma a aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo assim o risco de incapacidade. Estes estudos de caso definem-se como um processo de investigação e compreensão de uma situação única e específica e têm como objectivos favorecer o ensino e a aprendizagem bem como a reflexão acerca da investigação aprofundada de um utente, analisando os resultados finais e traduzindo-os em indicadores de processo e/ou resultado, possibilitando a elaboração de

novas hipóteses no sentido de uma mudança favorável em contexto de saúde. (Apêndice IX, X)

## 5- Conclusão

Não se pode afirmar que existe apenas uma estratégia ou um grupo de estratégias únicas e eficazes para todos os utentes.

Neste sentido, torna-se de extrema importância o desenvolvimento de competências em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, que permitam a identificação e aplicação de estratégias que foquem não só o problema da adesão, mas também o leque variado de factores identificados que possam directa ou indirectamente exercer influência sobre a mesma, no sentido da recuperação e/ou manutenção da saúde mental da pessoa com perturbação mental, inserida na família, grupo e/ou comunidade.

Assim e após identificação do risco de não adesão ao regime terapêutico da pessoa com perturbação mental e sua família/cuidador informal, revela-se prioritário a intervenção precoce do EESMP na implementação de plano terapêutico traçado pelo/com a pessoa, atendendo às suas necessidades e objetivos e conseqüentemente, na adopção de medidas que reduzam ou eliminem este risco.

Neste contexto, podemos identificar vários factores potenciadores do risco de não adesão nomeadamente no que concerne às expectativas e crenças acerca dos benefícios e eficácia do tratamento, baixo suporte familiar e social dado que muitos destes utentes experienciam ruturas familiares e/ou sociais e isolamento.

Neste sentido, evidencia-se a necessidade da promoção da esperança, da autoestima, da volição e de mecanismos de coping eficazes como principais focos de atenção na intervenção direccionada para esta problemática.

Também a deterioração temporária ou permanente das funções cognitivas necessárias á compreensão e manutenção do plano terapêutico, revela a importância de mobilizar na prática um vasto leque de saberes e conhecimentos de natureza técnica, científica e humana, no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, mobilizando o contexto, a dinâmica individual e/ou familiar, estabelecendo relações terapêuticas

potenciadoras de insight sobre os problemas, visando alterações positivas no comportamento.

Estas ferramenta e/ou estratégias de intervenção permitem o aumento da capacidade da pessoa para encontrar várias formas de resolução para os problemas e dificuldades que enfrenta.

Neste sentido, a implementação de um plano terapêutico envolve as capacidades do EESMP para interpretar e individualizar estratégias, através de actividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar, auxiliando a pessoa, família, grupo ou comunidade a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, potencializando a reabilitação psicossocial, através da educação e treino em saúde mental, de forma a incrementar capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere.

Concluo que a desigualdade social e os indesejados contextos problemáticos do panorama social actual são ainda medianamente marginalizados, pelo que a necessidade de intervenção em contexto de saúde, bem como nos seus determinantes a estes grupos populacionais crescentes, apresenta-se com carácter de urgência visando a minimização e/ou erradicação dos múltiplos factores geradores de vulnerabilidade a que estes grupos de pessoas estão intrinsecamente expostos.

Com a realização deste relatório pretendi dar a conhecer as aprendizagens e também as dificuldades com as quais me deparei ao longo dos estágios efectuados e no decorrer da minha prática profissional, utilizando como fio condutor os objectivos delineados no projecto de estágio, assim como os objectivos preconizados nos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EESMP.

Considero que os objectivos foram atingidos e até ultrapassados, no que respeita ao contexto de investigação acerca do processo de cuidar em ESMP, através de uma atitude critico-reflexiva e de um processo de auto-responsabilização pelo crescimento pessoal e profissional, indo de encontro aos padrões de qualidade no âmbito das especialidades em enfermagem no geral e mais especificamente da EESMP.

Importa referir que o trabalho desenvolvido ao longo dos estágios poderia ter seguido outros rumos, no entanto, através da identificação dos recursos disponíveis no serviço/ instituição onde efectuei o caminho de aprendizagem e consolidação de conhecimentos, segui aqueles que me fizeram mais sentido de acordo com as limitações estruturais e organizacionais detectadas, no sentido da realização de intervenções eficazes e eficientes em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, passíveis de serem traduzidas em ganhos em saúde.

Através da divulgação deste percurso, penso ter contribuído de forma positiva para o desenvolvimento de estudos futuros e para a caracterização do estado da arte no panorama da saúde mental e psiquiátrica actual.

Neste contexto, a melhoria do estado de saúde dos utentes com os quais tive oportunidade de intervir através da mobilização e aperfeiçoamento de conhecimentos, reflecte a consolidação deste caminho de aprendizagem.

De acordo com a minha linha de pensamento, não deixa de ser importante dizer que o autoconhecimento do EESMP é uma das qualidades humanas basilares para um exercício profissional pleno, através de um grau elevado de maturidade, reflectido na forma como se tomam decisões fundamentadas na interacção com a pessoa, família, grupo ou comunidade na procura do estabelecimento/restabelecimento do bem-estar.

Na minha perspectiva, considero necessário a realização de protocolos de articulação entre os cuidados de saúde primários, unidades hospitalares e instituições de cariz social que prestam cuidados de saúde mental e psiquiátrica às populações, no sentido da descentralização e da partilha de recursos que beneficiem os utentes e os profissionais de saúde, através da eficiência e efectividade dos cuidados prestados, contribuindo para políticas de saúde exequíveis, baseadas na realidade complexa e multifacetada que as várias vertentes desta área apresentam.

Neste sentido, os cuidados devem seguir uma lógica de continuidade desde a prevenção, a intervenção na crise e a posterior reintegração dos utentes na comunidade, numa lógica de acessibilidade e proximidade, respeitando a autonomia e as escolhas individuais,

de forma a facilitar a readaptação e a reabilitação psicossocial.

## 6- Bibliografia

- Assembleia da República. Lei 36/98 de 24 de julho (1998). Lei de Saúde Mental. Diário da República;
- Assembleia da República. Lei 48/90 de 24 de agosto (1990). Lei de Base da Saúde. Diário da República;
- Direcção Geral de Saúde (2008). Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016;
- Direcção-Geral de Saúde (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental;
- Direcção Geral de Saúde (2016). Modelo de Governação a 2020. Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários. Lisboa;
- Direcção Geral de Saúde (2007). Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física;
- Direcção Geral de Saúde (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que poem em causa a sua segurança ou da sua envolvente;
- Figueira, L. M., Sampaio, D., Afonso, P. (2017). Manual de Psiquiatria Clínica, de acordo com o DSM-5. LIDEL;
- George, J. B. (2000). Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à Prática Profissional;
- Gonçalves, Ó. (2014). Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas. Edições Afrontamento, Biblioteca das Ciências do Homem;
- International Council of Nurses (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. Catálogo de classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE). Edição: Ordem dos Enfermeiros;

- Meleis, A. I.; 2010. Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice, Springer Publishing Company;
- Ministério da Saúde. Código Deontológico - Estatuto Ordem dos Enfermeiros (1998). Decreto-Lei nº 93/98, de 21 de abril (com alterações introduzidas pela Lei nº 111/2009 de 16 de setembro). Diário da República;
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei n 8/2010 de 28 de janeiro. Diário da República;
- Ministério da Economia. Instituto Português da Qualidade. Decreto-Lei nº 140/2004 de 8 de julho. Diário da República;
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários á Análise de Casos. Lisboa;
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Secção Regional do Sul. Guião para a Organização de Projectos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem Regional;
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa;
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa: ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Regulamento n.º 356/2015. Diário da República;
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Procedimentos de Enfermagem na Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica. Parecer n. 6/2013;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Programa para adesão ao regime medicamentoso;

- Organização Mundial de Saúde (2001). Relatório Mundial de Saúde - Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. DGS 2002/OMS;
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Consentimento Informado para intervenções de enfermagem. Lisboa;
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Lisboa;
- Ordem dos Enfermeiros. Procedimentos de Enfermagem na Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica. Parecer nº 6/2013;
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Consulta de enfermagem por via telefónica. Parecer CJ-102/2009;
- Phaneuf, M (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência;
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - Estatuto Ordem dos Enfermeiros (1996). Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro (com alterações introduzidas pelo Decreto - Lei nº 104/98 de 21 de abril). Diário da República;
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República;
- Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República;
- Sistema Nacional de saúde (2016). Plano estratégico e operacional. Coordenação Nacional Cuidados de saúde Primários;
- Townsend, M., C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. (6ª edição). Loures: Lusociência;

- Universidade Católica Portuguesa (2016/2017). Apontamentos fornecidos nas aulas do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Porto;
  
- Universidade Católica Portuguesa (2016). Guia de Estágio – Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional 2016/2017. Porto;
  
- World Health Organisation (2001), Mental Health Around The World. World Health Day 2001;
  
- World Health Organization (2003). Adherence to long term therapies. Evidence for action;
  
- <https://zenklub.pt/especialidades/terapia-junguiana/>.

# Apêndices



## **Apêndice I**

Guia de sugestões: Psicomotricidade e Reabilitação Cognitiva, integradas em Dinâmicas de “Expressão Corporal”, realizado no âmbito do Módulo II – desenvolvimento de competências em unidades de intervenção em Crise no Adulto





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Psicomotricidade e Reabilitação Cognitiva integrado em  
atividades de “Expressão Corporal”

**Autora:** Daniela Filipa Costa Fernandes

Porto, junho de 2017



## Índice

	Pág.
0 – Introdução_____	79
1 - Sugestões de Actividades_____	83
2 – Bibliografia_____	91



## **0 - Introdução**

Este guia de sugestões, surge no âmbito de um Manual de “Expressão Corporal”, já existente no Serviço de Internamento em Psiquiatria do CHVNG/E; realizado pelos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria que lá exercem funções.

A Psicomotricidade no âmbito da Saúde Mental, é a área do conhecimento transdisciplinar que estuda o ser humano através do seu corpo em movimento, na relação entre as funções psíquicas e a motricidade. Baseia-se numa visão holística da Pessoa, de forma integrar as funções cognitivas, socio-emocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, para a promoção da capacidade de ser e agir em contexto psicossocial.

A reabilitação cognitiva pretende a maximização das funções com défices (cognitivos, sensoriais e funcionais) de forma a influenciar positivamente o funcionamento das actividades de vida diária, tendo em vista a autonomia da Pessoa.

Neste contexto, e de acordo com uma visão integradora entre actividades de expressão corporal, reabilitação cognitiva e psicomotricidade, podem utilizar-se como mediadores/estratégias, a música, a dança e a expressão plástica.

Neste sentido, a música pode ser utilizada como: um elemento motivante, para tornar a actividade mais atractiva ou para estimular o relaxamento.

Pode ser utilizado, como elemento principal, quando se tratam de actividades que integrem expressão corporal, improvisação ou organização espacial e temporal dos movimentos; ou como elemento secundário, para marcar um determinado ritmo ou organização de uma actividade.

Por sua vez, a dança é utilizada como um meio facilitador da expressão e da espontaneidade, e de coordenação dinâmica dos movimentos corporais no espaço e no tempo (coreografias). Já a expressão plástica (através do desenho, da moldagem da plasticina, das colagens, entre outros) é um meio de expressão do estado interior e da criatividade do indivíduo e favorece uma interpretação sobre resultado.

Estas actividades, podem ser realizadas em contexto individual e/ou de grupo, dependendo das características e necessidades da Pessoa, sendo que, ambos os contextos oferecem algumas vantagens e desvantagens distintas.

Nas sessões individuais, o Enfermeiro tem maior disponibilidade para o cliente, o que permite conhecê-lo melhor e realizar um trabalho mais profundo (permite a verbalização das

emoções e dos sentimentos pessoais) e mais adequado ao ritmo de evolução da Pessoa. Permite ainda fortalecer a aliança terapêutica e uma adaptação constante do plano terapêutico às características e necessidades individuais. No entanto, ao contrário da intervenção em grupo, existe o risco de dependência do indivíduo da relação terapêutica, pelo que é necessário promover uma maior participação e um papel ativo no processo terapêutico.

Por outro lado, as sessões em grupo são mais dinâmicas e favorecem a comunicação e uma maior espontaneidade, já que os clientes se sentem menos observados pelo Enfermeiro. Além disso, as dinâmicas de grupo promovem o gosto de estar com outras pessoas e de partilhar experiências, sentindo-se apoiados uns pelos outros e potenciando a possibilidade de transposição das situações vivenciadas e do comportamento simulado para a vida real, motivando o envolvimento de todos. A economia de tempo do Enfermeiro, acaba também por se tornar numa vantagem secundária. Em contexto de grupo é possível observar o comportamento interpessoal (a tomada de iniciativa na relação, a autonomia ou dependência dos elementos do grupo, os pares com que mais se identifica, assim como, diversas situações que põe em evidência a personalidade e os conflitos).

Neste contexto, as estratégias de intervenção, podem variar, em função do momento da sessão e do comportamento e necessidades dos Utentes, são exemplos:

- Promover experiências de sucesso adaptadas à individualidade e realidade dos Utentes,
- Começar por exercícios mais simples e evoluir para exercícios de maior complexidade;
  - Favorecer numa fase inicial, a representação concreta e passar progressivamente para representações mais simbólicas e abstratas;
  - Organizar as atividades de maior diretividade para maior espontaneidade;
- Promover um papel ativo nas atividades, convidando os Utentes a participar e a colaborar;
  - Diminuir a demonstração, para promover a capacidade de integração e reprodução das instruções verbais;
  - Chamar a atenção para a realização da atividade depois da explicação da mesma, de modo a reduzir a tendência para reagir impulsivamente e aumentar a concentração;

- Dar reforço positivo;
- Dar *feedback* sobre o seu desempenho (umas vezes diretivos, outras não diretivos);
- Dar ajudas verbais (diretas ou indiretas);
- Fornecer pistas visuais e gestuais;
- Dar ajudas físicas (geralmente parciais);
- Questionar o Utente, de forma a promover a reflexão sobre as experiências e sentimentos, e sempre que possível, realizar a transferência das atividades da sessão para as situações quotidianas;
- Manter um espaço que transmita contenção e segurança;
- O Enfermeiro deve fornecer feedback específico, estimular a auto-observação, promover um papel ativo do Utente no seu processo terapêutico;
- Fomentar a responsabilidade e um meio onde não exista inibição.

A intervenção em grupo facilita, por meio do *feedback* dos outros, da autorreflexão e da auto-observação, a consciencialização de aspetos importantes no comportamento interpessoal como: os pontos fortes, as limitações, dificuldades e o comportamento desadaptado que provoca a resposta do outro. Neste contexto, apresento uma série de jogos englobados na esfera das intervenções psicoterapêuticas, que podem ser aplicadas em contexto de dinâmicas de grupo, no âmbito da Psicomotricidade e Reabilitação Cognitiva integrado em atividades de Expressão Corporal.



## 1 - Sugestão de Actividades

### ➤ O Palco (Sabina Mendes)

- Objectivo: tomar consciência da postura que se assume na vida, da capacidade de se expor e das próprias inibições.
- Grau de dificuldade: médio
- Fase do grupo: inicial
- Local: sala ampla ou jardim
- Material: cadeiras
- Duração: 30 a 60m
  
- Desenvolvimento

O Enfermeiro, convida o grupo a imaginar que o local onde se encontram é um teatro. Todos os participantes se devem colocar, com as próprias cadeiras, no fundo do local como se estivessem atrás de um palco. O Enfermeiro coloca-se a três quartos do local e, através de gestos, mostra ao grupo que está a fechar o pano imaginário, atrás do qual se encontra a plateia do teatro com as poltronas. Depois, mostra o espaço do palco, ao qual se acede subindo três degraus (o Enfermeiro faz o gesto de subir os três degraus).

O primeiro jogo, consiste em subir os três degraus, um membro de cada vez, e atravessar o palco imaginando que o pano se encontra fechado. Sem usar palavras, cada um pode fazer o gesto ou acção que quiser. Depois, todos saem, um de cada vez, pelo lado oposto á entrada, descendo outros três degraus imaginários.

Concluída esta primeira fase, passa-se á fase seguinte. O Enfermeiro encaminha-se para o pano e faz o gesto de abrir. A partir deste momento, quem subir ao palco tem de interagir com o público sem, no entanto, usar linguagem verbal (pode dançar, fazer vénias, mandar beijos, etc.).

Por fim, quem sobe para o palco pode interagir com o público através de linguagem verbal (poesias, canções, etc.).

No final do jogo, os participantes podem exprimir livremente as emoções, sentimentos e ansias que experimentaram durante o exercício. Serão muito úteis as

observações de quem assistiu aos desempenhos e dos que não participaram activamente no jogo.

- Variações

Quando um participante se encontra em cima do palco a representar, o facto de ter o grupo atrás de si pode causar-lhe alguma ansiedade. Neste caso, o Enfermeiro pode mudar a disposição e fazer com que os participantes se tornem espectadores na plateia. Deste modo, quem actua sobre o palco tem as pessoas á sua frente e não atrás.

- Sugestões para o Enfermeiro

Este jogo pode provocar muita ansiedade. É importante dar tempo aos participantes para que decidam se vão ou não subir para o palco. Ninguém pode ser forçado a participar.

Deve dizer-se aos espectadores que se mantenham em silêncio durante a actuação dos colegas de grupo.

O palco é um símbolo da própria vida: as dificuldades que nos esperam, o risco que corremos quando temos que nos expor.

É importante observar as incertezas, a ansiedade, o exibicionismo de alguns e a impossibilidade de outros para subir ao palco.

O Enfermeiro solicita a partilha das vivências experimentadas sobre o palco e as observações dos participantes.

Pode-se também abrir diálogo acerca das modalidades com que se costumam enfrentar, as entrevistas de emprego, e outras situações nas quais temos que nos expor.

➤ **Reconhecer aas emoções “aqui e agora” (Palmira Sette)**

- Objectivo: aprender a entrar em contacto com os próprios estados emotivos.

- Grau de dificuldade: médio

- Fase do grupo: intermédia

- Local: sala protegida de ruídos

- Material: cadeiras

- Duração: 30 a 60m

- Sugestões para o Enfermeiro

O Enfermeiro deverá sublinhar a importância do corpo como meio de comunicação e o quanto, frequentemente, é desvalorizado como tal. Deverá prestar atenção e reforçar todos os comportamentos adequados e pequenos progressos alcançados pelos participantes. Evitar avaliações negativas dos comportamentos inadequados.

- Desenvolvimento

Os participantes colocam as cadeiras em círculo. O Enfermeiro convida-os a sentarem-se e a procurarem uma posição relaxada. Devem tirar ou despertar tudo o que trazem e que possa impedir um bom relaxamento (cinto, relógios, calçado, etc.). De seguida, inclinam a cabeça para a frente, afastam ligeiramente as pernas e apoiam os braços e as mãos sobre as pernas. Quem quiser pode fechar os olhos.

Chegado a este ponto, o Enfermeiro diz “procura libertar a tua mente de todo o tipo de pensamentos, concentra a tua atenção em cada músculo do corpo. Procura libertar a tua mente de todo o tipo de pensamentos, concentra a tua atenção em cada músculo do corpo, concentra a tua atenção em cada músculo do corpo... estão a distender-se e a relaxar. Visualiza a tua face..., os músculos do pescoço..., dos ombros..., deixa-te levar. Relaxa os braços... as mãos..., visualiza os músculos do tórax e do abdómen... estão a distender-se e a relaxar-se. Procura sentir todos os músculos do corpo completamente relaxados. A respiração é regular, inspira e expira. Quando expiras sai o ar e libertas-te de toda a tensão.

Agora procura identificar as tuas emoções, que tipo de emoções predominam neste momento, a sua intensidade e o que está a suscitar”.

O Enfermeiro concede aos participantes 3 minutos de tempo, para se sintonizarem consigo mesmos.

De seguida, convida-os a sair do estado de relaxamento. Diz: “Agora começa a mexer os dedos das tuas mãos, mexer os pés, abre e fecha as palmas das mãos, flecte os braços, mexe as pernas, faz uma longa inspiração e deita fora todo o ar. Podes abrir os olhos”.

De nova em situação de grupo, cada um verbaliza o que experimentou, sobretudo, se conseguiu identificar o estado emotivo e a situação que o desencadeou, eventuais

dificuldades encontradas, etc.

- Sugestões para o Enfermeiro

Este jogo, pode ser proposto na fase principal de desenvolvimento do grupo, no início do exercício, é importante que o enfermeiro observe o modo como os participantes se sentam nas cadeiras, no sentido de os ajudar, se necessário, a adoptarem uma posição melhor. De seguida, devera reparar na capacidade de relaxamento de cada um.

No final do jogo, é importante evidenciar eventuais dificuldades no reconhecimento dos próprios estados emotivos e favorecer a tomada de consciência das mesmas através de diálogo partilhado.

➤ **A tua postura na relação com os outros** (Palmira Sette)

- Objectivo: tomar consciência das modalidades. Que utilizamos no relacionamento com os outros.

- Grau de dificuldade: médio

- Fase do grupo: intermédia

- Local: sala protegida de ruídos

- Material: cadeiras

- Duração: 30 a 60m

- Desenvolvimento

Os participantes devem tirar ou despertar tudo o que trazem e que possa impedir um bom relaxamento (cinto, relógios, calçado, etc.).

O Enfermeiro convida os participantes a sentarem-se e a procurarem uma posição relaxada: a cabeça inclinada para a frente, as pernas ligeiramente afastadas, braços e as mãos apoiadas sobre as pernas. Quem quiser pode fechar os olhos. Começa o relaxamento: “Faz uma grande inspiração e deita fora todo o ar. Procura libertar a tua mente de todo o tipo de pensamentos, concentra a tua atenção em cada músculo do corpo. Procura libertar a tua

mente de todo o tipo de pensamentos, concentra a tua atenção em cada músculo do corpo, concentra a tua atenção em cada músculo do corpo... estão a distender-se e a relaxar. Visualiza a tua face..., os músculos do pescoço..., dos ombros..., deixa-te levar. Relaxa os braços... as mãos..., visualiza os músculos do tórax e do abdómen... estão a distender-se e a relaxar-se. Procura sentir todos os músculos do corpo completamente relaxados. A respiração é regular, inspira e expira. Quando expiras sai o ar e libertas-te de toda a tensão. Em cada expiração repete a palavra calma”.

O Enfermeiro concede 4 minutos aos participantes para relaxarem.

Depois, prossegue: “Agora, recorda um encontro que tenhas tido com um amigo, em que experimentaste um determinado estado emotivo. Procura observar-te exteriormente visualizando a tua atitude corporal, a expressão do teu rosto, o contacto ocular e a distância entre os dois”. Concede-se o tempo necessário para a recordação. De seguida o Enfermeiro propõe os exercícios conclusivos do relaxamento: “Agora começa a mexer os dedos das tuas mãos, mexer os pés, abre e fecha as palmas das mãos, flecte os braços, mexe as pernas, faz uma longa inspiração e deita fora todo o ar. Podes abrir os olhos”.

No final do jogo cada participante verbaliza a situação visualizada, a emoção que experimentou e as dificuldades sentidas. Sobretudo, é importante que verbalize o tipo de postura que assumiu em relação ao amigo, e, se gostaria de assumir uma postura diferente da que visualizou.

#### - Variações

O Enfermeiro pode sugerir a visualização de um encontro com um amigo durante o qual se experimentou uma emoção oposta á que visualizou anteriormente (cólera-afabilidade, tristeza- alegria, etc.).

#### - Sugestões para o Enfermeiro

Este jogo promove a tomada de consciência da postura que assumimos no relacionamento com os outros. É importante que o Enfermeiro tome nota das dificuldades dos participantes e observe se existiram problemas durante a visualização. Nos casos em que foi utilizada a variante do jogo, é importante que os participantes verbalizem se foi mais simples visualizar a situação agradável ou a situação em que exprimiram um sentimento negativo.

➤ **Os donos do espaço** (Tiziana Zappi)

- Objectivo: favorecer a tomada de consciência do espaço pessoal de cada um e do espaço comum a todos

- Grau de dificuldade: fácil

- Fase do grupo: inicial

- Local: sala ou jardim

- Material: para a variante a) rádio/computador e música diversificada

- Duração: 10 a 15m

- Desenvolvimento

O Enfermeiro convida os participantes a espalharem-se pelo local, distanciados o mais possível uns dos outros de maneira a não tropeçarem quando se movimentarem. Quando o Enfermeiro fizer sinal, cada um no seu lugar estende os braços, as pernas e todo o corpo, procurando ficar dono de todo o espaço que conseguir ocupar. É importante que este tipo de trabalho é facilitado se se respirar de forma leve e constante, executando os movimentos com flexibilidade. O Enfermeiro explica, que o espaço pessoal de cada um é como uma bola de sabão que envolve toda a pessoa, e que, portanto, não pode chocar com o espaço pessoal do outro.

O jogo começa sem fundo musical, para que cada um possa seguir o seu ritmo interior (rápido, lento e moderado).

- Variações

a) O mesmo jogo pode ser executado com música de fundo de modo a que os movimentos dos participantes sigam o ritmo dos trechos musicais propostos.

b) Convidar os participantes a correr/andar mais rápido no espaço procurando mover o corpo em todas as direcções mas evitando colidir com os outros.

- Sugestões para o Enfermeiro

Se alguém encontrar dificuldades no exercício, é tarefa do animador indicar as partes do corpo que se podem usar e quais os movimentos a executar.

➤ **As estátuas** (Tiziana Zappi)

- Objectivo: promover o equilíbrio estático e dinâmico, a agilidade, a coordenação motora, a tomada de consciência do espaço pessoal e do espaço comum.

- Grau de dificuldade: fácil

- Fase do grupo: inicial

- Local: sala ou jardim

- Material: nenhum

- Duração: 10 a 15m

- Desenvolvimento

O Enfermeiro convida os participantes a espalharem-se pela sala, A um sinal seu (por exemplo, bater palmas) todos começam a correr/andar mais rápido no local, sem tocarem ou chocarem uns com os outros. É importante pedir a cada membro que abra o seu campo visual o máximo que puder, empenhando-se em partilhar harmoniosamente o espaço comum com o resto do grupo. Quando o Enfermeiro fizer um novo sinal, todos param imediatamente onde estão e assumem uma determinada posição como se fossem estátuas, o Enfermeiro, mentalmente conta até dez e a um novo sinal os participantes começam a correr/andar mais rápido. Quando o Enfermeiro fizer novamente sinal, todos param, e, assumem a posição de estátuas.

O jogo acaba quando todos tiverem assumido pelo menos quatro tipos diferentes de posição de estátuas.

- Sugestões para o Enfermeiro

O Enfermeiro convida os participantes a manterem a respiração constante sem a bloquearem, para facilitar a expressão corporal nas duas diferentes fases, corrida e imobilização, e, desta forma favorecer o bem-estar psicofísico.

➤ **O Pião** (Tiziana Zappi)

- Objectivo: promover o equilíbrio dinâmico e estático, descobrir o movimento controlado do corpo, desenvolver as capacidades rítmicas.

- Grau de dificuldade: médio

- Fase do grupo: inicial

- Local: sala ou jardim

- Material: nenhum

- Duração: 10 a 15m

- Desenvolvimento

O jogo desenrola-se em três fases:

- 1) O Enfermeiro convida os participantes a espalharem-se pela sala e a rodarem sobre si mesmos, e, desta forma imitando o movimento controlado e equilibrado de um pião (aproximadamente 30 segundos).
- 2) A um sinal do Enfermeiro (por exemplo bater palmas), todos param durante um minuto.
- 3) Quando o Enfermeiro disser “Para cima”, os participantes devem saltar/tirar os pés do chão e cair/encostar/ficar imóveis na posição que quiserem. Ficam imóveis (de 1 a 2 minutos).

É importante recordar, que a imobilidade não se identifica com a rigidez do corpo nem com a paragem da respiração. A imobilidade consiste em manter a posição escolhida, respirar regularmente e “sentir” todos os contactos que o corpo possa ter com o solo ou com o meio envolvente.

O Enfermeiro faz um novo sinal e os participantes retomam a posição inicial, e, recomeçam a rodar sobre si mesmos, invertendo o sentido de rotação anterior. O Enfermeiro, convida os participantes a mudarem de posição corporal cada vez que saltam/tiram os pés do chão e caem/encostam/ficam imóveis. A experiencia repete-se, pelo menos quatro vezes.

- Sugestões para o Enfermeiro

A rotação sobre si mesmo, deve ser feita lentamente. Se alguém tiver dificuldades durante a rotação, o Enfermeiro sugere que o participante pare não ao sinal dado, mas quando ele próprio achar necessário.

## **2 – Bibliografia**

- Aragón, M. (2011). *Manual de Psicometricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide,
- Manes, S. (2014). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupo*. São Paulo: Editora PAULUS.



## **Apêndice II**

Instrumento de Avaliação Inicial ao Utente com  
doença mental, elaborado no âmbito do Módulo III-  
desenvolvimento de competências em áreas mais  
específicas da Saúde Mental e Psiquiátrica







Nome \_\_\_\_\_ D.N. \_\_\_\_\_

## I - Aspecto Geral

**Apresentação:** Comprometida  Não Comprometida

**Autocuidado:** Higiene Pessoal: Comprometida  Não Comprometida

**Vestuário:** Adequado  Não Adequado

Obs.: \_\_\_\_\_

**Expressão Facial:** Triste  Expressiva  Inexpressiva

Hiponímica  Hipernímica  Risos imotivados

Obs.: \_\_\_\_\_

**Contacto Visual:** Mantem contacto visual  Mantem contacto c/ olhar fixo

Evita contacto c/olhar  Olha inesperadamente noutras direcções

Obs.: \_\_\_\_\_

**Motricidade/ Padrão de mobilidade:** Comprometida  Não Comprometida

Inquieto  Agitado  Estupuroso

Lento  Estático

Hiperactivo  Apático

**Atitude:** Colaborante Activo  Colaborante Passivo  Não Colaborante

Obs.: \_\_\_\_\_

## II - Funções Cognitivas

**Orientação:** Comprometida  Não Comprometida

Autopsíquica  Heteropsíquica

Obs.: \_\_\_\_\_

**Atenção:** Comprometida  Não Comprometida

Captável/Sustentável  Flutuante  Desorientação

Obs.: \_\_\_\_\_

**Percepção:** Comprometida  Não Comprometida

Correcta  Ilusória  Pseudoalucinação  Alucinação

Obs.: \_\_\_\_\_

**Nível Clareza Consciência:** Comprometida  Não Comprometida

Atento Clara/vígil  Hipomania  Mania Hiperlúcido

Obnubilada Confusa  Estuporosa  Comatosa

Obs.: \_\_\_\_\_

**Discurso:** Comprometido  Não Comprometido

**Fluxo:** Fluente  Pouco Fluente  Escasso  Entrecortado  Pegajoso

**Temática:** Adequado  Inadequado  Descritivo  Excertos

**Construção:** Coerente  Incoerente  Saltos  Repetições

Circunstancialidades  Boa Organização  Má Organização

Obs.: \_\_\_\_\_

**Linguagem:** Comprometida  Não Comprometida

**Velocidade:** Lentificação  Loquacidade

**Qualidade:** Gaguez  Mutismo  Disfonia  Coprolália  Incoerente

Repetição Palavras/sons

Obs.: \_\_\_\_\_

**Pensamento:** Comprometido  Não Comprometido

**Curso e Forma:** Bloqueios  Desconexão  Fuga de Ideias   
Roubo do Pensamento

**Conteúdo:** Ideias Prevalentes  Sobrevalorizadas   
Ideias Delirantes  Ideias Obsessivas   
Pensamento Lógico  Pensamento Mágico   
Adequação de Juízo

Obs.: \_\_\_\_\_

**Memória:** Comprometida  Não Comprometida

**Conservação e Evocação:** Factos Pessoais Recentes   
Factos Pessoais Remotos   
Factos Conhecimento Público

**Aquisição:** História Breve  Fixação de Pares de Palavras   
Fixação de Dígitos  Fixação de Nome   
Fixação de Endereço

**Localização:** Acontecimentos Familiares

**Reconhecimento:** "recordar = passar outra vez pelo coração"  
Confabulação  Paramnésias

Obs.: \_\_\_\_\_

### III - Afectividade

**Humor:** Eutímio  Eufórico  Disfórico  Lábil  Irritável

Exaltado  Expansivo  Êxtase  Deprimido

Obs.: \_\_\_\_\_

#### IV – Actividade

Psicomotricidade: Inquietação  Agitação  Lentificação   
Tiques  Esteriotipias  Maneirismos

#### Actividade Actual:

Segurança/ Violência: Comprometida  Não Comprometida   
Ideação Suicida  Automutilação   
Agressão  Ideias de Morte

Sono: Comprometido  Não Comprometido   
Insónia Inicial  Insónia intermédia/Final   
Insónia Total  Hipersónia

Interação Social: Comprometida  Não Comprometido

Obs.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Enfermeiro (a): \_\_\_\_\_

## **Apêndice III**

“Projecto de Adesão ao Regime Terapêutico, promotor do Autocuidado á Pessoa, Família e/ou Cuidador Informal, em contexto Individual e/ou de Grupo”, elaborado no âmbito do Módulo III - desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiátrica





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiátrica

**“Adesão ao Regime Terapêutico, promotor do Autocuidado á  
Pessoa com doença mental e Família/Cuidador Informal, em  
contexto Individual e/ou de Grupo”**

**Autora:** Daniela Filipa Costa Fernandes

Porto, outubro de 2017



## **Lista de Siglas**

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ICN – International Council of Nurses

PEP – Projecto Espaço Pessoa

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar



## Índice

	Pág.
0- Introdução	109
1- Contextualização do Projecto de melhoria Contínua	111
1.1- Identificação do problema	111
1.2- Observação do contexto do problema	112
1.3- Análise dos dados	113
2- Planeamento da acção	115
3- Estratégias sugeridas	119
4- Aspectos importantes a salientar	121
5- Reflexão final	123
6- Bibliografia	125
7- Apêndices	127
Apêndice I - Questionário ao Utente	129
Apêndice II – Questionário à Família/Cuidador Informal	135



## 0. Introdução

No âmbito do Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Módulo III – Desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria (SMP) – Pedopsiquiatria, Psicogerontologia e Gerontopsiquiatria, Equipas de Psiquiatria Comunitária, Reabilitação e Reinserção (Pessoas com problemas de adição e outros), propus a realização de um projecto de Adesão ao Regime Terapêutico, promotor do Autocuidado á Pessoa com doença mental e Família/Cuidador Informal, em contexto Individual e/ou de Grupo. Este projecto surge, no sentido de dar resposta a um objectivo do projecto de estágio, realizar um “Projecto de Adesão ao Regime Terapêutico, promotor do Autocuidado á Pessoa com doença mental, em contexto Individual e/ou de Grupo”.

Actualmente, a qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados com implicações a vários níveis, assume-se como um dever legal (Decreto-Lei n 247/2009 de 22 de setembro), sendo que, a melhoria contínua da qualidade, insere-se em um dos domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente, no que se refere a “*conceber, gerar e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade*” (OE, Regulamento n 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011).

De acordo com os padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a reflexão sobre o exercício profissional, contribui para a melhoria dos Cuidados de Enfermagem. Neste contexto, um programa de melhoria contínua tem como ponto central das suas actividades, a análise de processos, a solução de problemas e a padronização de rotinas, é um ciclo de desenvolvimento que tem foco na melhoria contínua.

No sentido de elaborar um projecto de melhoria contínua, no âmbito da “Adesão ao Regime Terapêutico, promotor do Autocuidado á Pessoa com doença mental e Família/Cuidador Informal, em contexto Individual e/ou de Grupo”, adaptado às potencialidades do serviço de internamento em psiquiatria, comecei por realizar uma colheita de dados de caracterização das Pessoas internadas no serviço, durante um período de 10 dias. Da análise dos dados, evidencia-se, a taxa elevada de Pessoas internadas por não cumprimento do regime terapêutico.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), O International Council of Nurses (ICN) e a Ordem dos Enfermeiros (OE), estes resultados, são reconhecidos como sendo um dos principais problemas dos Sistemas de Saúde. Ainda de acordo com as mesmas fontes, as implicações do não cumprimento do regime terapêutico, incluem o aumento da

morbilidade e mortalidade, a redução da qualidade de vida e a insatisfação dos Clientes. Os ganhos em saúde para o cliente exigem regimes de tratamentos efectivos e a adesão aos mesmos.

Neste contexto, pretendo elaborar um projecto de melhoria contínua, utilizando como metodologias, a observação participante, entrevistas informais, consulta de dados, pesquisa bibliográfica e a reflexão crítica; integrando o “Ciclo de Deming” e o modelo de desenho de avaliação da qualidade “O chek list de Heather Palmer” na sua estrutura e elaboração.

O Ciclo de Deming tem por princípio evidenciar a clareza e a agilidade nos processos envolvidos na execução da gestão, dividindo-a em quatro fases (PDCA), que são: Plan (Planear), Do (Fazer), Check (Verificar), Action (Agir para corrigir). Este modelo, desenvolve-se em oito etapas: identificar e descrever o problema; perceber o problema e dimensioná-lo; formular objetivos iniciais; perceber as causas; planear e executar as tarefas/atividades; verificar os resultados; propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa; reconhecer e partilhar o sucesso.

Após a quarta fase do Ciclo de Deming, ou seja, após conhecermos as causas de um problema, podemos iniciar a preparação do estudo que deverá respeitar as etapas do Check List para uma avaliação da qualidade de Heather Palmer.

Este projecto integra três partes, em que, a primeira parte contextualiza o problema identificado, e assim, justifica a pertinência da sua elaboração; a segunda parte integra o planeamento da acção; e, a terceira parte apresenta as estratégias sugeridas.

## **1. Contextualização do Projecto**

Este projecto de melhoria contínua, vem dar resposta a uma necessidade por mim identificada no percurso da minha prática profissional, assim como, da observação e identificação das necessidades inerentes ao contexto do estágio III.

### **1.1. Identificação do problema**

De acordo com os dados obtidos, da colheita de caracterização das Pessoas que frequentam o Projecto Espaço Pessoa (PEP), uma grande percentagem, apresenta internamento/reinternamento, por não cumprimento do regime terapêutico, nomeadamente, o cumprimento inadequado da prescrição medicamentosa, não raras as vezes, acompanhado da adopção de hábitos/estilos de vida prejudiciais á saúde física e mental da Pessoa. De acordo com esta linha de pensamento, e, considerando que a adesão ao regime terapêutico não é um fim em si mesmo, mas uma condição para a eficácia da gestão do regime terapêutico, destaca-se a importância de intervenções de Enfermagem, direccionadas para a adesão ao regime terapêutico, promotor do autocuidado.

Em 2005, o ICN associa a adesão a aspetos volitivos. O ICN refere-se à adesão como: “Acção Auto iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e Introdução da reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)” (ICN, 2011).

Considerando a ideia, de que, a adesão implica um papel dinâmico e colaborativo da Pessoa no planeamento e implementação do seu regime de tratamento, o plano terapêutico que é traçado pelo/com a Pessoa, atendendo às suas necessidades e objectivos, tem grande probabilidade de manter níveis motivacionais geradores de comportamentos adequados de adesão.

Assim, torna-se relevante a identificação das necessidades em saúde necessárias á compreensão do estado de saúde mental dos Utentes e Família/Cuidador Informal, de forma, a ser possível o planeamento, implementação e realização de várias estratégias/intervenções,

permitindo uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental da Pessoa, das suas capacidades internas e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental, de forma a potenciar processos de transição saudáveis, através da promoção da funcionalidade e autonomia ao longo do ciclo de vida, integrada na Família, Grupos e Comunidade.

Neste contexto, e, considerando a importância do papel da Família/Prestador de cuidados à Pessoa com doença mental, torna-se relevante intervir neste contexto.

O papel de Prestador de Cuidados é complexo, evidenciando-se uma necessidade crescente de desempenho de novas funções, de forma a fazer face às manifestações da doença e necessidades do Utente.

O Cuidador Informal pode ser classificado em três tipos:

- Cuidador Principal ou primário, aquele sobre quem é depositada a responsabilidade pela prestação de cuidados, responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar directamente da Pessoa.
- Cuidador Secundário, alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, nomeadamente Familiares que dão apoio ao Cuidador Principal, nas suas ausências e/ou situações de emergência.
- Cuidador Terciário, alguém familiar, amigo, vizinho, que esporadicamente ou só quando solicitado presta cuidados à Pessoa, mas sem qualquer responsabilidade sobre o cuidar.

## **1.2. Observação do contexto**

Realizei uma colheita de dados, de forma a caracterizar as Pessoas que frequentam o Projecto Espaço Pessoa.

Esta colheita de dados foi realizada, através da consulta dos processos de Enfermagem, entrevistas de avaliação inicial dos Utentes, assim como, entrevistas informais aos Profissionais da Equipa Multidisciplinar.

Através da análise dos dados, pude verificar que, o motivo de internamento/reinternamento dos Utentes, foi o abandono da terapêutica instituída.

Neste contexto, a análise destes dados, demonstra uma percentagem elevada de reinternamentos, assim como, define o não cumprimento do regime terapêutico como o motivo mais frequente de internamento/reinternamento.

### **1.3. Análise dos dados**

O não cumprimento do regime terapêutico, influência de forma negativa, o controle adequado da sintomatologia observável em Pessoas com doença mental, sendo um dos principais indicadores do prognóstico, aumentando o risco de recaída, número e duração dos internamentos/reinternamentos.

A adesão ao regime terapêutico é um conceito complexo e multifactorial, tendo sido definido pela OE, como uma diversidade de comportamentos em contexto de saúde, que ultrapassam, a toma da medicação prescrita, incluindo a autogestão da doença e suas consequências.



## 2. Planeamento da acção

Este ponto encontra-se estruturado segundo o modelo de desenho de avaliação da qualidade “O chek list de Heather Palmer”.

<b>A – Dimensão estudada</b>	
<b>“Adesão ao Regime Terapêutico”</b>	
Eficiência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição dos reinternamentos por não adesão ao regime terapêutico,</li> <li>-Aumento da satisfação dos Utentes, Família/Cuidador Informal.</li> <li>- Contribuição para a preservação da dinâmica Social e Familiar saudável, indispensável na reabilitação do Utente.</li> </ul>
Efectividade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter ganhos em Saúde.</li> <li>- Gestão dos recursos de saúde.</li> <li>- Melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem.</li> </ul>
Adequação técnico-científica	Desenvolvimento do projecto por Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiatria.
Satisfação/aceitabilidade	Um projecto desta natureza promove o cumprimento do regime terapêutico e a satisfação do Utente, Família/Cuidador Informal. Facilita a identificação de dificuldades, permitindo o planeamento de actividades junto do Utente e Família/Cuidador Informal, de forma a melhorar a adesão e integração dos vários aspectos do regime terapêutico.
Acessibilidade	Pretende-se abranger todos os Utentes e Família/ Cuidador Informal, inseridos no Projecto Espaço Pessoa.

<b>B – Unidades de estudo</b>	
Utilizadores incluídos na avaliação	Utentes inseridos no Projecto Espaço Pessoa e Família/ Cuidador Informal.
Profissionais em avaliação	Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiatria do Projecto Espaço Pessoa.
Período de tempo que se avalia	Revisão global do projecto – anual.

<b>C – Tipo de dados</b>	
Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiatria,</li> <li>- Gabinete,</li> <li>- Mesas e cadeiras,</li> <li>- Computador,</li> <li>- Papel,</li> <li>- Questionários,</li> <li>- Base de dados digital,</li> <li>- Documentação de apoio.</li> </ul>
Processo	Cumprimento do processo de intervenção ao Utente inserido no Projecto Espaço Pessoa e á sua Família/Cuidador Informal.
Resultados	Percentagem de reinternamentos por não adesão ao regime terapêutico.
Objectivos Organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o número de Utentes com risco de não adesão ao regime terapêutico inseridos no Projecto Espaço Pessoa.</li> <li>- Garantir uma taxa significativa de adesão ao projecto, dos Utentes com risco de não adesão ao regime terapêutico.</li> <li>- Assegurar uma taxa significativa de adesão ao projecto, da Família/Cuidador Informal dos Utentes com risco de não adesão ao regime terapêutico.</li> <li>- Diminuir os reinternamentos por não adesão ao regime terapêutico.</li> </ul>
Resultados em Saúde	<p>- Percentagem de reinternamentos por não adesão ao regime terapêutico:</p> $\frac{\text{N de Utentes com reinternamentos por não adesão ao regime terapêutico}}{\text{N total de Utentes inseridos no PEP}} \times 100\%$ <p>- Taxa de Utentes com risco de não adesão ao regime terapêutico:</p> $\frac{\text{N de Utentes com risco de não adesão ao regime terapêutico}}{\text{N total de Utentes internados PEP}} \times 100\%$ <p>- Taxa de adesão ao projecto, dos Utentes com risco de não adesão ao regime terapêutico:</p> $\frac{\text{N de Utentes que aderem ao projecto}}{\text{N total de Utentes internados PEP}} \times 100\%$

	<p>- Taxa de adesão ao projecto, da Família/cuidador Informal dos Utentes que aderem ao projecto</p> $\frac{\text{N de Famílias/Cuidadores Informais Que aderem ao projecto}}{\text{N total de Famílias/Cuidadores Informais dos Utentes com risco de não adesão ao regime terapêutico}} \times 100\%$
--	--

<b>D – Fonte de dados</b>	
Processos de enfermagem – Papel Questionário ao Utente Questionário á Família/Cuidador Informal Registo de dados do Projecto – Bases de dados	

<b>E – Tipo de avaliação</b>	
Tipo de avaliação	<p><u>Interna</u></p> <p>Interpares          - Enfermeiros responsáveis pelo projecto, planeiam auditorias ao desenvolvimento do projecto.</p> <p>Autoavaliação          - Preenchimento de folha de registos das intervenções (tempo, dinâmica, estratégias, local...)</p>

<b>F – Critérios de avaliação</b>		
Critérios implícitos Critérios explícitos - normativos		
Critérios	Exceções	Esclarecimentos
Aplica-se o questionário de risco de não adesão ao regime terapêutico a todos os Utentes inseridos no Projecto Espaço Pessoa.		
Todos os Utentes com risco de não adesão ao regime terapêutico integram o projecto.	- Aqueles que não o desejem, - Utentes com agitação, hiperatividade, agressividade e sonolência.	Estes Utentes, apenas não integram o grupo terapêutico enquanto mantiverem o mesmo estado

Todas as Famílias/Cuidadores Informais dos Utentes com risco de não adesão ao regime terapêutico integram o projecto.	- Aqueles que não o desejem. - Quando não existe Família/Cuidador Informal identificado	
---	--	--

<b>G – Colheita dos dados – Quem colhe dados</b>
Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiatria
<b>H – Relação temporal</b>
Avaliação retrospectiva – com monitorização dos indicadores
<b>I – Seleção da amostra</b>
- Base populacional - Amostra selectiva
<b>J – Intervenção prevista</b>
Medidas educacionais dirigidas aos Utentes e Família/Cuidador Informal: - Psicoeducação individual e/ou em grupo, - Socioeducação individual e/ou em grupo
Mudanças estruturais: - Reorganização das actividades de Enfermagem no Projecto Espaço Pessoa.

### 3 - Planeamento da acção

Estratégias	Itens a incluir
Apresentação do projecto á Equipa de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objectivos,</li> <li>- Metodologia,</li> <li>- Apresentação dos questionários,</li> <li>- Discussão dos diagnósticos de Enfermagem,</li> <li>- Definição do inicio da implementação do projecto.</li> </ul>
Facilitação da comunicação com o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria	<p>Criação de meios de comunicação de apoio de Enfermagem e outras áreas (Serviço Social, Psicologia...) aos Utentes, Família/Cuidador Informal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Linha telefónica (já existente),</li> <li>- E-mail,</li> <li>- Pagina web numa rede social.</li> </ul>
Divulgação do projecto ao Utente e Família/Cuidador Informal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria ao Utente,</li> <li>- Consentimento informado.</li> </ul>
Avaliação do risco de não adesão ao regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicação de questionário ao Utente e Família/Cuidador Informal.</li> </ul>
Planeamento da intervenção individual e/ou em grupo ao Utente com risco de não adesão ao regime terapêutico e á Família/Cuidador Informal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Psicoeducação: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acerca Da doença (sinais e sintomas, complicações, sinais de alarme de recaída e atitude adequada),</li> <li>- Vigilância de Saúde (consultas),</li> <li>- Tratamento psicofarmacológico, seus efeitos desejados e efeitos adversos, cumprimento do regime medicamentoso,</li> <li>- Promoção do autocuidado,</li> <li>- Promoção sobre hábitos de alimentação saudável,</li> <li>- Promoção de hábitos de actividade física,</li> <li>- Promoção de hábitos de sono,</li> <li>- Promoção de hábitos de actividade sexual, prevenção IST's,</li> <li>- Identificação de factores de stresse do utente e Família/Cuidador Informal,</li> <li>- Promoção de estratégias ao Utente e Família/Cuidador Informal, para enfrentar os factores de stresse relacionados com o abandono do regime medicamentoso,</li> <li>- Integração de factores de protecção de uma forma eficaz (doença, hábitos de vida saudáveis, identificação precoce de factores de risco e de recaída,</li> <li>- Tratamento não farmacológico.</li> </ul> </li> <li>✓ Promoção da autoestima,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promoção da esperança,</li> <li>✓ Proporcionar orientação para a realidade,</li> <li>✓ Apoiar a Família/Prestador de Cuidados, através de várias estratégias a implementar (expressão e partilha de sentimentos e emoções em contexto individual e/ou dinâmica de grupo...),</li> <li>✓ Socio educação <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção da inclusão social (página web do serviço),</li> <li>- Estigma: conceito de cidadania, direitos da Pessoa com doença mental.</li> </ul> </li> </ul>
Planeamento da intervenção no grupo terapêutico	Este grupo deve ser seleccionado de acordo com as capacidades/necessidades individuais dos Utentes e Família/Cuidador Informal. As sessões a realizar podem ter temáticas sugeridas pelos Utentes e sua Família/Cuidador Informal, ou pelos Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiatria, como uma periodicidade a determinar.
Plano de articulação coma as Unidades Funcionas dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)) – UCC e USF e Centros Hospitalares	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Programar reunião, para informar do projecto e articular plano de cuidados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro de Referência (UCC),</li> <li>- Enfermeiro de Família (USF),</li> </ul> </li> <li>✓ Programar actividades de articulação com Centros hospitalares (marcação de consultas...).</li> </ul>
Planeamento de reavaliação do risco de não adesão ao regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avaliar <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resposta ao ensino,</li> <li>- Resposta á medicação.</li> </ul> </li> </ul>

## 4- Aspectos importantes a salientar

### Tipo de intervenção

- ✓ Utente sem défice cognitivo grave e com Família/Cuidador Informal
  - Intervenção Individual,
  - Intervenção em Grupo,
  - Intervenção Familiar,
  - Intervenção Multifamiliar.
  
- ✓ Utente sem défice cognitivo grave e sem Família/Cuidador Informal
  - Intervenção Individual,
  - Intervenção em Grupo.
  
- ✓ Utente com défice cognitivo grave e com Família/Cuidador Informal
  - Intervenção Individual,
  - Intervenção Familiar,
  - Intervenção Multifamiliar.
  
- ✓ Utente com défice cognitivo grave e sem Família/Cuidador Informal
  - Intervenção Individual,
  
- ✓ Utente sem défice cognitivo grave e com Família/Cuidador Informal com défice cognitivo grave ou agressividade
  - Intervenção Individual,
  - Intervenção em Grupo,
  - Intervenção Familiar.



## 5 – Reflexão final

A aprovação de projectos de qualidade, não é suficiente por si só, as Instituições e Profissionais de Saúde devem assumir um compromisso de criar um ambiente favorável á sua implementação e consolidação, de forma a fomentar eficiência, ganhos em Saúde e aumento da satisfação de todos os intervenientes.

Assim, compreendo que em cuidados de Saúde Mental e Psiquiatria aplicados á comunidade, torna-se de extrema importância a implementação de intervenções eficazes, no sentido de uma melhora na qualidade e nos resultados em Saúde, o que se reflecte em ganhos para o Utente, sua Família/Cuidador Informal e para a própria Comunidade/Sociedade.

Neste sentido, a adesão ao regime terapêutico, evidencia-se como um princípio fundamental na recuperação, integração/reintegração na Família e meio envolvente, permitindo uma inserção/reinserção na comunidade que o satisfaça.

Reconhecendo a importância e papel fulcral, da Família/Cuidador Informal na recuperação ou manutenção da Saúde do Utente, torna-se importante ajudar os Cuidadores a desenvolver um caminho de teorização sobre a prática do cuidar, permitindo explicar, entender e aceitar processos vividos. Assim, neste contexto, prover os Cuidadores Informais de melhores habilidades interpessoais e sociais, promove uma adaptação eficaz e eficiente ao contexto da Pessoa a ser cuidada.

O desenvolvimento e aplicação deste tipo de projectos, potencia ganhos para o Utente e Família/Cuidador Informal, assim como, a dinâmica da comunidade; reflectindo-se na qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente no que se refere á adesão e gestão do regime terapêutico, permitindo a integração dos diferentes aspectos que o compõem.

Neste contexto promovem-se critérios de uniformização e actuação eficazes para as Instituições, sendo que, o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde mental e Psiquiatria é fundamental na promoção da aprendizagem e consequentemente no aumento dos recursos pessoais, familiares e comunitários, que ajudem os intervenientes afazerem face aos desafios de Saúde.

Assim, considero que o Projecto Espaço Pessoa, reúne potencialidades para a implementação de intervenções promotoras de bem-estar, sensíveis a resultados e ganhos em Saúde.

## 6 – Bibliografia

- Ordem dos Enfermeiros (2013). Secção Regional do Sul. Guião para a Organização de Projectos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem Regional;
- Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República;
- International Council of Nurses (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. Catálogo de classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE). Edição: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa: ordem dos Enfermeiros;
- Direcção Geral de Saúde (2008). Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016;
- Direcção-Geral de Saúde (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental;
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Procedimentos de Enfermagem na Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica. Parecer n. 6/2013;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Programa para adesão ao regime medicamentos



# Apêndices



# **Apêndice I**

## **Questionário ao Utente**



## Questionário ao Utente de Avaliação do risco de Não adesão ao Regime Terapêutico

Data: \_\_\_\_\_ Enfermeiro (a) \_\_\_\_\_

Nome do Utente: _____	
Atitude da Família/Grupo significativo	O que acha que a Família/grupo significativo pensa do seu diagnóstico? Aceita _____ Indiferença _____ Não sabe _____
Apoio social	Tem Pessoas/Grupos significativos na sua vida, que o apoiam e/ou estão disponíveis para si? Sim _____ Não _____
Analfabetismo	Sabe ler? Sim _____ Não _____  Tem dificuldade em ler instruções ou informações dadas pelos Técnicos de saúde? Sim _____ Não _____
Crenças de saúde	O que acha que o beneficia mais (de acordo com os sintomas referidos), a medicação, alimentação, o exercício físico, psicoterapias... _____  Já tomou outros medicamentos que na sua opinião foram mais eficazes que o tratamento prescrito? _____ _____
Estigma	Mantém a sua doença e/ou tratamento em segredo? Sim _____ Não _____  Preocupa-se que haja consequências negativas se outros descobrirem acerca da sua doença e/ou tratamento? Sim _____ Não _____
Força de Vontade (volição)	Tem alguma questão que afecte a sua capacidade de fazer a actividade necessária para levar a cabo o seu regime terapêutico? Sim _____ Não _____

<p>Mobilidade (compromisso musculo esquelético/musculo-articular)</p>	<p>Tem alguma dificuldade em abrir frascos, deslocar-se? Sim _____ Não _____</p> <p>Tem dores que interferem com o cumprimento do seu regime terapêutico? Sim _____ Não _____</p>
<p>Cognição</p>	<p>Há algo que o impeça de seguir o seu regime de tratamento? Sim _____ Não _____</p> <p>Esquece-se de onde está e do que está a fazer? Sim _____ Não _____</p> <p>Tem dificuldade em lembrar-se das coisas? Sim _____ Não _____</p> <p>Tem dificuldade em seguir as instruções do tratamento? Sim _____ Não _____</p> <p>Pensa que os outros estão a controlar a sua mente? Sim _____ Não _____</p>
<p>Percepção</p>	<p>Ouve vozes/vê coisas que os outros não ouvem/veem? Sim _____ Não _____</p> <p>Estas vozes/visões, interferem na toma da medicação e/ou na capacidade de seguir o tratamento? Sim _____ Não _____</p>
<p>Défi ce Sensorial</p>	<p>Tem dificuldade de: Visão: sim _____ não _____ Audição: sim _____ não _____ Paladar: sim _____ não _____ Olfacto: sim _____ não _____ Toque: sim _____ não _____</p>
<p>Negação</p>	<p>É da opinião de que esta doente ou que necessita de ajuda dos Profissionais de Saúde? Sim _____ Não _____</p> <p>Concorda com o diagnostico médico? Sim _____ Não _____</p>
<p>Fadiga</p>	<p>É costume sentir-se demasiado cansado para tomar a medicação, fazer exercício físico, preparar refeições ou ir ás consultas médicas? Sim _____ Não _____</p>

Ansiedade	É costume sentir-se tao tenso ou nervoso que não consegue tomar a medicação, tomar decisões ou comparecer nas consultas marcadas? Sim _____ Não _____
Medo	Há alguma coisa que o assuste em relação á sua doença ou ao tratamento? Sim _____ Não _____
Falta de Esperança	Sente-se subjugado pela doença e/ou pelo tratamento? Sim ___ Não _____ Acha que é impossível gerir a sua situação? Sim ___ Não ___ Apetece-lhe desistir? Sim _____ Não _____
Consumo álcool, drogas, tabaco	Consome álcool para tratar e/ou reduzir os sintomas da doença? Sim _____ Não _____ Consome algum tipo de droga? Sim _____ Não _____ Fuma? Sim _____ Não _____
Regime de tratamento complexo	Toma mais de cinco medicamentos diferentes? Sim ___ Não _____ Tem prescrição de medicação de mais de duas tomas por dia? Sim _____ Não _____
Efeitos secundários da medicação	Sente os efeitos secundários da medicação? Sim ___ Não ___ Os efeitos secundários da medicação fazem com que queira parar de tomar a medicação? Sim _____ Não _____
Capacidade de adequação/ajustamento	De que forma é que o cumprimento do regime terapêutico se enquadra no seu estilo de vida? Adequado _____ Não Adequado _____



**Apêndice II**  
Questionário à Família/Cuidador  
Informal



## Questionário á Família/ Cuidador Informal de Avaliação do risco de Não adesão ao Regime Terapêutico

Data: \_\_\_\_\_ Enfermeiro (a) \_\_\_\_\_

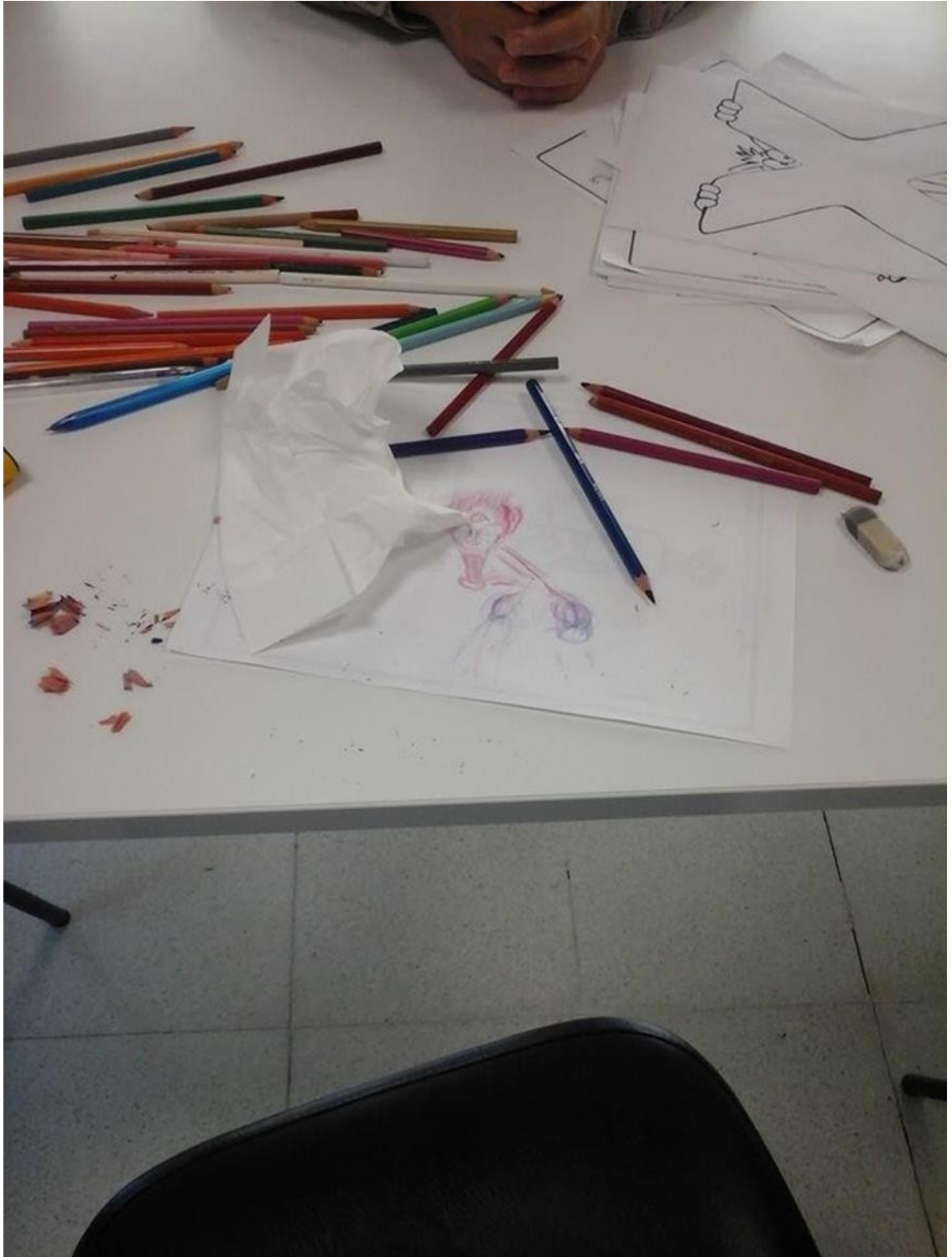
Nome do Utente: _____	
Pessoa Significativa: _____	
Aceitação do papel de Prestador de Cuidados	<p>Conhece o diagnóstico médico da Pessoa de quem cuida? Sim _____ Não _____</p> <p>Conhece os sinais e sintomas da manifestação da doença/recaída? Sim _____ Não _____</p> <p>Aceita a doença mental da Pessoa de quem cuida? Sim _____ Não _____</p>
Stresse do Prestador de Cuidados	<p>Preocupa-se face aos sinais/sintomas do Utente? Sim Não</p> <p>Entra em comunicação hostil ou limitada com o Utente? Sim Não</p> <p>Sente que tem conhecimentos suficientes para assistir o Utente? Sim      Não</p> <p>Fala abertamente sobre a doença com o Utente? Sim Não</p> <p>Mantém a doença e/ou tratamento do Utente em segredo? Sim      Não</p> <p>Preocupa-se que possa haver consequências negativas, se outros descobrirem acerca da Doença e/ou tratamento do Utente? Sim _____ Não _____</p>

	<p>Frequenta grupos sociais de apoio, de forma a desenvolver competências de gestão do regime terapêutico?  Sim ____ Não ____</p> <p>Tem conhecimentos para adoptar medidas de segurança?  Sim ____ Não ____</p> <p>Tem tempo suficiente para si próprio?  Sim ____ Não ____</p> <p>Sente-se por vezes sem capacidades para gerir a situação?  Sim ____ Não ____</p> <p>Tem tempo suficiente para outras pessoas significativas e/ou Família?  Sim ____ Não ____</p> <p>Sente-se por vezes sem capacidades para fazer face às necessidades do Utente?  Sim ____ Não ____</p> <p>Afastou-se do convívio com outras Pessoas ou deixou de realizar actividades que gostava?  Sim ____ Não ____</p> <p>Esta situação é geradora de emoções menos positivas como irritação, medo...?  Sim ____ Não ____</p> <p>Sente-se muito cansada com frequência?  Sim ____ Não ____</p> <p>Tem dificuldades no padrão de sono por causa desta situação?  Sim ____ Não ____</p> <p>Acha que a sua qualidade de vida piorou?  Sim ____ Não ____</p> <p>Denota alterações no seu estado de Saúde provocadas/despoletadas pelo processo de cuidar do Utente?  Sim ____ Não ____</p> <p>O comportamento do Utente é causador de Problemas?  Sim ____ Não ____</p>
--	--

## **Apêndice IV**

Imagens de actividades lúdico terapêuticas realizadas no âmbito do Módulo II - desenvolvimento de competências em Unidades de Intervenção em Crise no Adulto















## **Apêndice V**

Imagens de actividades lúdico terapêuticas  
realizadas no âmbito do Módulo III - desenvolvimento  
de competências em áreas mais específicas da Saúde  
Mental e Psiquiátrica







## **Apêndice VI**

Dinâmica de Grupo programada e realizada no âmbito  
do Módulo II - desenvolvimento de  
competências em Unidades de Intervenção em  
Crise no Adulto



<b>Actividade:</b> “Grupo Terapêutico de Expressão Corporal”	
<b>Local:</b> Sala de Reuniões do Serviço de Psiquiatria do CHVNG/E	<b>Recursos:</b> Sala com tamanho adequado, cadeiras, rádio ou computador.
<b>Duração:</b> 40/60m	
<p><b>Objectivos para os Enfermeiros:</b> Orientar os Utentes para mudança de comportamento e alívio de sintomas, avaliar a destreza, o reflexo e a capacidade de resiliência do Utente, estimular a interacção do grupo, promover a reflexão e troca de experiências na realização dos diferentes exercícios e jogos, e, ajudar a remover barreiras, facilitando a comunicação com os novos Utentes e/ou entre os mais introvertidos que necessitem de um incentivo maior</p>	
<p><b>Objectivos para os Utentes:</b> reduzir períodos de ócio, desenvolver a comunicação verbal e não-verbal, desenvolver as capacidades motoras e sensoriais, desenvolver a autoexpressão e imaginação, desenvolver a improvisação e as capacidades cognitivas, experienciar vivências em grupo, desenvolver a confiança no outro e no próprio; desenvolver a capacidade de seguir instruções, e treinar a assertividade.</p>	
<p><b>Preparação da Actividade:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selecção dos Utentes, incluindo os Utentes que por vários aspectos e características poderiam beneficiar da actividade em termos terapêuticos,</li> <li>- Preparação do ambiente e da sala,</li> <li>- Os Utentes foram motivados a participar na actividade,</li> </ul>	
<p><b>Descrição da Actividade:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participaram 6 Utentes, a totalidade de Utentes seleccionados foi de 7, no entanto, um Utente não participou por estar em Consulta Médica no horário de realização da actividade.</li> <li>- No início da sessão procedi á minha apresentação assim como á dos EESMP, a seguir todos os Utentes disseram o seu nome. A actividade foi explicada aos Utentes. Iniciamos com recurso a música a realização de exercícios de respiração, inspirando e expirando profundamente 3 vezes, enquanto o movimento dos braços acompanhava a</li> </ul>	

subida e descida do ar. De seguida, foram realizados exercícios músculo articulares, como por exemplo, círculos com os braços, rotação dos ombros, esticar os ombros, levantar os calcanhares, movimentos laterais dos braços, flexões laterais, entre outros; complementados e combinados com técnicas respiratórias e de fluidez de movimento. Terminada esta primeira fase da sessão, foi sugerido aos Utentes que usassem a sua imaginação guiada, pedindo que numa fase inicial visualizassem uma corda suspensa no ar, que tentassem caminhar sobre ela em círculo, utilizando o corpo como meio expressivo do equilíbrio exigido ao caminhar. Foi pedido aos Utentes que verbalizassem a cor da sua corda, na sua maioria os Utentes referiram o beije e o castanho. Após três voltas circulares, foi pedido aos Utentes que saltassem da corda e que se visualizassem num pomar com muitas macieiras, que apanhassem uma maçã e a comessem, apelando ao movimento expressivo da face. Os Utentes foram convidados a dizer a cor da sua maçã, tendo as respostas variado entre o verde, o vermelho e o amarelo.

Terminado este exercício, pedi aos Utentes que se sentassem em círculo, e passamos á execução do próximo exercício, em que, eu iniciava com um movimento, a Pessoa ao meu lado realizava o meu movimento e outro imaginado ou recordado por si, e assim sucessivamente, cada Utente na sua vez, realizava os movimentos anteriores e acrescentava um novo, até ao término do círculo. Foram efectuadas duas voltas, uma em sentido horário e outra em sentido anti-horário. No final foram efectuados três exercícios respiratórios de inspiração e expiração profunda. Para fechar a sessão, cada Utente fez uma avaliação global da actividade, agradeceu a presença e participação dos Utentes e encerrei a sessão, não abandonando a sala de imediato, com o objectivo de avaliar o comportamento dos Utentes.

**Avaliação da Actividade:**

Os exercícios propostos foram realizados de acordo com o que foi descrito e exemplificado, havendo por vezes, algumas alterações de acordo com a reacção dos Utentes. Na actividade o insucesso não tem lugar, pois cada Pessoa tem o seu ritmo e as suas possibilidades.

Na sua globalidade os objectivos para os Enfermeiros e para os Utentes foram atingidos, sendo que, todos os Utentes exprimiram bem-estar.

**Bibliografia:**

- Couto A., Mucha A., Gonçalves E., (2009). *Manual de Actividades de Grupo “Expressão Corporal”*. Serviço de Internamento em Psiquiatria e Saúde Mental do CHVNG/E, Porto;
- Aragón, M. (2011). *Manual de Psicomotricidad*. Ediciones Pirámide, Madrid;
- Manes, S. (2014). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupo*. Editora PAULUS, São Paulo.



## **Apêndice VII**

Entrevistas de Enfermagem realizadas no âmbito do Módulo II - desenvolvimento de competências em Unidades de Intervenção em Crise no Adulto



## **Entrevista de Enfermagem não programada á Senhora MC**

No decorrer do Estágio, no dia 15 de maio do corrente ano, realizei uma Entrevista de Enfermagem não estruturada (Intervenção de Enfermagem não programada) a uma Utente com Diagnóstico Médico inicial de Depressão Neurótica, com uma evolução no tempo de 20 anos.

A Utente apresentava-se orientada auto e alo psiquicamente, fácis triste e aspecto cuidado. Utente com comportamento adequado e colaborante, apresentava humor eutímico e pensamento estruturado. Nos aspectos do âmbito da psicomotricidade, a Utente manifestava actividade lentificada que justificava por ter problemas nos joelhos referindo dor. Permanecia sentada todo o dia e tinha dificuldades de mobilidade.

Referiu que a sua história clínica psiquiátrica se iniciou quando os Pais morrerem num acidente de mota, de acordo com a Utente, o Pai ia a conduzir quando a mota se despistou. Refere que não viu os corpos dos Pais porque "...a seguir ao despiste de mota foram atropelados por um camião..." sic, e, disseram-lhe que os corpos tinham ficado destroçados.

Refere estar a receber o Rendimento Social de Inserção (RSI), viver com o Marido e ter um Filho já casado que mantém uma relação conflituosa com o Pai.

A decisão de internamento foi tomada de forma livre e esclarecida quanto aos direitos e deveres da Utente. O motivo do internamento foi ingestão medicamentosa voluntária, que diz ter sido "...só para chamar a atenção..." sic.

Relata que nos últimos tempos pensou que "...o Marido tinha uma amante, que era apresentadora de um programa de televisão..." sic, diz saber que não era real porque quando esteve internada no Hospital Magalhães Lemos (HML), o Marido percorreu vários quilómetros para a ir ver provando-lhe que era dela que ele gostava.

Quando questionada acerca da medicação no domicílio, referiu que tomava dia sim, dia não, para poupar dinheiro.

Neste contexto, os Diagnósticos de Enfermagem identificados e Intervenções de Enfermagem realizadas neste contacto foram:

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Gestão do Regime Terapêutico</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Gestão do Regime Terapêutico comprometida</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b>  15/05/2017	<p>- Aconselhamento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Disponibilizar ajuda para dar resposta às necessidades psicológicas,</li> <li>○ Facilitar a mudança de comportamentos relacionados com a Saúde,</li> <li>○ Escutar e acolher as preocupações e o sofrimento, e, promover o bem-estar psicológico,</li> <li>○ Identificar as preocupações fundamentais que o Utente tem em relação à Saúde e ajudá-lo a lidar eficazmente com elas através de estratégias de coping eficazes.</li> </ul> <p>- Psicoeducação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conceito de doença,</li> <li>○ Sinais e sintomas,</li> <li>○ Complicações da doença,</li> <li>○ Vigilância de Saúde, consultas,</li> <li>○ Tratamento Psicofarmacológico, efeitos desejados e efeitos adversos, importância do cumprimento do regime medicamentoso,</li> <li>○ Promoção de hábitos de actividade física,</li> </ul>	<b>Data termo</b>

	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Tratamento não farmacológico,</li><li>○ Integração dos factores de protecção de forma eficaz (doença, hábitos de vida saudáveis, identificação precoce de factores de risco de recaída),</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>- Incentivar a comunicação de emoções,</li><li>- Encorajar expressão de crenças,</li><li>- Promover a actividade física. Efectuado passeio com a Utente pelo jardim do Serviço,</li><li>- Incentivar a participação em actividades e dinâmicas de grupo implementadas no Serviço,</li><li>- Incentivar/promover esperança,</li><li>- Incentivar iniciativa,</li><li>- Incentivar progressos,</li><li>- Escutar,</li><li>- Disponibilizar suporte emocional.</li></ul>	18/06/2017
--	---	------------

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Aceitação do Estado de Saúde</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Aceitação do Estado de Saúde comprometido</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b>		<b>Data termo</b>
15/05/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a Aceitação do Estado de Saúde,</li> <li>- Encorajar a Aceitação do Estado de Saúde,</li> <li>- Ensinar sobre estratégias adaptativas,</li> <li>- Ensinar sobre Serviços de Saúde,</li> <li>- Incentivar a comunicação de emoções,</li> <li>- Incentivar Aceitação do Estado de Saúde,</li> <li>- Promover a consciencialização e potenciar o Insight Terapêutico.</li> </ul>	18/05/2017

A Utente teve Consulta Médica no dia 16 de maio, momento em que soube que iria ter Alta Clínica. Após a consulta Médica, a Utente veio-me contar o sucedido, mostrando-se contente pelo regresso a casa. No dia da Alta Clínica (18 de maio de 2017) tive a oportunidade de estar presente e intervir na consulta de preparação da alta, reforçando parte dos ensinamentos efectuados na Consulta de Enfermagem descrita anteriormente.

## **Entrevista de Enfermagem programada á Senhora AC**

No dia 16 de maio do corrente ano, realizei uma Entrevista de Enfermagem (Intervenção de Enfermagem programada) a uma Utente com diagnóstico médico de admissão de Perturbação Afectiva Bipolar Maníaca, sendo que, o motivo de internamento foi alterações do comportamento.

### **- Avaliação Inicial de Enfermagem**

Utente do sexo feminino, que foi admitida no Serviço de Internamento do CHVNG/E no dia 12 de abril do corrente ano, tendo vinda transferida do HML onde se iniciou o episódio de internamento. Utente de 55 anos de idade, viúva á dois anos, a exercer funções de Educadora de Infância até há pouco tempo, altura em que as manifestações da sintomatologia positiva relacionada com a patologia se exacerbaram, impossibilitando a Utente de prosseguir com a sua vida. Vivia sozinha, no entanto tem um Filho, que a nível profissional exerce Enfermagem e assume o papel de Cuidador Informal.

### **- Antecedentes Psiquiátricos Familiares**

Mãe medicada com haloperidol durante 30 anos por patologia desconhecida. Sem hábitos toxifílicos.

### **- Antecedentes Psiquiátricos e História da Doença Actual**

De acordo com os registos clínicos descritos na carta de transferência do HML decorrentes de uma Entrevista Clínica com o Filho da Utente, a Utente não tem história psiquiátrica, no entanto, já apresentava sintomatologia depressiva, pelo que nessa altura foi acompanhada no âmbito da Psicologia por um Amigo. O Marido faleceu á dois anos por patologia oncológica, situação que se mostrou ser muito difícil para ambos. A Utente manifestava irritabilidade e perda de peso, motivo pelo qual, consultou o Médico de Família que a medicou com um antidepressivo, que a Utente não cumpriu. Na última semana antes do internamento, apresentou insónia total, anorexia, gastos excessivos de dinheiro com inquietação progressiva e discurso de teor místico, no qual referia ser do planeta jasmim e

os seus pais serem entes cósmicos. O Filho relata que a Mãe tem ido para a praia dançar, referindo que são danças para o Marido. No dia do internamento, quando o Filho foi lá a casa, havia copos partidos, a Utente disse que só ela os poderia usar, estava a cantar e pediu ao Filho para a levar a casa de um Amigo, porque os seus pais de outro planeta iam lá aparecer. No caminho para o Serviço de Urgência (SU), apresentou comportamento agressivo, tentando fugir do carro em andamento, motivo pelo qual foi trazida pela Polícia. Na data de admissão no internamento do HML, a Utente apresentava-se vígil, não colaborante, com agressividade manifesta, postura desadequada evidenciando agitação psicomotora, verborreica, com taquipsiquismo e humor disfórico. Actividade delirante de teor místico, sem actividade alucinatória. Ausência de insight para a situação clínica e necessidade de tratamento. As análises clínicas não revelaram abuso de substâncias, TC cerebral sem alterações.

De acordo com os registos da Avaliação Clínica Psiquiátrica, realizada á data de admissão no CHVNG/E, a Utente terá sido internada através da Urgência Metropolitana do Porto, por apresentar alterações do comportamento com heteroagressividade e ideação delirante de grandiosidade, por recusar aceitar o internamento voluntário, assim como, medicação instituída. Utente francamente descompensada do ponto de vista psicopatológico, que representa perigo para si e terceiros, pelo que foi accionado o internamento compulsivo. A Utente apresentava aspecto razoavelmente cuidado e limpo. Desorganizada, vígil, orientada no espaço auto e alopsiquicamente, desorientada no tempo. Atenção captável, mas por vez difícil de manter, estabelecendo contacto ocular. Manifestava labilidade emocional e afectos congruentes. Discurso espontâneo, por vezes imperceptível, desorganizado, e, denotando ideação delirante de grandiosidade. Não se apurou actividade alucinatória. Sem alterações do padrão de sono e apetite. Insight comprometido.

#### - Entrevista de Enfermagem

A Entrevista de Enfermagem realizada foi do tipo semi-directiva, o que me permitiu a utilização de um guião/questionário, elaborado por mim, no âmbito do paradigma da Adesão ao Regime Terapêutico (Questionário de Avaliação do Risco da Não-Adesão ao Regime Terapêutico), que impulsionou a expressão de emoções por parte da Utente (Anexo IV).

Ainda, tendo em conta um Projecto de Adesão ao Regime Terapêutico existente e desenvolvido pelos Enfermeiros do Serviço, optei por aplicar os pressupostos da primeira entrevista descritos no projecto, que preconiza, a aplicação de instrumentos de avaliação, nomeadamente: Mini Mental Examination (MMSE), Escala de Avaliação do Insight

(SUMD), Check List – Razões de não adesão ao regime terapêutico, e Escala de avaliação da adesão á medicação (Drug Attitude Inventory, DAI-30); os quais se encontram em anexo (Anexo IV).

Optei também, por efectuar o exame do estado mental (através de um guião elaborado por mim) e a aplicação da escala de autoavaliação da ansiedade de Hamilton, de acordo com o que já tinha observado da Utente no decorrer do episódio de internamento.

O resultado da aplicação dos instrumentos psicométricos acima referidos foi:

- Questionário de Avaliação do Risco da Não-Adesão ao Regime Terapêutico Evidenciam-se os focos: ansiedade e medo. Quando questionada se havia alguma coisa que a assusta-se em relação á sua doença, ou ao tratamento, a Utente respondeu que sim, “... medo de perder as minhas capacidades mentais e não conseguir fazer as coisas que tenho que fazer...” sic.
- Mini Mental State Examination (MMSE), pontuação de 28, não se comprovando defeito cognitivo acentuado.
- Escala de avaliação do Insight (SUMD), apresenta na sua globalidade consciência intermédia, com consciência dos sintomas e sua atribuição.
- Check List – Razões de não adesão ao regime terapêutico, não considerou relevante a toma da medicação prescrita.
- Escala de avaliação da adesão á medicação (Drug Attitude Inventory, DAI-30). Denota-se conhecimento acerca da medicação e reconhecimento da importância da mesma no seu processo de estabilização sintomática e tratamento.
- Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Hamilton, pontuação de 16, o que corresponde ao diagnóstico de ansiedade em grau moderado.
- Avaliação do Estado Mental

A Utente apresentava-se orientada auto e alopsiquicamente, fácis inexpressiva e aspecto cuidado. Utente com comportamento adequado e colaborante, apresenta humor triste, atenção flutuante, desviando o olhar na procura de alguma coisa, o que sugere que a percepção estava alterada. Apresenta alteração a nível do conteúdo do pensamento, com

predominância de ideias delirantes de teor místico, referindo várias vezes durante a Entrevista, que possui “... capacidades intuitivas muito desenvolvidas, no fundo todos nós temos essa capacidade, às vezes não está é desenvolvida...”, capacidades essas, que lhe proporcionam percepções olfactivas de maior sensibilidade. Denotam-se ainda alterações do sono, nomeadamente insónia intermédia/final.

Concluo, que apesar dos resultados obtidos através escala de avaliação de insight e da escala de adesão á medicação serem positivos e preditores de bom prognóstico, a Utente apresenta Insight comprometido para a doença o que pode potenciar a não adesão ao regime terapêutico.

Neste contexto, os Diagnósticos de Enfermagem identificados e Intervenções de Enfermagem realizadas neste contacto foram:

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Aceitação do Estado de Saúde</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Aceitação do Estado de Saúde comprometido</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b>		<b>Data termo</b>
16/05/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a Aceitação do Estado de Saúde,</li> <li>- Encorajar a Aceitação do Estado de Saúde,</li> <li>- Incentivar a comunicação de emoções,</li> <li>- Promover a consciencialização e potenciar o Insight Terapêutico,</li> <li>- Incentivar Aceitação do Estado de Saúde,</li> </ul>	07/06/2017





<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Ansiedade</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Ansiedade presente</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b>		<b>Data termo</b>
16/05/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir a Pessoa a identificar factores desencadeantes,</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional,</li> <li>- Encorajar expressão de crenças,</li> <li>- Escutar,</li> <li>- Vigiar comportamento.</li> </ul>	07/06/2017

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Processo de Pensamento (Pensar)</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Processo de Pensamento (Pensar) comprometido</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data</b>		<b>Data termo</b>
16/05/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar pensamento,</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional,</li> <li>- Executar terapia de orientação para a realidade,</li> <li>- Optimizar a comunicação,</li> <li>- Incentivar na participação das dinâmicas de grupo implementadas no serviço.</li> </ul>	07/06/2017

Após a Entrevista Inicial e as intervenções realizadas já descritas anteriormente, foram vários os contactos não programados com a Utente, no decorrer das rotinas diárias e permanência no serviço de internamente, no sentido de reforçar ensinamentos e intervenções de Enfermagem de forma adequada à situação e/ou contexto, sempre que se mostrasse necessário e benéfico para o tratamento da Utente.

Ao longo do internamente pude observar pequenas alterações positivas a nível do comportamento e da cognição da Utente, nomeadamente, a nível da capacidade de socialização, realização de actividades lúdicas com progressos, iniciativa de participação nas rotinas do serviço e dinâmicas de grupo realizadas semanalmente pelos EESMP; evidenciando melhorias no humor com aparente diminuição da ansiedade, e, maior capacidade de aceitação do estado de saúde. Denota-se diminuição do comprometimento do processo de pensar, mantendo as alterações a nível do conteúdo do pensamento, com predominância de ideias delirantes de teor místico, baseadas na dimensão intuitiva do ser humano, no entanto identifica-se esbatimento do delírio místico.

Num dos contactos com a Utente, esta referiu que “...tenho feito os exercícios do relaxamento antes de dormir e parece que tenho dormido melhor, tenho acordado à noite, mas só às vezes... continuo à espera por causa da ressonância...”, o que denota uma melhoria a nível do padrão e higiene do sono.

Esta Utente já tinha alta clínica desde o dia 24 de maio, no entanto encontrava-se ainda em regime de internamento, por estar a aguardar a marcação de uma ressonância magnética cerebral, no sentido de efectuar despiste de possíveis causas orgânicas, nomeadamente demência.

A Utente teve alta clínica efectiva no dia 10 de Junho, não tendo sido confirmado o diagnóstico de demência. Não pude estar presente no momento da preparação da alta, no entanto, de acordo com os registos clínicos, registos de enfermagem e a reflexão da minha observação até à data, a Utente apresentava insight terapêutico, mantendo ainda algumas ideias de teor místico referentes às capacidades intuitivas num grau de desenvolvimento acima do comum; sendo, no entanto, um indicador de bom prognóstico no que respeita à Adesão ao Regime Terapêutico.

## **Apêndice VIII**

Entrevistas de Enfermagem realizadas no âmbito do  
Módulo III - desenvolvimento de competências em áreas  
mais específicas da Saúde Mental e Psiquiátrica



## **Entrevistas de Enfermagem programadas á Senhora JG**

No dia 3 de outubro do corrente ano, realizei uma Entrevista de Enfermagem (Intervenção de Enfermagem programada) a uma Utente com diagnóstico médico de Esquizofrenia, esta Utente tem ainda o diagnóstico médico de HIV positivo. Esta Consulta de Enfermagem, foi realizada no dia da alta hospitalar da Utente, decorrente de um internamento no Hospital Magalhães Lemos (HML).

### - Avaliação Inicial de Enfermagem

Utente do sexo feminino, nacionalidade brasileira, de 51 anos de idade, solteira, sem filhos.

Relata ter sido uma criança difícil, rebelde e ter tido enurese nocturna durante alguns anos. Refere ter tido oito irmãos, dos quais quatro faleceram, outros dois (gémeos) sofreram de paralisia infantil pelo que foram entregues a um casal de médicos. Viveu apenas com duas irmãs. Na escola, refere que gostava dos professores, mas que não gostava dos colegas. Afirma que eram maus porque torturavam animais, como gatos entre outros.

Após o falecimento da Mãe (morte por ataque cardíaco quando a Utente tinha 8 anos de idade), a Irmã foi viver para casa da Madrinha e ela foi integrada num colégio interno onde ficou um ano, depois deste tempo fugiu. Após o episódio de fuga, refere ter ido viver com o Pai, andou pela casa das Tias, mas ninguém a aguentava, pelo que, andava sempre a saltar de casa em casa.

O Pai, que era funcionário de uma empresa de sorveteria, voltou a casar com uma mulher, que segundo a Utente, era “deficiente mental”. Desta união nasceram duas crianças gémeas que foram entregues a uma família de acolhimento.

A partir dos 14 anos até aos 18 anos de idade, viveu com uma Tia que tinha um Filho esquizofrénico, refere que esta vivia muito nervosa com eles os dois. A partir daí e já na adolescência, foi viver para um albergue, já tinha namoricos e trabalhava a vender roupa na rua. Refere que iniciou a sua actividade sexual aos 19 anos com um namorado com quem andou durante dois meses, depois foi tendo outros namoricos. Relata não ter gostado da sua primeira experiência sexual e afirma não gostar de ter relações sexuais.

Refere que no Brasil, dos 17 anos aos 23 anos de idade trabalhou como soldadora de ourives.

Emigrou para Portugal com 23 anos de idade, com a irmã mais velha, altura em que iniciou actividade prostitutiva, por influência de uma amiga, e, também porque precisava de dinheiro. Trabalhou como alternadeira durante quatro meses, deixou este trabalho por ter

sofrido uma depressão.

Mais tarde, reiniciou-se nesta actividade numa “casa de tias” e posteriormente na rua., em que, ás vezes usava preservativo, mas que, quando o cliente não queria ela não usava. Diz ainda já ter sofrido violência física quando foi mordida por um cliente

Relata ainda, ter trabalhado em Lar de Terceira idade como auxiliar durante seis anos, altura em que teve um relacionamento com a mesma duração, refere ainda gostar dele.

Vive com a irmã e dois sobrinhos. Aufere RSI.

#### - Antecedentes Psiquiátricos Familiares

Primo com diagnóstico médico de esquizofrenia.

#### - Antecedentes Psiquiátricos e História da Doença Actual

Refere ter tido um esgotamento, aproximadamente dois meses depois de ter vindo para Portugal, altura em que foi encaminhada para o Hospital Magalhães Lemos.

Utente com diagnóstico médico de esquizofrenia aos 23 anos de idade, medicada com Haldol Deacanoato 50 mg, solução injetável via intramuscular. Este medicamento pertence ao grupo farmacológico dos Antipsicóticos típicos; antagonistas dos receptores D2 da dopamina. A terapêutica é administrada mensalmente nas instalações do HML.

Refere já ter tido vários internamentos hospitalares no serviço de psiquiatria, por iniciativa própria quando se sente mal. Utente nega consumos de álcool e drogas.

De acordo com os registos clínicos do último internamento, a Utente relata que estava bem até que o filho da irmã, matou o seu gato pelo qual tinha muita estima e lhe fazia muita companhia, a 29 de agosto deste ano. Refere que “... eu queria resolver o problema, faze-lo pagar, mas a minha irmã virou-se contra mim, desde então só penso em morrer, não quero viver mais com eles” (sic Utente).

Apresentava insónia quase total desde a morte do gato, assim como, apetite reduzido. Utente com comportamento adequado, angustiada e muito chorosa. Humor depressivo, com verbalização de ideação suicida estruturada (atirar-me para a linha do metro) em crescendo. Discurso fluente, lógico e coerente. Não se apurou actividade heteróloga. Insight para a doença preservado.

## **- Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 28/09/2017**

### Entrevista não Estruturada de Avaliação Inicial,

#### - 1ª Sessão Terapia Racional Emotiva

A Terapia Racional Emotiva foi incluída no plano terapêutico, aquando da entrevista inicial, em que a Utente, ao longo da mesma, foi referindo aspectos de um acontecimento recente, que despoletou a última situação de crise, demonstrando labilidade emocional acentuada.

A Utente, acreditava que o seu gato tinha sido atropelado ou que tinha morrido de outra causa, que não a natural, o que não corresponde á realidade e acentuou o sofrimento.

Utente refere que “... fui internada por causa do meu gato, morreu... agora nem sei como vou viver sem ele, era muito apegada a ele... o meu gatinho... morreu atropelado, pelo menos eu acho. É, eu acho que foi assim, mas a minha vizinha diz que um gato foi atropelado na estrada, mas que não era o meu...” (sic), referi que provavelmente não seria o dela, ao que a utente replicou “... é estranho, ele tinha saído... depois apareceu na parte de trás do quintal, por isso se calhar não era o meu..., mas também o podem ter tirado da estrada e p despejado lá...” (sic). Perguntei á Utente que idade tinha o gato, “... não sei bem, quando o apanhei já era grandinho, mas devia ter prai uns 12 anos...”, disse á utente que 12 anos de idade para um gato, já era bastante e que provavelmente tinha mesmo morrido de causa natural, a Utente referiu “...acha? Ele realmente já comia pouco e saia logo de casa, se calhar não se sentia bem...”.

Assim, identifiquei com a Utente as crenças irracionais que a fizeram ver as coisas desta forma, assim como as consequências emocionais e comportamentais das interpretações que a Utente fez destes acontecimentos, enunciando e discriminando alternativas racionais.

#### - Psicoeducação

Na segunda parte da Entrevista, foram efectuadas Intervenções breves de psicoeducação, acerca do conceito de processo de luto, conceito de doença, sinais e sintomas, consultas de vigilância de saúde, tratamento psicofarmacológico, efeitos desejados, efeitos adversos e cumprimento do regime medicamentoso e tratamento não farmacológico.

**- Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 03/10/2017**

**- Entrevista Semi Directiva**

A Entrevista de Enfermagem realizada foi do tipo semi-directiva, o que me permitiu a aplicação de instrumentos de avaliação, nomeadamente: Mini Mental Examination (MMSE), e exame do estado mental (através de um guião elaborado por mim). (Anexo I)  
O resultado da aplicação dos instrumentos psicométricos acima referidos foi:

- Mini Mental State Examination (MMSE), pontuação de 25 não se comprovando defeito cognitivo acentuado.

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Nota: 40

- Em que país estamos?
- Em que distrito vive?
- Em que terra vive? Podence
- Em que casa estamos?
- Em que andar estamos?

Nota:     

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

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

- Pêra
- Gato
- Bola

Nota: 3

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

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

- 27  24  21  18  15

Nota: 1

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

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

- Pêra
- Gato
- Bola

Nota: 3

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

- Relógio
- Lápis

Nota: 2

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

Nota: 1

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

Nota: 3

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

Nota: 1

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

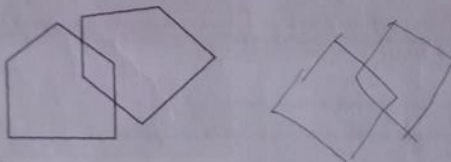
Frase: "O sonoro fez um traqui no gem mudando o cord de televisão"

(com ajuda)

Nota: 1

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

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



Cópia:

Nota: 1

TOTAL (Máximo 30 pontos): 25

Considera-se com deficiente cognitivo:

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

03/10/2007

- Avaliação do Estado Mental

A Utente apresentava-se orientada auto e alopsiquicamente, fácis triste e aspecto cuidado. Utente com comportamento adequado e colaborante, apresenta humor deprimido, labilidade emocional, atenção flutuante e insónia intermédia/final. Apresenta alteração a nível do conteúdo do pensamento, com predominância de ideias prevalentes com foco, na morte recente do seu animal de estimação, referindo várias vezes durante a entrevista, que “... o meu gato soneca, foi atropelado, mas os vizinhos dizem que não, depois apareceu no quintal atrás de casa... eu não queria que ele tivesse morrido assim... é muito triste... eles dizem que não era o meu, mas eu acho que era...”.

Nome: 36 D.N. \_\_\_\_\_

### I - Aspecto Geral

**Apresentação:** Comprometida  Não Comprometida   
Autocuidado: Higiene Pessoal: Comprometida  Não Comprometida   
Vestuário: Adequado  Não Adequado

Obs.:

**Expressão Facial:** Triste  Expressiva  Inexpressiva   
Hiponímica  Hipernímica  Risos imotivados

Obs.:

**Contacto Visual:** Mantem contacto visual  Mantem contacto c/ olhar fixo   
Evita contacto c/ olhar  Olha inesperadamente noutras direcções

Obs.:

**Motricidade/ Padrão de mobilidade:** Comprometida  Não Comprometida   
Inquieto  Agitado  Estupuroso   
Lento  Estático   
Hiperactivo  Apático

**Atitude:** Colaborante Activo  Colaborante Passivo  Não Colaborante

Obs.:

### II - Funções Cognitivas

**Orientação:** Comprometida  Não Comprometida   
Autopsíquica  Heteropsíquica

Obs.:

**Atenção:** Comprometida  Não Comprometida   
Captável/ Sustentável  Flutuante  Desorientação

Obs.:

**Percepção:** Comprometida  Não Comprometida   
Correcta  Ilusória  Pseudoalucinação  Alucinação

Obs.:

**Nível Clareza Consciência:** Comprometida  Não Comprometida   
Atento  Clara/vigil  Hipomania  Mania  Hiperlúcido   
Obnubilada  Confusa  Estuporosa  Comatosa

Obs.:

**Discurso:** Comprometido  Não Comprometido   
**Fluxo:** Fluente  Pouco Fluente  Escasso  Entrecortado  Pegajoso   
**Temática:** Adequado  Inadequado  Descritivo  Excertos   
**Construção:** Coerente  Incoerente  Saltos  Repetições   
Circunstancialidades  Boa Organização  Má Organização

Obs.:

Nome: SG D.N. \_\_\_\_\_

**Linguagem:** Comprometida  Não Comprometida

**Velocidade:** Lentificação  Loquacidade

**Qualidade:** Gaguez  Mutismo  Disfonia  Coprolália  Incoerente   
Repetição Palavras/sons

Obs.: \_\_\_\_\_

**Pensamento:** Comprometido  Não Comprometido

**Curso e Forma:** Bloqueios  Desconexão  Fuga de Ideias   
Roubo do Pensamento

**Conteúdo:** Ideias Prevalentes  Sobrevalorizadas   
Ideias Delirantes  Ideias Obsessivas   
Pensamento Lógico  Pensamento Mágico   
Adequação de Juízo

Obs.: \_\_\_\_\_

**Memória:** Comprometida  Não Comprometida

**Conservação e Evocação:** Factos pessoais Recentes   
Factos Pessoais Remotos   
Factos Conhecimento Publico

**Aquisição:** História Breve  Fixação de Pares de Palavras   
Fixação de Dígitos  Fixação de Nome   
Fixação de Endereço

**Localização:** Acontecimentos Familiares

**Reconhecimento:** "recordar = passar outra vez pelo coração"  
Confabulação  Paramnésias

Obs.: \_\_\_\_\_

**III - Afectividade**

**Humor:** Eutímio  Eufórico  Disfórico  Lábil  Irritável   
Exaltado  Expansivo  Êxtase  Deprimido

Obs.: \_\_\_\_\_

Nome: 56 D.N. \_\_\_\_\_

**IV – Actividade**

Psicomotricidade: Inquietação  Agitação  Lentificação   
 Tiques  Esteriotipias  Maneirismos

Actividade Actual:

Segurança/ Violência: Comprometida  Não Comprometida   
 Ideação Suicida  Automutilação   
 Agressão a Terceiros  Ideias de Morte

Sono: Comprometido  Não Comprometido   
 Insónia Inicial  Insónia Intermédia/Final   
 Insónia Total  Hipersónia

Interação Social: Comprometida  Não Comprometido

Obs.: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data: 05/10/2017  
 Enfermeiro (a): João Fernandes

Neste contexto, os Diagnósticos de Enfermagem identificados e Intervenções de Enfermagem realizadas nos contactos com a Utente foram:

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Processo de Luto</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Processo de Luto comprometido</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b> 28/09/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoiar no luto,</li> <li>- Avaliar luto,</li> <li>- Ensinar a Pessoa sobre o luto,</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional</li> <li>- Escutar,</li> <li>- Incentivar a comunicação de emoções.</li> </ul>	<b>Data termo</b>          03/11/2017

<b>Foco de Enfermagem:</b> Humor		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Humor comprometido		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b> 28/09/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar Humor,</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional,</li> <li>- Executar técnica de relaxamento,</li> <li>- Incentivar a comunicação de emoções,</li> <li>- Vigiar comportamento,</li> </ul>	<b>Data termo</b>          03/11/2017

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Gestão do Regime Terapêutico</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Gestão do Regime Terapêutico comprometida</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b>		<b>Data termo</b>
28/09/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aconselhamento <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Disponibilizar ajuda para dar resposta às necessidades psicológicas,</li> <li>○ Facilitar a mudança de comportamentos relacionados com a Saúde,</li> <li>○ Escutar e acolher as preocupações e o sofrimento, e, promover o bem-estar psicológico,</li> <li>○ Identificar as preocupações fundamentais que o Utente tem em relação à Saúde e ajudá-lo a lidar eficazmente com elas através de estratégias de coping eficazes.</li> </ul> </li>   <li>- Psicoeducação <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sinais e sintomas,</li> <li>○ Vigilância de Saúde, consultas,</li> <li>○ Tratamento Psicofarmacológico, efeitos desejados e efeitos adversos, importância do cumprimento do regime medicamentoso,</li> <li>○ Promoção de hábitos de actividade física,</li> <li>○ Tratamento não farmacológico,</li> <li>○ Integração dos factores de protecção de forma eficaz (doença, hábitos de vida saudáveis, identificação precoce de factores de risco de recaída),</li> <li>○ Processo de luto,</li> </ul> </li>   <li>- Incentivar a comunicação de emoções,</li> <li>- Encorajar expressão de crenças, <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar/promover esperança,</li> <li>- Incentivar iniciativa,</li> <li>- Incentivar progressos,</li> </ul> </li> <li>- Escutar,</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional.</li> </ul>	03/11/2017

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Processo de Pensamento (Pensar)</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Processo de Pensamento (Pensar) comprometido</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b>		<b>Data termo</b>
28/09/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar pensamento,</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional,</li> <li>- Executar técnica de relaxamento,</li> <li>- Executar técnica para estimular cognição,</li> <li>- Executar terapia de orientação para a realidade,</li> <li>- Optimizar a comunicação,</li>   <li>- Executar terapia cognitivo-comportamental, <ul style="list-style-type: none"> <li>o 1ª Sessão de Terapia Racional Emotiva</li> <li>o 2ª Sessão de Terapia Racional Emotiva (De acordo com Albert Ellis)</li> </ul> </li> </ul>	03/11/2017

- 2ª Sessão Terapia Racional Emotiva

O discurso da Utente, ainda se baseia em grande parte na morte recente do seu gato, denotando-se ainda alteração do processo de pensar com predomínio de ideias prevalentes. Utente refere que tem mais três gatos em casa, uma gata e crias, "...é o Diniz e o Diabinho... hoje o Diniz veio ter comigo e ficou no meu colo..." (sic), disse-lhe que era bom e que afinal ia ter a companhia das duas crias, referiu "... não queria muito... queria o meu Soneca... agora tenho medo de me apegar a qualquer gato... a qualquer animal..." (sic), referi que nenhum animal é igual a nenhum outro e que cada gato tem a sua personalidade e isto é que é engraçado na vida, poder redescobrir sensações na variedade do mundo, a Utente disse "... é se calhar vou brincar um bocadinho com ele... é bonito o Diniz... parece ser um bom gato..." (sic).

Refere ainda “... ainda ando a pensar se foi o Soneca que morreu atropelado... custame a acreditar que não... não sei do que morreu, estava comigo... comeu... saiu e não voltou...” (sic), referi que, os animais quando sentem a morte afastam-se de casa porque querem morrer sozinhos em tranquilidade, a Utente disse “É bom pensar assim, fico mais descansada... ah! Por isso é que já a alguns dias não queria estar á minha beira... estou sempre aprendendo...” (sic).

Assim, identifiquei com a Utente as crenças irracionais que a fizeram ver as coisas desta forma, assim como as consequências emocionais e comportamentais destas interpretações introduzindo linhas de pensamento alternativas.

#### - Psicoeducação

Foram efectuadas Intervenções breves de psicoeducação na área da Promoção de hábitos de actividade física e Integração dos factores de protecção de forma eficaz (doença, hábitos de vida saudáveis, identificação precoce de factores de risco de recaída).

Reforçado ensino acerca do conceito de processo de luto.

#### - Estimulação cognitiva

No final da sessão, foram efectuados 5 exercícios de estimulação cognitiva, nos domínios da atenção (2 exercícios de dificuldade baixa e um exercício de dificuldade média), cálculo (um exercício de dificuldade baixa) e da linguagem (dificuldade baixa). Denotou-se dificuldades nestes domínios, nomeadamente no domínio da atenção, no qual a Utente apesentou maior dificuldade. A Utente reagiu muito bem a estes exercícios, todos eles executados com a minha ajuda e com recurso a música. Facultei alguns desenhos á Utente para que esta pudesse pintar em casa, ao que a Utente reagiu com um sorriso dizendo “... eu gosto muito de pintar... as vezes canso-me, mas se calhar ainda pinto um destes logo...” (sic). Esta intervenção, além de estimular a cognição e desenvolver a psicomotricidade fina, potencia o relaxamento, aumentando a autoestima, a autoconfiança e consequentemente o bem-estar.

Assim, apresento nos exercícios realizados:



Nome: Jo

NÍVEL 9 | ATENÇÃO

## À procura da letra perdida

Não consegue fazer, só com ajuda.

Procure uma letra entre esta miscelânea de números:



Data: 03/10/2012

Enfermeira: Drick Fomades

Nome: 36

NÍVEL 1 | CÁLCULO

## Somando dados

Some os pontos de cada grupo de dados e una os resultados com os números da coluna central.

15  
6  
6

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

Data: 03/10/2017

Enfermeira: Júlia Fernandes

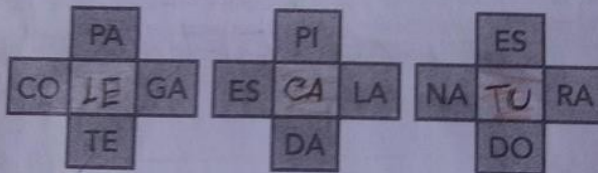
Nome: 56

NÍVEL 1 | LINGUAGEM

## A sílaba que falta

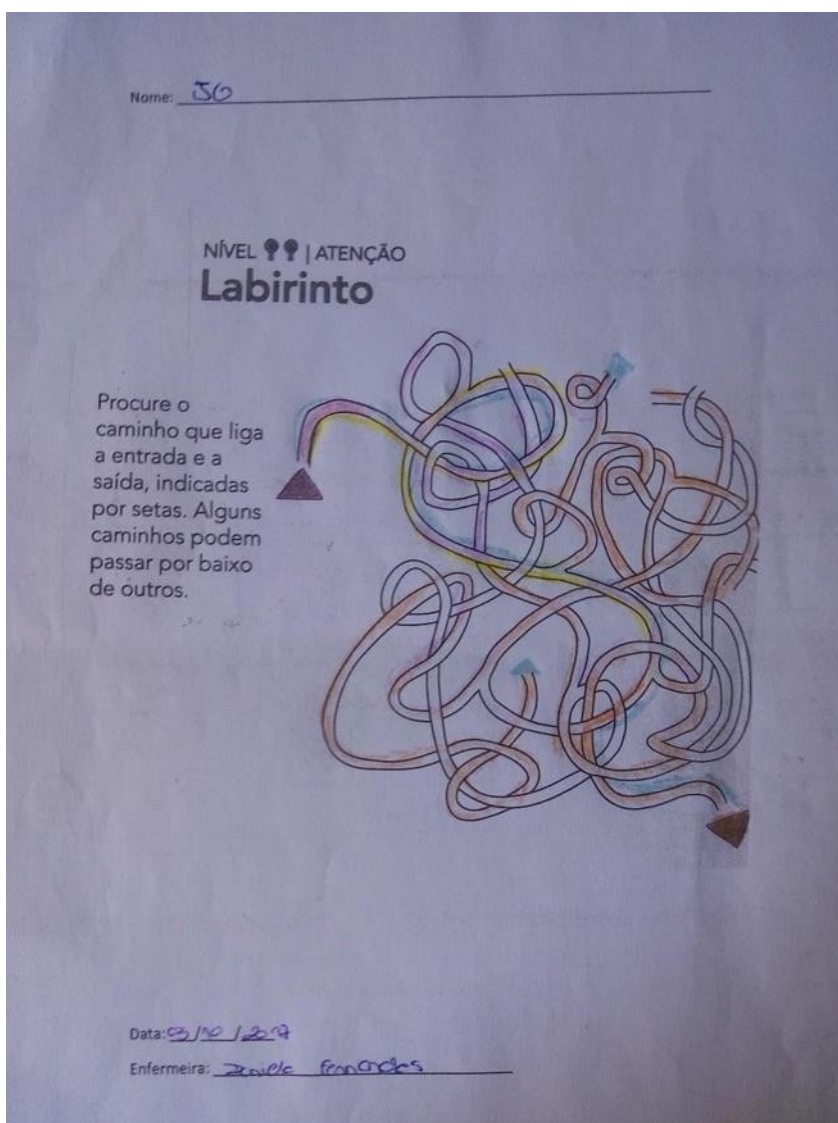
Coloque no centro de cada figura a sílaba que falta para formar uma palavra na horizontal e outra na vertical. Estas são as três sílabas ausentes:

TU CA LE



Data: 02/10/2017

Enfermeira: Isabela Fernandes



Esta utente apresenta recursos escassos, vive fora do conselho do Porto, o que se em certa medida impossibilita a Utente de se deslocar ao Espaço Pessoa. Utente efectua contactos regulares, durante os quais tive oportunidade de realizar várias intervenções de enfermagem, acima referidas, de acordo com as necessidades apresentadas pela Utente.



## **Apêndice IX**

Estudo de caso elaborado no âmbito do Módulo II  
- desenvolvimento de competências em Unidades de  
Intervenção em Crise no Adulto





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

## **Estudo de caso**

**Estágio – Módulo II – Desenvolvimento de Competências em  
Unidades de Intervenção em Crise no Adulto**

**Serviço de Internamente em Psiquiatria do CHVNG/E**

**Autora:** Daniela Filipa Costa Fernandes

Porto, junho de 2017



## **Lista de Siglas**

CHVNG/E - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho,

TRE – Terapia Racional Emotiva,

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem,

UMPP - Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto,

HML - Hospital Magalhães Lemos,

CE – Consulta Externa,

MMSE - Mini Mental State Examination

SUMD - Escala de avaliação do Insight

DAI - Drug Attitude Inventory,

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem,

ART – Adesão ao Regime Terapêutico.



# Índice

	Pág.
0- Introdução	201
1 – Enquadramento Teórico	203
1.1- Primeiro Episódio Psicótico	203
1.2- Autoestima	204
1.3- Insight Terapêutico	204
1.4- Terapia Racional Emotiva, Paradigma da Reestruturação Cognitiva	205
1.5- Psicoeducação	207
1.6- Aconselhamento	207
1.7- Relaxamento	208
1.8- Entrevista Motivacional	209
1.9- Intervenções Promotoras de Adesão ao Regime terapêutico, nomeadamente regime farmacológico	210
2- Estudo de caso	
2.1- Avaliação Inicial	213
2.2- Processo de Enfermagem	217
2.3- Medicação Instituída	225
2.4- Actividades desenvolvidas e evolução no internamento	226
3- Discussão	247
4- Conclusão	249
5- Bibliografia	251
6- Apêndices	253

- Apêndice I, Check List – Razoes de não Adesão ao Regime Terapêutico _____	255
- Apêndice II, Mini Mental Examination (MMSE) _____	259
- Apêndice III, Escala de avaliação do Insight (SUMD) _____	263
- Apêndice IV, Escala de avaliação da adesão á medicação (Drug Attitude Inventory, DAI-30) _____	267
- Apêndice V, Escala de Auto Estima de Rosenberg, aplicação inicial e aplicação final _____	271
- Apêndice VI, Avaliação do Estado Mental _____	279
- Apêndice VII, Indicadores Noc, de avaliação inicial e final _____	285
- Apêndice VIII, Exercícios de Estimulação Cognitiva e Psicomotricidade _____	303
- Apêndice IX, Exercícios de Estimulação Cognitiva _____	307
- Apêndice X, Frase escrita relativa á curta-metragem Razão x Emoção _____	321

## 0- Introdução

Este Estudo de Caso, insere-se no âmbito do Estágio do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Módulo II – Desenvolvimento de Competências em Unidades de Intervenção em Crise no Adulto, realizado no Serviço de Internamento em Psiquiatria do CHVNG/E, no período de 2 de maio a 23 de junho do presente ano.

Este estudo de caso, favorece o *ensino* e a aprendizagem no campo de estágio, e, reflete a investigação aprofundada de uma Utente. Tem como finalidade principal, aumentar o conhecimento que se tem dessa Utente, possibilitando a elaboração de novas hipóteses no sentido de uma mudança favorável em contexto de saúde.

Para a elaboração e realização deste trabalho, selecionei uma Utente (após discussão do caso com o Enfermeiro Orientador) que tinha dado entrada recente no serviço de psiquiatria, de acordo com a necessidade de intervenção de Enfermagem no âmbito do primeiro internamento e adesão ao regime terapêutico. Importa referir, que a Utente selecionada, deu entrada no Serviço depois de eu ter iniciado o estágio, assim, pude acompanhar o processo de internamento desde a admissão até á alta.

Foi tido em conta, a proteção da confidencialidade de dados, preconizada na Lei de Bases da Saúde, em que a Utente tem o direito de ter “...*rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados;*”, e o Dever de abordado no artigo 85º do Código Deontológico dos Enfermeiros, tendo utilizado apenas as iniciais do nome da Utente.

As intervenções de Enfermagem, foram planeadas, implementadas e realizadas, com metodologia de gestão de caso; tendo como base a consulta dos registos Clínicos e de Enfermagem, pesquisa bibliográfica, entrevista inicial á Utente e aplicação de instrumentos psicométricos apresentados em anexo, utilizando estratégias adaptadas às situações e ao contexto.

De acordo com as necessidades em Enfermagem de Saúde Mental identificadas, apresento uma breve abordagem teórica, acerca do Primeiro Episódio Psicótico, Auto-estima, Insight Terapêutico, Psicoeducação, Aconselhamento, Relaxamento, Terapia Racional Emotiva (TRE) inserida no paradigma Cógnito-Comportamental da Reestruturação Cognitiva.



# 1- Enquadramento Teórico

## 1.1 - Primeiro Episódio Psicótico

As perturbações psicóticas são doenças, que, normalmente se manifestam durante um período sensível de desenvolvimento, a adolescência e a idade adulta jovem.

No que concerne ao primeiro episódio psicótico, a relativa inespecificidade dos sintomas e a pouca consistência clínica, motivam o uso do termo psicose como designação da patologia como uma conotação mais abrangente, podemos dizer que a psicose é uma síndrome variável, sendo que, outros termos como a esquizofrenia, implicam em si, já a inclusão do prognóstico, tornando-se difícil de aplicar, até que exista doença por um período de tempo considerável.

Neste contexto, a psicose é considerada uma síndrome variável, com duração contínua de pelo menos uma semana. É definida, pela presença de sintomas positivos, nomeadamente alucinações, ideias delirantes, acompanhados por outros sintomas frequentemente negativos, afectivos, entre outros. De acordo com Pedro Levy e Ricardo Coentre, durante o primeiro episódio psicótico, 30-40% dos doentes irão corresponder aos critérios da esquizofrenia, assim, numa avaliação inicial, torna-se difícil a distinção entre as várias entidades nosológicas, no entanto, adotando-se uma visão imbuída de pragmatismo, pode-se dividir os diagnósticos, entre psicose afectiva (incluindo perturbação bipolar tipo I, perturbação esquizoaffectiva e perturbação depressiva major com sintomas psicóticos) e não afectiva (esquizofrenia e perturbação esquizofreniforme).

Neste contexto, a intervenção no primeiro episódio psicótico, apresenta-se como um desafio para os Enfermeiros de Saúde Mental, no sentido, em que hoje se reconhece a necessidade de integrar a intervenção psicofarmacológica e a intervenção psicoterapêutica. Assim a avaliação inicial, tem como objectivo fundamental e primordial, a criação de uma relação entre doente e Enfermeiro, necessária à criação de uma aliança terapêutica sólida, que permita a construção de um plano terapêutico individualizado e adequado aos recursos internos e externos do doente, assim como aos vários contextos, nos quais ele se move.

Importa ainda referir, que os doentes com patologia psicótica, revelam pouco insight e má adesão ao tratamento, potenciando frequentemente a sua descontinuidade. Assim, revela-se importante a adopção de uma perspectiva psicoeducativa adequada às várias fases da doença, em que se enfatiza, os sintomas, as dificuldades cognitivas, sociais e funcionais,

assim como as expectativas e a importância da medicação, tal como uma boa adesão à mesma.

## 1.2 - Auto-estima

McKay e Fanning (2003), citado por Townsend (2011) descrevem “*auto-estima como um sine qua non emocional, um componente essencial para a sobrevivência psicológica*”.

Assim, podemos dizer, que a auto-estima reflecte-se na capacidade do ser humano se respeitar e reconhecer o seu próprio valor, sendo que, esta capacidade é passível de ser frequentemente abalada em situações de preocupação exagerada, alargando-se ao valor que atribuem às suas capacidades e julgamentos.

A auto-estima integra-se, como um dos componentes do auto-conceito (onde estão também incluídos o self físico ou imagem corporal e a identidade pessoal); neste contexto, a maneira como a Pessoa se vê a si própria, pode ser influenciada pela maneira como as pessoas significativas a veem, o que vai contribuir para determinar a capacidade de adaptação às novas exigências que vão surgindo ao longo da linha temporal do ciclo de vida da Pessoa.

Townsend (2011) aborda ainda a questão das fronteiras individuais estabelecidas na infância, na medida em que estas ajudam os indivíduos a definir o self potenciando o processo de individualização; quanto mais noção das suas próprias fronteiras tem um indivíduo, mais saudável é a sua auto-estima.

## 1.3- Insight Terapêutico

O insight ou crítica para a doença, é definida como uma subcategoria do autoconhecimento, e, refere-se à consciência dos sintomas, o seu reconhecimento como manifestações de doença e apreciação dos seus significados (gravidade e suas consequências em termos de incapacidades funcionais), à reação afetiva condizente, ao reconhecimento da necessidade de tratamento, à percepção subjectiva da mudança e à adesão ao tratamento.

O conceito de *insight* é definido como um construto complexo, formado por várias componentes que se influenciam, que deve ser definido em níveis ou etapas, rejeitando a categorização de presente ou ausente.

Neste contexto, os níveis de insight acompanham o próprio desenvolvimento dos sintomas.

#### 1.4 - Terapia Racional Emotiva, Paradigma da Reestruturação Cognitiva

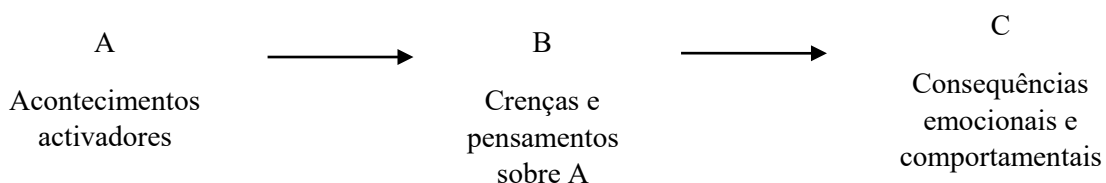
As terapias cognitivas, assentam em vários pressupostos, nomeadamente: a actividade cognitiva afecta o comportamento, a actividade cognitiva pode ser alterada, assim o comportamento desejado pode ser influenciado pela mudança cognitiva.

A TRE, foi desenvolvida pelo Psicólogo Nova-iorquino, Albert Ellis, em meados da década de 50, actualmente assume-se como uma teoria cónito-comportamental que pode/deve ser usada desde a consulta de avaliação inicial da Pessoa, recorrendo a várias estratégias de natureza cognitiva, emocional e mesmo comportamental.

A TRE, tem como grandes objectivos:

- Consciencializar as Pessoas que a grande parte das suas perturbações psicológicas, são criadas por elas próprias, e que, embora as condições ambientais possam contribuir para os seus desequilíbrios, assumem uma importância secundária no processo de mudança,
- Estimular as Pessoas a reconhecerem as capacidades que possuem, para modificar estas perturbações psicológicas,
- Promover a compreensão, de que, em grande parte, a perturbação emocional advém de crenças irracionais, dogmáticas e absolutistas,
- Promover a descoberta e identificação das crenças irracionais, e, discriminar alternativas racionais,
- Promover a interiorização das novas crenças racionais, utilizando estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais de mudança.

Na sua globalidade, este modelo equaciona-se á volta do trinómio A-B-C. Neste contexto, a Pessoa processa os dados da realidade (acontecimentos activadores – A), por intermédio de crenças e processos cognitivos (beliefs – B), sendo a natureza e o conteúdo destas crenças, que vai determinar o tipo de consequências emocionais e comportamentais (consequências – C). Neste contexto, não são propriamente os acontecimentos que determinam a reacção da Pessoa, mas as crenças que ela tem acerca desses acontecimentos.



Ellis, citado por Óscar Gonçalves, refere que “Estas crenças podem, por sua vez, dividir-se em dois grandes grupos: crenças racionais e crenças irracionais”. As crenças irracionais, englobam as cognições, ideias e/ou filosofias, que impedem a satisfação das necessidades e objectivos mais básicos dos indivíduos (estar vivo, ser razoavelmente feliz) por exigirem lógica e conhecimento empírico. As crenças racionais são aquelas que são lógicas, suportadas empiricamente e permitem a satisfação das necessidades e objectivos mais básicos dos indivíduos.

O autor, refere que, a grande parte dos desequilíbrios psicológicos, advém de padrões de pensamento irracionais.

Albert Ellis citado por Óscar Gonçalves, refere 12 crenças irracionais, como base de grande parte das disfunções emocionais:

- A crença de que é absolutamente necessário para um adulto ser amado por todos e em relação a tudo o que faz,
- A crença de que certos actos são terríveis e cruéis e que as pessoas que os cometem deverão ser severamente punidas,
- A crença de que é horrível, quando as coisas não acontecem tal e qual como desejaríamos,
- A crença de que a miséria humana é imposta ao próprio por pessoas, acontecimentos e factores externos,
- A crença de que uma coisa é assustadora ou perigosa o individuo devera preocupar-se terrivelmente com isso,
- A crença de que é mais fácil evitar do que enfrentar dificuldades de vida e responsabilidades pessoais,
- A crença de que o individuo precisa de confiar em alguma coisa que seja forte e superior a si próprio,
- A crença de que o individuo devera ser completamente competente, inteligente e bem-sucedido em todos os aspectos possíveis,
- A crença de que se um acontecimento passado nos afectou profundamente ele devera continuar a afectar-nos indefinidamente,
- A crença de que o individuo devera ter um controlo certo e perfeito sobre as coisas e acontecimentos,
- A crença de que a felicidade humana pide ser alcançada através da inercia e da inação,
- A ideia de que o individuo não possui controlo sobre as suas emoções e que não pode evitar sentir-se de determinado modo.

## **1.5 - Psicoeducação**

A Psicoeducação, tem como principal objetivo fornecer informações á Pessoa com doença mental, sobre a sua situação clínica e dotá-la de ferramentas para lidar com as particularidades da doença.

Estas informações abrangem a etiologia, prognóstico e percurso da doença, nomeadamente, a nível dos sinais precoces de uma crise, necessidade de aderir ao tratamento (seja medicamentoso e/ou psicossocial), necessidade de promover hábitos saudáveis, assim como, estratégias para lidar com o estigma, as dúvidas, medos e mitos acerca da doença.

Neste contexto, ensinar o doente e a família acerca da doença e suas consequências, contribui para uma melhor adesão ao tratamento e conseqüentemente, uma diminuição da sintomatologia, bem como prevenção de recaídas, aumentando a qualidade de vida pelo aumento da autoestima e do bem-estar, pela diminuição do sofrimento relacionado à doença, da redução do estigma e da culpa, e pelas mudanças no estilo de vida que predisponham ao stresse.

Este tipo de tratamento não farmacológico caracteriza-se por ser limitado no tempo, estruturado, diretivo, focado no presente e na busca de resolução de problemas.

A psicoeducação permite que Pessoa com doença mental, seja capaz de compreender e identificar as diferenças entre as suas características pessoais e as características do transtorno psicológico às quais se torna necessário fazer face.

## **1.6 - Aconselhamento**

O aconselhamento psicológico em saúde torna-se importante, na medida em que, dá resposta às necessidades psicológicas das Pessoas.

A grande finalidade é ajudar a Pessoa no processo de mudança de comportamentos relacionados com a saúde, estando associado á área da prevenção e a área da adaptação à doença.

Os objectivos principais do aconselhamento psicológico em saúde são:

- Escutar as preocupações e o sofrimento da Pessoa e promover o bem-estar psicológico,

- Identificar as preocupações fundamentais que a Pessoa manifesta em relação à saúde e ajudá-la a lidar eficazmente com elas,

- Detectar dificuldades comunicacionais e/ou relacionais com a família ou com os técnicos de saúde e ajudar o sujeito a desenvolver estratégias que permitam superar essas dificuldades,

- Ajudar a tomar decisões informadas, no quadro das circunstâncias concretas de saúde/doença em que se encontra,

- Promover o desenvolvimento de competências sociais,

- Aumentar o autoconhecimento e a autonomia, contribuindo para o desenvolvimento pessoal,

O aconselhamento envolve 3 componentes diferentes, em que o seu uso específico pode variar em cada intervenção ou em cada entrevista em função das necessidades específicas do sujeito:

- 1- Ajuda para lidar com as dificuldades, identificar as soluções, tomar decisões e mudar comportamentos;
- 2- Pedagógica, relacionada com a transmissão de informação;
- 3- De apoio, relacionado com a transmissão de segurança emocional, facilitação do controlo interno e promoção da autonomia pessoal.

## **1.7 – Relaxamento**

A técnica de relaxamento é um processo psicofisiológico de carácter interativo, em que, o fisiológico e o psicológico interagem sendo partes integrantes do processo como causa e como efeito. A maioria das técnicas de relaxamento preocupa-se com a concentração e com a respiração, sendo estas partes importantíssimas do relaxamento.

A técnica de relaxamento progressivo, tem como premissa básica a tensão muscular que está de algum modo relacionada com a ansiedade, e que a Pessoa experimenta uma redução bastante acentuada e reconfortante da ansiedade sentida, se os músculos tensos puderem forem relaxados.

A técnica de relaxamento deve ser ensinada e explicada pela Enfermeira, iniciando o processo, com uma explicação dos fundamentos e importância do relaxamento muscular progressivo.

Neste contexto, a Enfermeira deve utilizar um tom de voz calmo e seguro, que irá

facilitar o relaxamento, constituindo uma maneira eficaz de estabelecer um relacionamento e confiança na competência da Enfermeira.

## 1.8 – Entrevista Motivacional

A entrevista motivacional tem como objectivo, ajudar a Pessoa a reconhecer e fazer algo a respeito dos seus problemas, presentes ou potenciais. Desta forma a entrevista motivacional orienta o cliente a motivar-se para a mudança através da consciencialização da necessidade da mesma.

Na entrevista motivacional o terapeuta direciona sistematicamente o cliente para a motivação para a mudança, oferece o *feedback* e sugestões quando for adequado, utiliza a reflexão empática seletivamente para reforçar processos, e explora a discrepância e ambivalência do cliente de modo a fomentar a auto motivação para a mudança.

Os princípios da entrevista motivacional, são: desenvolver a discrepância e a ambivalência, acompanhar a resistência, evitar a confrontação ou argumentação, promover afirmações auto motivacionais e/ou autoeficácia na e para a mudança.

Neste contexto, o conceito de motivação pode ser definido como um estado de prontidão para mudar, em que, a Pessoa passa por diferentes estádios, que ocorrem numa linha temporal, sendo estes estadios divididos em: pré contemplação, contemplação, pré ação ou determinação, ação, manutenção e recaída.

No primeiro estadio, pré contemplação, a Pessoa não considera a possibilidade de mudar e não tem consciência do problema que tem que ser mudado.

O papel da Enfermeira, passa por enfatizar os riscos e problemas do seu comportamento actual, e pela promoção da dúvida e da ambivalência

No Segundo estadio, contemplação, a Pessoa já tem a percepção de que o problema existe, encontrando-se receptivo á informação. O papel da Enfermeira é evocar as razões pelas quais o cliente deve mudar o seu comportamento, apelar á identificação dos riscos existentes na ausência de mudança, promovendo a autoeficácia.

No terceiro estadios, pré ação ou determinação, a Enfermeira ajuda a Pessoa a definir o melhor percurso para colocar em ação a mudança.

No quarto estadio, ação, a Enfermeira encoraja e incentiva o cliente a dar os primeiros passos para a mudança, identificando com este as dificuldades, e estabelecendo estratégias

de enfrentamento.

O quinto estadio, manutenção pressupõe que a Pessoa efectuou uma mudança de comportamento. A principal meta neste estadio, é o da prevenção da recaída, sendo que a Enfermeira deve incentivar progressos.

No estadio de recaída, a Enfermeira deve ajudar a Pessoa, a renovar o processo de contemplação, determinação e ação.

Assim, a entrevista motivacional pode/deve ser utilizada como estratégia complementar nas intervenções promotoras de adesão ao regime medicamentoso.

### **1.9- Intervenções Promotoras de Adesão ao Regime Terapêutico, nomeadamente Regime Farmacológico**

A Enfermeira, deve utilizar a relação terapêutica, no sentido de planear, implementar e realizar, um plano terapêutico adequado.

Neste sentido, a adesão ou não ao regime terapêutico é influenciada por vários factores, nomeadamente, o suporte, a informação, o envolvimento e relação terapêutica desenvolvida, assim como, a percepção dos benefícios da medicação contribuindo para o aumento da adesão á mesma.

As intervenções de Enfermagem a implementar no sentido de minimizar esta problemática, são complexas e multifacetadas, englobando vários tipos de modalidades terapêuticas, nomeadamente, Psicoeducativas, cognitivo-comportamentais, motivacionais e/ou a sua combinação, o que contribui, para a redução das recaídas, dos internamentos/reinternamentos, um maior conhecimento da terapêutica e um aumento do insight relacionada com a necessidade de tratamento.

Neste contexto, torna-se de extrema importância, o desenvolvimento de intervenções cognitivo comportamentais e/ou a entrevista motivacional, como aliadas das intervenções psicoeducativas na adesão á medicação na pessoa com doença mental grave, de modo a incorporar o cliente como agente ativo no seu tratamento, obtendo a sua colaboração e motivação para alteração de comportamentos e atitudes (World Health Organization, 2003).

Assim, podemos dizer que, a adesão ao tratamento é promovida e desenvolvida através da repetição, e modificação do comportamento, o objectivo fundamental é que, a

Pessoa aprenda com a sua experiência, na medida em que possa considerar os seus objetivos de vida, avaliando e refletindo no papel que a medicação desempenha para os conseguir alcançar.



## **2- Estudo de Caso**

### **2.1- Avaliação Inicial de Enfermagem**

- **Data de admissão no serviço de internamento:** 08/05/2017
- **Nome:** Rapariga X
- **Idade:** 24 anos
- **Estado Civil:** Solteira
- **Profissão:** Área da Restauração
- **Habilitações literárias:** 12 ano de escolaridade
- **Cuidador Informal:** Mãe

#### **Antecedentes Psiquiátricos**

Episódio depressivo no ano de 2013, reativo a falecimento da avó e pai. Medicada durante cerca de um ano com fluoxetina, apresentando melhoria sintomática.

Acompanhada em Consulta Externa (CE) no Hospital Magalhães Lemos (HML), que abandonou. Há registos do Médico de Família, que referem o diagnóstico de esquizofrenia. Medicada com fluoxetina e aripirazol. Sem adesão às consultas e á terapêutica.

#### **Antecedentes Médicos**

Intervenção ginecológica por quistos nos ovários em 2013 e interrupção voluntaria da gravidez no ano de 2016.

#### **Motivo de Internamento**

De acordo com os registos Clínicos e de Enfermagem, a Rapariga X, recorreu ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de São João no dia 8 de maio de 2017, tendo dificuldade em explicar o motivo de recorrência á Urgência, “ando estranha, talvez ansiosa e mais triste” sic. Relatava situação de desrealização, “parece que estive noutra mundo e que agora voltei a este e não conheço... é difícil explicar, ninguém entende...” sic. Acrescentou “agora já não ouço vozes, isso já passou, desde que fui á Igreja do Reino de Deus...” sic. Referiu várias vezes, sentir-se confusa. Após sair do gabinete, voltou a entrar dizendo “por favor veja-me no computador se o meu irmão está morto... ele esteve ca internado na

oncologia e eu não me consigo lembrar se ele está vivo... vi-o há uns tempos no supermercado, mas não sei nem se está vivo” sic. Apresentava-se com aspecto desinvestido. Inicialmente calma, mas progressivamente mais exaltada ao longo da entrevista, com hostilidade latente e ideação delirante persecutória. Discurso coerente e lógico, lentificado, muito escasso e redundante. Pensamento desorganizado. Humor neutro, sem labilidade emocional. Pouca ressonância afectiva. Actividade delirante de teor autorreferencial e persecutório, com comportamento muito sugestivo de actividade alucinatória apesar de o negar. Sem ideação auto-lesiva e sem insight para a doença.

De acordo com os mesmos registos, trata-se de uma Doente com anomalia psíquica grave, coloca em risco bens de relevante valor, de natureza pessoal e patrimonial, próprios e alheios, não apresentando crítica para a sua condição clínica e recusa o tratamento proposto, pelo que cumpre os pressupostos para internamento compulsivo, ao abrigo da Lei da Saúde Mental.

Doente internada compulsivamente através da Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Porto (UMPP), por sintomatologia psicótica para esclarecimento diagnóstico e estabilização clínica no HML. Os riscos avaliados, aquando este episódio foram, fuga/abandono, autoagressividade e hétero-agressividade.

Neste mesmo dia (8 de maio de 2017) a Doente foi transferida para o CHVNG/E, correspondente á sua área de residência.

### **História da doença actual, de acordo com os registos clínicos efectuados decorrentes de entrevista com Familiares da Utente**

No que refere ao contexto familiar, e de acordo com os registos clínicos já efectuados no Serviço de Internamento do CHVNG/E, decorrentes de entrevistas clínicas os Familiares da Utente:

- Entrevista com dois irmãos (Utente com 6 irmãos) a 15/05/2017, os quais desconheciam até á pouco tempo que a Utente teve consultas de psiquiatria no HML; mostram-se preocupados porque desde a morte do Pai há cerca de 3 anos a Utente tem tido comportamento errático “sem rumo para a vida dela...” sic. No último ano a Utente tem-se afastado da família, desconhecem o motivo, não conhecem o namorado mais recente. No

ano passado a Utente já terá falado em ouvir vozes. Referem quem novembro e dezembro a Utente esteve alguns dias na Alemanha onde um destes irmãos esta emigrado, o irmão terá notado que a doente estaria diferente “parecia que a Igreja a dominava... e o aborto mexeu muito com ela...” sic. Negam história familiar de doença psiquiátrica grave.

- Entrevista com Irmão e Mãe da Utente a 18/05/2017. A Mãe refere que já no ano de 2014 a Utente terá relatado ouvir vozes. Tera feito na altura uma interrupção voluntária da gravidez. Negam risos imotivados ou traços de personalidade paranoides. Relata desenvolvimento normal, boa interacção social e dificuldade de lidar com a frustração de longa data. Afastada da Família há cerca de um ano, relacionam com o namorado na altura que seria “muito possessivo e controlador”. A Mãe desconhecia o episódio de abuso há vários anos em Franca, que, segundo a Utente terá sido um dos motivos pelos quais se afastou da Família, por estes não valorizarem. Relatam que a Utente foi perdendo vários empregos porque diz que “havia sempre alguém a implicar com ela em todos os sítios” sic.

### **Entrevista Inicial de Enfermagem**

Esta entrevista, foi realizada de forma não estruturada, no âmbito da Consulta de Enfermagem, com metodologia de Gestão de Caso.

Tendo em conta, um Projecto de Adesão ao Regime Terapêutico, existente e desenvolvido pelos Enfermeiros do Serviço, no qual tive oportunidade de realizar estágio, optei por aplicar os pressupostos da primeira entrevista descritos no projecto, que preconiza, a aplicação de instrumentos de avaliação, nomeadamente: Check List – Razões de não adesão ao regime terapêutico (Apêndice I), Mini Mental Examination (MMSE) (Apêndice II), Escala de avaliação do Insight (SUMD) (Anexo III), e a Escala de avaliação da adesão á medicação (Drug Attitude Inventory, DAI-30) (Apêndice IV); os quais se encontram em anexo.

Optei também, por aplicar da escala de avaliação do auto estima de Rosenberg (Apêndice V) e efectuar o exame do estado mental (através de um guião elaborado por mim) (Apêndice VI), de acordo com o que já tinha observado da Utente, desde a sua data de admissão no serviço de internamento, que se encontram também em anexo.

No decorrer da entrevista inicial e aquando do preenchimento destes instrumentos psicométricos, a Utente encontrava-se calma, orientada e colaborante, a Utente de forma voluntária iniciou um relato acerca da sua história pessoal, o que converteu a entrevista numa experiência catártica. Neste sentido, surgiu a necessidade de dar início a um processo

psicoterapêutico, baseado na Terapia Racional Emotiva, á qual a Utente foi reagindo de forma positiva, ao longo desta entrevista e da programação e realização de mais duas sessões, baseadas nos pressupostos deste modelo psicoterapêutico.

A Catarse é uma experiência emocional poderosa que promove a liberação de sentimentos conscientes ou inconscientes e que traz uma sensação de grande alívio. Ela está presente na maioria das terapias, é um tipo de aprendizagem emocional, ao contrário do entendimento intelectual, que potencia o Insight e que pode levar a uma mudança imediata e de longa duração.

Neste contexto, de acordo com uma perspectiva psicoterapêutica breve que surge como um complemento á compreensão psicodinâmica, foi possível localizar registros da historia pessoal familiar e patologias pregressas (corte longitudinal), assim como, a queixa principal, e a história da doença actual (corte transversal).

O resultado da aplicação dos instrumentos psicométricos, acima referidos foi:

- Mini Mental State Examination (MMSE), pontuação de 18, não se comprovando defeito cognitivo.
- Escala de avaliação do Insight (SUMD), apresentando na sua globalidade consciência intermedia, com consciência dos sintomas e sua atribuição.
- Check List – Razões de não adesão ao regime terapêutico, não considerou relevante a toma da medicação prescrita.
- Escala de avaliação da adesão á medicação (Drug Attitude Inventory, DAI-30), que denota conhecimento acerca da medicação e reconhecimento da importância da mesma no seu processo de estabilização sintomática e tratamento.
- Escala de Auto Estima de Rosenberg, pontuação de 29 o que corresponde ao diagnóstico de auto-estima moderada.
- Avaliação do Estado Mental, Utente colaborante, com expressão facial triste mantendo contacto visual, padrão de mobilidade com inquietação e lentificação. Denota-se alterações a nível da atenção, percepção, consciência, discurso, linguagem, pensamento e memória. Humor disfórico, lábil e triste, denotam-se ainda alterações do sono, nomeadamente, insónia intermédia/final.

No entanto, o que a Utente expressa verbalmente, deve pôr-se em dúvida e deve examinar-se com a finalidade de buscar um possível conteúdo latente, nomeadamente a nível da avaliação do Insight terapêutico e da adesão á medicação, pois neste caso, o observado, não corresponde ao verbalizado pela Utente.

Concluo, que apesar dos resultados obtidos através escala de avaliação de insight e da

escala de adesão á medicação serem positivos e preditores de bom prognóstico, a Utente apresenta grave comprometimento do Insight para a doença, o que vai potenciar a não adesão ao regime terapêutico, sendo assim, necessária intervenção primordial que vá de encontro á resolução/melhoramento destes indicadores, potenciadores de mau prognóstico. Assim, o insight para a doença deve ser promovido, efectuando uma comparação com experiencia previa e crenças actuais, de forma a tornar possível que a Utente produza um juízo, em que, as crenças que apresenta acerca do seu contexto psicopatológico, são na sua maioria, mal adaptativas e desnecessárias.

Os diagnósticos de Enfermagem foram efectuados, tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2.0 (Cipe), recorrendo ainda a Indicadores Noc, nomeadamente, Equilíbrio do Humor, Autocontrolo: Ansiedade, Autocontrolo: Impulso e Autocontrolo: Distorção do Pensamento, que se encontram em anexo (Apêndice VII).

## **2.2- Processo de Enfermagem**

A formulação de um plano de cuidados para esta Utente, não se revelou um processo fácil, devido á falta de insight terapêutico, não-aceitação do estado de saúde, e, conseqüentemente risco de não adesão ao regime terapêutico; apesar de as escalas aplicadas na avaliação/entrevista inicial, integradas no projecto de adesão ao regime terapêutico instituído no serviço, não confirmarem esta realidade.

Neste contexto, foi necessária uma pesquisa bibliográfica aprofundada, acerca do insight para a doença, aceitação do estado de saúde e adesão ao regime terapêutico, no geral, e, em particular em Pessoas com surtos psicóticos recentes; assim como, dos défices cognitivos que advém dos surtos psicóticos e efeitos da medicação instituída, assim como da sua alteração. Neste contexto, e, de acordo com a entrevista inicial a Utente apresenta:

- Aceitação do estado de Saúde comprometida, o que se encontra na base do Processo de Enfermagem, potenciando o risco de não adesão ao regime terapêutico:
  - Não demonstra sensação de paz e tranquilidade coma nova condição de Saúde,
  - Não demonstra recções, sentimentos e crenças positivas perante a nova condição de Saúde,
  - Não reconhece e não se consciencializa da realidade da nova condição de saúde,
  - Não demonstra motivação, envolvimento, procura de informação com vista a enfrentar a nova condição de Saúde,

- Não desempenha novas actividades promotoras de adaptação á nova condição de Saúde.
  
- Processo de Pensamento (Pensar) comprometido:
  - Apresenta alterações de pensamento, de curso (interpretações delirantes) da forma (bloqueios) e do conteúdo (ideias prevalentes, ideias obsessivas).
  - Indicadores Noc – Autocontrolo: Distorção do Pensamento – Dificuldade significativa na demonstração de comportamentos congruentes com uma interpretação correcta do meio e exibição de pensamento baseado na realidade.
  
- Auto-estima diminuída em grau moderado.
  
- Sono comprometido
  - Insónia intermédia/final
  
- Humor comprometido
  - Apresenta humor disfórico, lábil e irritável.
  - Indicadores Noc – Equilíbrio do Humor - Alterações significativas, nomeadamente nos afectos, labilidade emocional, controlo dos impulsos, concentração, adesão ao regime terapêutico e interesse pelo que a rodeia.
  
- Ansiedade presente
  - Apresenta sinais de preocupação,
  - Dificuldade em se concentrar,
  - Incapacidade em relaxar não relacionada com a doença.
  - Indicadores Noc – Autocontrolo: Ansiedade - Défices, nomeadamente no uso de técnicas de relaxamento, controlo da resposta á ansiedade, concentração, diminuição dos estímulos do meio envolvente e coping.
  
- Força de vontade (volição) comprometida
  - Não apresenta disposição para reter e abandonar acções,
  - Não controla impulsos,

➤ Autocontrolo dos impulsos comprometido

- Não toma disposição para dominar comportamentos impulsivos ou compulsivos.

-Indicadores Noc – Autocontrolo: Impulso - Dificuldade, na identificação de comportamentos impulsivos prejudiciais e comportamentos que conduzem a acções impulsivas.

Neste sentido, apresento um quadro, com os focos e respectivos diagnósticos de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, assim como as intervenções planeadas.

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Aceitação do Estado de Saúde</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Aceitação do Estado de Saúde comprometido</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b>		<b>Data termo</b>
18/05/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir a Pessoa, a promover a Aceitação do Estado de Saúde,</li> <li>- Avaliar a Aceitação do Estado de Saúde,</li> <li>- Encorajar a Aceitação do Estado de Saúde,</li> <li>- Ensinar sobre estratégias adaptativas,</li> <li>- Ensinar sobre Serviços de Saúde,</li> <li>- Incentivar a comunicação de emoções,</li> <li>- Incentivar Aceitação do Estado de Saúde,</li> <li>- Promover a consciencialização e potenciar o Insight terapêutico.</li> </ul>	13/06/2017

<b>Foco de Enfermagem:</b> Adesão <u>Regime Terapêutico</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Risco de não Adesão Regime Terapêutico</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b>		<b>Data termo</b>
18/05/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o Insight terapêutico <ul style="list-style-type: none"> <li>o Estimular a participação e realização de actividades nos domínios da cognição e da percepção.</li> </ul> </li>   <li>- Aconselhamento <ul style="list-style-type: none"> <li>o Disponibilizar ajuda para dar resposta às necessidades psicológicas,</li> <li>o Facilitar a mudança de comportamentos relacionados com a saúde,</li> <li>o Escutar e acolher as preocupações e o sofrimento, e promover o bem-estar psicológico,</li> <li>o Identificar as preocupações fundamentais que o sujeito tem em relação à saúde e ajudá-lo a lidar eficazmente com elas através de estratégias de coping eficazes.</li> </ul> </li>   <li>- Psicoeducação <ul style="list-style-type: none"> <li>o Conceito da doença,</li> <li>o Sinais e sintomas,</li> <li>o Complicações da doença,</li> <li>o Sinais de alarme de recaída e atitude adequada,</li> <li>o Vigilância de Saúde, consultas,</li> <li>o Tratamento Psicofarmacológico, efeitos desejados efeitos adversos, cumprimento do regime medicamentoso,</li> <li>o Promoção autocuidado,</li> <li>o Promoção hábitos de sono</li> <li>o Promoção de hábitos de actividade física,</li> <li>o Integração dos factores de protecção de forma eficaz (doença, hábitos de vida saudáveis, identificação precoce de factores de risco de recaída,</li> <li>o Tratamento não farmacológico.</li> </ul> </li>   <li>- Entrevista Motivacional <ul style="list-style-type: none"> <li>o 1ª Sessão Entrevista Motivacional</li> <li>o 2ª Sessão Entrevista Motivacional</li> <li>o 3ª Sessão Entrevista Motivacional</li> <li>o 4ª Sessão Entrevista Motivacional</li> </ul> </li> </ul>	13/06/2017

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Processo de Pensamento (Pensar)</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Processo de Pensamento (Pensar) comprometido</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b>		<b>Data termo</b>
18/05/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar pensamento,</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional,</li> <li>- Executar técnica de relaxamento,</li> <li>- Executar técnica para estimular cognição,</li> <li>- Executar terapia de orientação para a realidade,</li> <li>- Optimizar a comunicação,</li> <li>- Incentivar na participação das dinâmicas de grupo implementadas no serviço,</li> <li>- Executar terapia cognitivo-comportamental, <ul style="list-style-type: none"> <li>o 1ª Sessão de Terapia Racional Emotiva</li> <li>o 2ª Sessão de Terapia Racional Emotiva</li> <li>o 3ª Sessão de Terapia Racional Emotiva (De acordo com Albert Ellis)</li> </ul> </li> </ul>	13/06/2017



<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Humor</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Humor comprometido</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b> 18/05/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar Humor,</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional,</li> <li>- Executar técnica de relaxamento,</li> <li>- Incentivar a comunicação de emoções,</li> <li>- Vigiar comportamento,</li> <li>- Incentivar na participação das dinâmicas de grupo implementadas no serviço.</li> </ul>	<b>Data termo</b>          13/06/2017

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Ansiedade</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Ansiedade presente</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b> 18/05/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir a Pessoa a identificar factores desencadeantes,</li> <li>- Assistir na ansiedade,</li> <li>- Avaliar ansiedade,</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional,</li> <li>- Encorajar expressão de crenças,</li> <li>- Escutar,</li> <li>- Executar técnica de relaxamento</li> <li>- Vigiar comportamento.</li> </ul>	<b>Data termo</b>          13/06/2017



### 2.3– Medicação instituída

No serviço de internamento, tive a oportunidade de constatar, que nos primeiros internamentos, a medicação instituída é passível de alteração, de acordo com as respostas que os Utentes apresentam á mesma.

- ❖ A data de admissão no serviço de internamento do CHVNG/E (08/05/2017), a Utente foi medicada com:
  - Risperidona 6mg/1ml solvente, suspensão oral, frasco de 30 ml, com administração diária às 21h00;
  - Haloperidol 5mg/1ml solvente, solução injetável via intramuscular, frasco de 1ml, em SOS;
  - Diazepam 10mg, comprimidos, em SOS.
  
- ❖ No dia 09/05/2017, foi acrescentada á terapêutica prescrita:
  - Ácido fólico 5 mg, comprimidos, com administração diária às 19h00.
  
- ❖ No dia 15/05/2017, foi prescrito:
  - Biperideno 4mg, comprimidos, com administração diária às 09h00 e ás 19h00.
  
- ❖ No dia 19/05/2017, foi prescrito:
  - Lorazepam 2,5mg, comprimidos, com administração diária às 09h00, 13h00 e 21h00.
  
- ❖ No dia 23/05/2017, foi prescrito e administrado:
  - Risperidona 37,5mg/2ml em pó, suspensão injetável, via intramuscular, frasco de 2ml, com administração de 14/14 dias.
  
- ❖ Esta Utente abandonou o Serviço de Internamento duas vezes por fuga, e, aquando do segundo abandono e posterior reinternamento, a terapêutica instituída foi alterada, tendo-se mantido até á data de alta:
  - Levomepromazina 25 mg comprimidos, 09h00, 13h00, 19h00,

- Risperidona 6mg/1ml solvente, suspensão oral, frasco de 30 ml, com administração diária às 21h00;
- Lorazepam 2,5mg, comprimidos, com administração diária às 09h00, 13h00 e 21h00;
- Biperideno 4mg comprimidos, 09h00, 19h00;
- Ácido fólico 5mg, comprimidos, 9h00;
- Risperidona 50mg/2ml pó, suspensão injectável via intramuscular, frasco de 2ml, 14/14 dias;
- Lactulose 10g/15ml xarope, saqueta 15ml, SOS, até três dias se obstipação;
- Haloperidol 5mg/1ml solvente, solução injetável via intramuscular/endovenoso, frasco de 1ml, em SOS até 3 dias, se agitação psicomotora;
- Diazepam 10mg, comprimidos, SOS, até 3 dias se agitação psicomotora.

## **2.4- Actividades desenvolvidas e evolução no Internamento**

### **Episódios de fuga**

Durante o internamento, a Utente teve uma tentativa de fuga sem sucesso, no entanto posteriormente abandonou duas vezes o Serviço de Internamento por fuga:

- No dia 29/05/2017, tendo sido reinternada no dia 31/05/2017, a Utente foi transferida para o quarto de isolamento para limitação de estímulos de forma a promover período de reflexão acerca dos acontecimentos. Foi mantida a ordem de Internamento compulsivo. No dia da fuga, e de acordo com os registos clínicos, a Utente procurou o Médico várias vezes durante a manhã, referindo que queria falar com ele, no sentido de ter alta, ao que o Médico respondeu, que a chamaria na sua vez. Neste contexto, a Utente começa a dar pontapés e murros na porta, desadequada e exaltada, pelo que fez diazepam 10 mg. Mais tarde voltou a procurar o Médico e pediu desculpa.
- No dia 04/06/2017 pelas 21h00, tendo sido reinternada no dia 05/06/2017, ficou isolada no quarto durante pelo menos três dias. Foi levantada a ordem de Internamento Compulsivo. Na sequência destes episódios, a intervenção foi a de informar as Autoridades Policiais do ocorrido.

Aquando do último reinternamento, foi efectuado o diagnóstico de precaução de segurança comprometida, por história de duas fugas numa semana, em Doente com Internamento Compulsivo. Estes episódios denotam fraco controlo dos impulsos pela

dificuldade em lidar com a frustração e ausência de insight para a doença ou insight parcial.

### **Actividades desenvolvidas**

De acordo com uma visão cognitivo-comportamental, inserida no paradigma da reestruturação cognitiva, as intervenções comportamentais englobam estratégias mais adaptativas, que visam um efeito mais positivo nas cognições. São exemplos, horários de actividades, atribuição de tarefas classificadas, ensaio comportamental, distração e técnicas diversas como o relaxamento, assertividade, treino de capacidades sociais, técnicas de suspensão de fluxo de pensamentos, entre outras.

Neste contexto, a Utente foi incentivada a participar nas dinâmicas de grupo realizadas pelos Enfermeiros Especialistas a exercer funções no Serviço de Internamento, e, Actividades de Grupo promovidas no âmbito da Terapia Ocupacional pela Técnica que exerce funções no Centro Hospitalar.

Neste serviço de internamento, os Doentes têm vários jogos e materiais á sua disposição, nomeadamente, dominó, monopólio, loto, folhas brancas, folhas com desenhos para pintar, lápis de cor e marcadores; aos quais, incentivei a Utente a usar e a participar, em contexto individual e/ou de grupo, no sentido de promover a cognição e a psicomotricidade, mais especificamente a motricidade fina. Neste contexto, no sentido de promover a auto-estima e o autocuidado nomeadamente no que concerne á actividade recreativa, dei desenhos á utente para que ela pintasse, de forma a definir tarefas com a mesma, que teria de realizar até á próxima Consulta de Enfermagem (Apêndice VIII).

<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>18/5</b>	<b>19/5</b>	<b>24/5</b>	<b>25/5</b>	<b>26/5</b>	<b>29/5</b>	<b>2/6</b>	<b>3/6</b>	<b>4/6</b>	<b>6/6</b>	<b>7/6</b>	<b>13/6</b>
Aceitação do Estado de Saúde comprometida	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Risco de não Adesão ao Regime Terapêutico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Processo de Pensamento (Pensar) comprometido	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Auto-estima diminuída, em grau moderado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sono comprometido		X		X								X
Humor comprometido	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ansiedade presente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Força de vontade (volição comprometida)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Autocontrolo: Impulso comprometido	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>18/5</b>	<b>19/5</b>	<b>24/5</b>	<b>25/5</b>	<b>26/5</b>	<b>29/5</b>	<b>2/6</b>	<b>3/6</b>	<b>4/6</b>	<b>6/6</b>	<b>7/6</b>	<b>13/6</b>
Assistir a Pessoa, a promover a Aceitação do Estado de Saúde	X	X	X	X	X	X		X	X			
Avaliar a Aceitação do Estado de Saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Encorajar a Aceitação do Estado de Saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ensinar sobre estratégias adaptativas					X	X	X	X				
Ensinar sobre <i>serviços</i> de Saúde	X											X
Incentivar a <i>comunicação de emoções</i>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Incentivar Aceitação do Estado de Saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover a consciencialização e potenciar o Insight terapêutico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aconselhamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Psicoeducação												
- Conceito da doença,	X	X										
- Sinais e sintomas,					X							
- Complicações da <i>doença</i> ,					X							
- Sinais de alarme de <i>recaída</i> e atitude adequada,									X			
- <i>Vigilância</i> de Saúde, consultas,												X
- Tratamento Psicofarmacológico, efeitos desejados efeitos adversos, cumprimento do regime medicamentoso,	X	X			X		X	X				
- <i>Promoção</i> autocuidado,					X		X	X	X			
- Promoção de hábitos de actividade física,						X	X	X	X			
- Integração dos												

factores de protecção de forma eficaz (doença, hábitos de vida saudáveis, identificação precoce de factores de risco de recaída,					X		X	X	X			
- Tratamento não farmacológico						X	X	X	X			
1ª Entrevista motivacional					X							
2ª Entrevista motivacional							X					
3ª Entrevista motivacional								X				
4ª Entrevista motivacional									X			
Avaliar pensamento	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	
Disponibilizar suporte emocional	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Executar técnica de relaxamento						X	X	X	X			
Executar técnica para estimular cognição		X	X		X	X		X				
Executar terapia de orientação para a realidade		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Optimizar a comunicação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover o uso de estratégias de coping	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Incentivar na participação das dinâmicas de grupo implementadas no serviço						X	X	X				
1ª sessão de Terapia Racional Emotiva	X											
2ª sessão de Terapia Racional Emotiva		X										
3ª Sessão de Terapia Racional Emotiva				X								
Avaliar auto-estima através da escala de Rosenberg	X											X
Promover Auto-estima	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X
Vigiar comportamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Estimular a participação e realização de actividades					X	X			X			
Avaliar sono		X										X
Avaliar conhecimento para promover sono		X										
Ensinar dobre padrão de sono		X										
Ensinar sobre sono		X		X			X					
Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para promover o sono		X		X								

Avaliar Humor	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Assistir a Pessoa a identificar factores desencadeantes de ansiedade							X	X	X			
Assistir na ansiedade	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	
Avaliar ansiedade	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Encorajar expressão de crenças	X	X		X	X	X		X				
Escutar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliar força de Vontade					X	X		X	X			
Promover a esperança			X		X	X		X	X			X
Incentivar a iniciativa												
Incentivar progressos					X	X		X	X			X
Avaliar autocontrolo: impulso	X						X		X	X		X
Encorajar autocontrolo: impulso	X	X		X			X			X		
Administração de Terapêutica (Intervenção Interdependente)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

## ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 18/05/2017**

- Entrevista não Estruturada de Avaliação Inicial.

### 1 Sessão Terapia Racional Emotiva

A terapia racional emotiva, foi incluída no plano terapêutico, aquando da entrevista inicial, em que a Utente, ao longo da mesma, foi verbalizando vários aspectos da sua vida, tendo como resultado a catarse.

Utente refere que não está doente, que apenas parou de tomar a medicação para a depressão e não aguentou a pressão, “...vim para aqui porque tomava a medicação á minha maneira...”, “...eu já passei por muito e agora não aguentei, vocês acham que eu estou doente, mas não é verdade, só preciso de descansar e não estou aqui a fazer nada, quero ir para casa” sic.

Relata que á cerca de 3 anos, o Pai faleceu, e ela não estava cá, porque tinha ido para franca trabalhar, no entanto refere ter vindo para o funeral “...eu vi o meu Pai depois de ele morrer, ao longe, era ele, todo de branco, ele veio para me ver e fiquei contente ...mas sabia que ele não podia ficar...”, diz ainda, que na mesma altura a avó ficou doente, teve que ser

operada e faleceu posteriormente. Refere, que nesta mesma altura, teve que deixar o emprego em franca “...eu fui para lá trabalhar e fiquei na casa de uma amiga, mas nos últimos tempos já me sentia estranha, parecia que o Pai dessa minha amiga estava interessado em mim, o que depois vim a saber ser verdade, porque eu pedi para ele me comprar um bilhete de avião, para vir embora para Portugal ao funeral do meu pai, e ele enganou-me na data e nos horários do voo, era porque não queria que eu viesse, não acha? Além disso, já me tinha tentado agarrar no braço, e eu não deixei. Acontece-me sempre destas coisas, parece que todos os homens têm interesse em mim, mas eu não sou assim e estou farta... foi por causa de uma situação destas, que me separei do meu ex namorado, não deste de agora, mas o que tive antes, que dizia que gostava muito de mim, mas quando o meu patrão tentou abusar de mim, ele não me defendeu, fiquei muito triste e não consegui perdoá-lo...”

No decorrer da entrevista, diz ter-se afastado da família “...porque eles não acreditam ou não se interessam...”, e, ser uma pessoa independente, acentuando a ideia de não estar doente e querer ir para casa para descansar e ficar sozinha “...eu só preciso de estar sozinha, e depois fico bem, a sério...” sic

Refere que há meses que anda muito cansada, com várias queixas somáticas “que os médicos diziam que eram da minha cabeça”, “...estava muito cansada, e decidi parar de tomar a medicação a ver se me sentia melhor, às vezes ouvia vozes, mas isso acabou desde que fui á Igreja do Reino de Deus... eles curaram-me já não tenho nada, não sei porque me mandaram para aqui, nunca fiz mal a ninguém, pelo contrario, sempre tentei ajudar os outros e nunca me preocupei muito comigo” sic.

Relata que vive sozinha e pede para ir a casa dar de comer á gata que vive com ela e que deve estar cheia de fome. A Utente adopta por vezes posturas sedutoras em contexto de comportamento manipulador, no sentido de alcançar os seus objectivos imediatos, “deixem-me ir, coitadinha da gatinha, eu só vou lá ver se está tudo bem, dar-lhe de comer e depois volto, prometo” sic

Refere ainda, ter um namorado que não a trata bem, que a engana, mas que, no entanto, a persegue, diz que, se calhar está assim porque ele a drogou, “...ele fazia-me a vida negra... eu estou assim porque ele me deve ter drogado, quando estava com ele sentia-me sempre estranha, acha que pode ter sido isso? não tenho a certeza porque nunca vi, mas sei que ele toma drogas” sic. Os exames analíticos da Utente, referentes ao abuso de estupefacientes, tiveram um resultado negativo.

Assim, identifiquei com a Utente as crenças irracionais que a fizeram ver as coisas desta forma, assim como as consequências emocionais e comportamentais das interpretações que a Utente fez destes acontecimentos, enunciando e descriminando alternativas racionais.

### Psicoeducação

- Na primeira parte da Entrevista, aquando da aplicação dos instrumentos psicométricos, foram efectuadas Intervenções breves de psicoeducação, acerca do conceito de doença, Tratamento psicofarmacológico, efeitos desejados, efeitos adversos e cumprimento do regime medicamentoso.

## ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 19/05/2017**

### - 2ª Sessão de Terapia Racional Emotiva

A Utente refere, que sempre teve problemas, que “...já no colégio de Freiras era vitima de bulling...” sic, e que isso se foi mantendo “...as pessoas olhavam para mim... gozavam muito comigo... comentavam tudo...” sic, actualmente refere que as Pessoas têm um comportamento estranho com ela e que a veem como um objecto, principalmente os homens “... é por causa disso que eu às vezes mudo de emprego...”, “... mudei á pouco tempo de emprego, porque tinha um colega que estava sempre a arranjar-me problemas por eu não lhe ligar e não querer estar com ele... esse emprego era muito mau, mas não era por causa do trabalho... eu gosto de trabalhar e isto da restauração é o que gosto e quero fazer... ... nesse café o meu Patrão também achava que eu era como as outras, e um dia agarrou-me no braço e eu não gostei...”. Posteriormente refere, “... se calhar posso ter percebido mal, porque quando ele fez isso era para me mostrar como funcionava a máquina de lavar loiça, mas eu reagi logo mal, não gostei que me tocasse, podia ter falado para mim sem me agarrar e eu já não ia achar que ele queria abusar de mim, como faz com outras...porque ele lá tem tudo o que quer e as outras raparigas deixam... eu não porque não gosto disso, nem sou assim”.

Relativamente aos relatos da primeira sessão de TRE, em que a Utente refere que esteve em Franca a trabalhar, e ficou a morar em casa da amiga e do pai dessa amiga, refere “... , mas quando estive em Franca na casa da minha amiga, aconteceu mesmo, ele já tinha tentado várias vezes...”.

Diz ainda, relativamente ao episódio em que o ex namorado não a defendeu de um suposto

abuso por parte do antigo patrão “... o meu irmão disse-me que eu devia voltar para o meu antigo namorado, que ele é que era bom para mim, o que acha? Não tenho a certeza, ele não me defendeu, mas agora também já não sei se aconteceu mesmo ou se percebi mal... de qualquer forma ele não acreditou em mim e estou muito indecisa... mesmo que tenha percebido mal ele não acreditou em mim... não é?”. Refere em relação à Família, que se afastou deles, por eles também não valorizarem estas queixas, dizendo que, ninguém acredita-se nela e por isso devia viver sozinha longe desta gente toda que não a compreende, mas que quer voltar a estar com eles, “...eu vou voltar a estar mais com eles... eles são a minha Família e ajudam-me sempre que preciso... as vezes também não reajo bem...” sic; diz ainda “... a minha Mãe passa pelo mesmo que eu passo, ela também sofre muito com o companheiro e custa-me vê-la assim...”

No que respeita, ao namorado mais recente, a Utente refere, que ele a enganou várias vezes “... um dia, fui dar uma volta e alguma coisa me disse para entrar num café que nem conhecia, quando entrei vi o meu namorado com outra rapariga, eu ate já sabia, havia alguma coisa a dizer-me isso... porque eu não procuro as coisas... é uma intuição que eu tenho e as vezes ouço coisas que depois encontro... e foi assim... zanguei-me e fiz uma figura, insultei-o e vim embora, foi uma vergonha mas não me consegui controlar... as vezes fico agressiva e só paro quando faço...”, “... ele às vezes também não acredita em mim e não está para me ouvir, uma vez disse-lhe que tinha a doença da esquizofrenia, e ele disse que estava tudo explicado, que afinal era mesmo maluca e que não tava para aturar isto...”, “... ele diz que eu fico semanas sem falar com ele mas eu não me lembro, às vezes estou cansada do trabalho e não quero sair de casa, ele dantes ia lá mais vezes, mas agora vai menos e depois diz que eu é que não quero estar com ele... mas eu agora também não quero mesmo, porque ele me engana...”, “... se calhar não foi ele que me drogou, pode ter sido o irmão com cogumelos, ou se calhar pode ter sido impressão, pode ser da doença?”, “... de qualquer forma só me fez mal, e obrigou-me a fazer um aborto, disse que não tinha condições para ter uma criança, se calhar disse isso por eu ter dito que era esquizofrénica... a médica de família também me disse que não podia ter filhos, por causa da esquizofrenia... o que eu tenho é isso? Os médicos já sabem o que tenho?”.

Assim, identifiquei com a Utente as crenças irracionais que a fizeram ver as coisas desta forma, assim como as consequências emocionais e comportamentais das interpretações que a Utente fez destes acontecimentos, enunciando e descriminando alternativas racionais.

Neste dia no final do turno, a Utente refere querer fazer um telefonema, para falar com a Mãe, referindo que tinha coisas importantes para lhe dizer.

- Estimulação cognitiva

No início da sessão, foram efectuados 3 exercícios de estimulação cognitiva, nos domínios da percepção (exercício de dificuldade média), memória (exercício de dificuldade média) e da atenção (dificuldade média). Denotou-se dificuldades nestes domínios, nomeadamente no domínio da atenção, no qual a Utente apresenta maior dificuldade. A Utente reagiu muito bem a estes exercícios, no entanto mostrando sinais de desânimo perante as suas dificuldades, pelo que foi preciso incentivar á sua realização (Apêndice XI).

- Psicoeducação

Durante esta sessão, a Utente relatou dificuldades no sono, nomeadamente insónia intermédia/final, pelo que foram efectuadas Intervenções breves de psicoeducação, no âmbito da higiene e padrão do sono, assim como, estratégias não farmacológicas para a sua promoção.

❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 24/05/2017**

- Estimulação cognitiva

No início da sessão, foram efectuados 2 exercícios de estimulação cognitiva, no domínio do raciocínio (1 exercício fácil e outro de dificuldade média), a Utente não apresentou dificuldades na realização destes exercícios (Anexo IX).

## - Promover a consciencialização e potenciar o Insight terapêutico

Foi passado um vídeo, com duração de aproximadamente de 5m, no sentido, de promover a consciencialização e potenciar o insight terapêutico. Apresento o link em baixo:

<https://www.youtube.com/watch?v=TTq3R7jJSh8> - Razão x Emoção: Animação que inspirou o filme "Divertida Mente" (Inside Out) da PIXAR.

Este filme, é uma curta-metragem de animação, escolhido de acordo com o grau de maturidade da Utente

Assim, a Utente, foi questionada acerca do que tinha achado, ao que respondeu, “Eu também sinto isso... o cérebro funciona assim?” sic; “... isto já me aconteceu... um lado do meu cérebro dizia uma coisa e o outro dizia outra coisa diferente...” sic, quando perguntei acerca do conteúdo dessas vozes, a Utente referiu “...um lado do meu cérebro dizia para eu me matar e outro dizia para não fazer isso, diziam muitas coisas, às vezes eram vozes a dizer, tu não prestas, mas eu não gosto de falar nisso... eu já não ligo, dantes respondia às vozes, mas agora não ligo... mas já não ouço vozes, desde que fui á Igreja do Reino de Deus...”sic. Pedi á Utente que escreve-se num papel o que tinha achado do filme, no entanto não escreveu o que verbalizou; apenas escreveu “Sinto-me assim dividida, às vezes quero sair de casa, outras vezes deitar-me” sic (Apêndice X).

## ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 25/05/2017**

### - 3ª Sessão de Terapia Racional Emotiva

Esta sessão, foi uma intervenção não programada, decorrente de um acontecimento, em que a Enfermeira tinha dado autorização á Utente para realizar uma determinada tarefa, no entanto a Utente encontrou uma Auxiliar no corredor, a qual a proibiu de realizar essa tarefa. A Utente chorou e reagiu de forma agressiva, foram-lhe apresentadas alternativas ao comportamento demonstrado. Posteriormente, no dia a seguir, numa situação idêntica, a Utente conseguiu reagir de forma adequada.

No decorrer desta sessão, a Utente verbalizou que “... já não quero estar com nenhum dos meus ex namorados, agora tenho que ficar sozinha e organizar a minha vida... tenho muitos planos para quando sair daqui...”, “...gostei muito de ir ao Reino de Deus, eles

ajudaram-me muito, mas se calhar já não preciso de lá ir, há lá muita coisa boa e ao contrario também... acho que se continuar a ir lá, ainda fico pior...”.

Neste sentido, identifiquei com a Utente as crenças irracionais que a fizeram ver as coisas desta forma, assim como as consequências emocionais e comportamentais das interpretações que a Utente fez destes acontecimentos, enunciando e descriminando alternativas racionais.

No final da sessão, a Utente verbalizou que já estava bem, que já tinha falado sobre ela, sobre o que a preocupava e sobre os acontecimentos que a tinham feito chegar a esta situação “... agora quando falo sobre estas coisas fico muita cansada, já estou bem, já falei sobre tudo e sinto-me melhor e até um bocado vazia... agora preciso de encher a minha cabeça com coisas novas...” sic, “...já não sinto nada e quero ir para casa...” sic.

#### - Psicoeducação

A Utente, voltou a referir insónia intermédia/terminal, pelo que foram reforçados os ensinamentos acerca do sono e das estratégias não farmacológicas para o promover.

No seguimento do Plano de Intervenção á Utente, foram programadas 4 sessões de entrevista motivacional.

No início da primeira sessão, foi necessário, obter a participação e colaboração da Utente no programa de intervenções, avaliar e identificar o estadio de prontidão para a mudança em que se encontra.

Assim as entrevistas motivacionais, foram programadas e estruturadas no sentido de:

- **1ª Sessão:** explorar objetivos futuros do cliente. Desta forma pretende-se promover a verbalização de sentimentos e expectativas do cliente relativamente a objetivos pessoais futuros.
- **2ª Sessão:** evidenciar a discrepância entre o comportamento passado e atual do cliente, e a concretização dos seus objetivos futuros.
- **3ª Sessão:** estabelecer relação entre tratamento para a doença e a concretização dos objetivos

pessoais do cliente.

- **4ª Sessão:** evidenciar a importância do comportamento de adesão ao regime terapêutico como catalisador da realização dos seus objetivos e encerrar a primeira intervenção.

### ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 26/05/2017**

#### - 1ª Sessão Entrevista Motivacional

Nesta sessão, promovi a reflexão e verbalização dos objetivos pessoais futuros da Utente, reforçando positivamente a sua possível concretização. Incentivei a Utente a considerar que a medicação é fundamental para conseguir alcançar e desenvolver os objetivos a que se propõem. Aparentemente, a Utente encontrava-se no estadio de prontidão para a mudança - contemplação, assim, a minha intervenção consistiu essencialmente em evocar as razões pelas quais deveria mudar o seu comportamento, identificando com a Utente os riscos existentes perante a ausência de mudança de comportamento, promovendo a reflexão para a importância da mudança da conduta atual com vista a alcançar os objetivos a que se propõem.

A Utente, abordou a sua sintomatologia pregressa, "... eu dantes quando cismava com uma coisa, tinha que fazer... se não ficava muito triste..." sic. A Utente, apresentava um humor lábil, e a chorar referiu "... eu quero fazer as coisas, mas depois não consigo...".

Foram igualmente exploradas as estratégias necessárias a implementar com vista á concretização dos seus objetivos.

Neste contexto, foram efectuadas intervenções breves de psicoeducação, acerca dos sinais, sintomas e complicações da doença, assim como, acerca do tratamento psicofarmacológico, efeitos desejados e efeitos adversos e da sua importância. Foquei também o autocuidado em vários aspectos, no sentido, da integração dos factores de protecção de forma eficaz (doença, hábitos de vida saudáveis, identificação precoce de factores de risco de recaída).

### - Estimulação cognitiva

No início da sessão, a Utente questionou-me “... hoje não fazemos aqueles exercícios?” sic; nesta sequência, perguntei se gostava de os fazer, “...sim, e depois até me sinto melhor... dantes não conseguia ler uma frase do livro e agora sim... vamos fazer para eu ficar melhor?”. Assim foram efectuados 2 exercícios de estimulação cognitiva, 1 no domínio da atenção (dificuldade média), e, outro no domínio do raciocínio (dificuldade média). A Utente não apresentou dificuldades na realização destes exercícios (Apêndice IX).

## ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 29/05/2017**

### - Estimulação cognitiva

No início da sessão, a Utente referiu, “Eu não estava assim, esta medicação está-me a por pior” sic, foi novamente explicado á Utente os efeitos da medicação e a importância do tempo de actuação, ao que a utente não ofereceu resistência.

Foram efectuados 2 exercícios de estimulação cognitiva no domínio da atenção, um fácil e outro difícil. No segundo exercício respectivamente, a utente apresentou dificuldade, pelo que incentivei e ajudei á sua realização (Apêndice IX).

### - Relaxamento

Foi efectuada uma sessão de relaxamento progressivo de 7 grupos musculares, tendo sido previamente explicado o processo á Utente. Recorri ao auxílio de música meditativa, no sentido de facilitar o processo de relaxamento. A sessão, correu sem intercorrências, no final a utente referiu sentir-se mais calma e relaxada. No entanto, referiu ainda alguma tensão muscular a nível da coluna cervical, pelo que foi efectuada massagem de relaxamento de aproximadamente 5m nessa região corporal, ao que a Utente respondeu com muita satisfação, foram ainda instruídos, alguns movimentos, de forma a Utente poder efectuar automassagem, quando o entender ou achar necessário.

Depois do relaxamento instruí exercícios respiratórios e de alongamentos, no âmbito da promoção da actividade física.

## ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 02/06/2017**

### - 2ª Sessão Entrevista Motivacional

Na 2ª Sessão, estimei a reflexão acerca do comportamento passado/ atual e dos motivos desencadeantes do atual internamento, potenciando a verbalização dos projetos pessoais futuros estabelecidos, incentivando a reflexão da discrepância existente entre a concretização dos seus objetivos e o seu comportamento atual. Enfatizei o papel fundamental da adesão ao regime terapêutico como fator imprescindível para a concretização desses mesmos objetivos. Esclareci dúvidas e questões.

Neste contexto, foram efectuadas intervenções breves de psicoeducação, acerca do tratamento psicofarmacológico, efeitos desejados e efeitos adversos e da sua importância. Foquei também o autocuidado em vários aspectos, no sentido, da integração dos factores de protecção de forma eficaz (doença, hábitos de vida saudáveis, identificação precoce de factores de risco de recaída).

Nesta entrevista foi abordado o episódio de fuga que ocorreu no dia 29/05/2017, em que foram aplicadas estratégias de autoinstrução através da identificação e auto-verbalização dos pensamentos/emoções do episódio de fuga:

- Quando se esta a preparar para a fuga – “senti-me angustiada e dividida...” sic.
- Quando já iniciou a fuga – “senti liberdade e medo da polícia...” sic.
- Quando já está dominada pela situação – “... fiquei na dúvida se ia falar com a Mãe...tive medo que a Policia me fosse buscar...” sic.
- Quando reflectiu sobre o episódio de fuga “errei, mas não errei, porque fui ter com a minha Família, o que me faz bem e sinto-me feliz... fiquei triste porque podia ter alta... não vale a pena fugir, tenho que enfrentar de frente... agora quero fugir na mesma, mas com o consentimento dos Médicos... fiquei mais calma e aprendi com isso...” sic.

Mais tarde a Utente referiu “... não sei o que me deu... já não preciso de estar cá, percebi que passei por muita coisa, e sempre me preocupei mais com os outros do que comigo, por

isso fiquei cansada e doente... já falei e libertei-me das coisas do passado... sobre o que me perturbava, e curei-me, agora já não sinto raiva, sinto-me bem, já não estou doente e posso tomar a medicação em casa..." sic.

Perguntei como se tinha sentido nestes dias em que estive fora, "...bem, fui ver a Mãe e fiquei feliz, já não sinto nada, já posso parar de tomar a medicação e fazer o desmame..."; perguntei se já tinha pensado, que se sentiu bem, porque se calhar ainda esta sobre o efeito da medicação, ao que respondeu "sim também pode ser".

#### - Relaxamento

Foi efectuada uma sessão de relaxamento progressivo de 7 grupos musculares, tendo sido previamente explicado o processo á Utente. Recorri ao auxílio de música meditativa, no sentido de facilitar o processo de relaxamento. A sessão, correu sem intercorrências, no final a utente referiu sentir-se mais calma e relaxada. No entanto, referiu ainda alguma tensão muscular a nível da coluna cervical, pelo que foi efectuada massagem de relaxamento de aproximadamente 5m nessa região corporal, ao que a Utente respondeu com muita satisfação, foram ainda instruídos, alguns movimentos, de forma a Utente poder efectuar automassagem, quando o entender ou achar necessário.

Depois do relaxamento instrui exercícios respiratórios e de alongamentos, no âmbito da promoção da actividade física.

### ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 03/06/2017**

#### - 3ª Sessão Entrevista Motivacional

Na 3ª sessão, promovi a reflexão crítica, recordando com ela os seus projetos pessoais futuros; as estratégias necessárias a implementar com vista á concretização dos objetivos estabelecidos; equacionando as vantagens/desvantagens da adesão ao regime terapêutico, de forma a promover a ambivalência, através da reflexão autocrítica.

Esclareci dúvidas e questões colocadas.

Neste contexto, foram efectuadas intervenções breves de psicoeducação, acerca do

tratamento psicofarmacológico, efeitos desejados e efeitos adversos e da sua importância. Foquei também o autocuidado em vários aspectos, no sentido, da integração dos factores de protecção de forma eficaz (doença, hábitos de vida saudáveis, identificação precoce de factores de risco de recaída).

#### - Relaxamento

Foi efectuada uma segunda sessão de relaxamento progressivo de 4 grupos musculares, tendo sido previamente explicado o processo á Utente. Recorri ao auxílio de música meditativa, no sentido de facilitar o processo de relaxamento. No início da sessão a utente estava um pouco inquieta e com dificuldade em manter o foco, foi incentivada verbalmente e a sessão correu sem intercorrências. No final da sessão, refere estar mais calma e relaxada. No entanto, referiu ainda alguma tensão muscular a nível da coluna cervical, pelo que foi efectuada massagem de relaxamento de aproximadamente 5m nessa região corporal, ao que a Utente respondeu com muita satisfação, foram ainda reforçados o ensino de alguns movimentos, de forma a Utente poder efectuar automassagem, quando o entender ou achar necessário.

A pedido da Utente, foram reforçados ensinamentos de exercícios respiratórios e de alongamentos, no âmbito da promoção da actividade física.

### ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 04/06/2017**

#### - 4ª Sessão Entrevista Motivacional

Nesta sessão, explorei e enfatizei a importância da mudança de comportamento no sentido da concretização dos seus objectivos.

Neste contexto, foram efectuadas intervenções breves de psicoeducação, acerca dos sinais de recaída, e, também o autocuidado em vários aspectos, no sentido, da integração dos factores de protecção de forma eficaz (doença, hábitos de vida saudáveis, identificação precoce de factores de risco de recaída).

A Utente referiu que, "... a medicação ainda não me esta a fazer o efeito todo, sinto a

fala mais lenta e os movimentos mais lentos...”. Perguntei se sentia melhoras, desde que começou a tomar medicação, refere que “sim, e que, daqui a pouco tempo já pode ir para casa. Refere ainda “... já não ouço vozes, por isso estou mais calma...”.

Perguntei se ela achava que devia tomar a medicação em casa, a Utente respondeu “Sim, já não me sinto tao angustiada e desesperada...vejo melhor a diferença...”.

Perguntei ainda o que achava destas sessões, ao que a Utente respondeu “Acho que me fazem bem, sinto-me melhor...”.

Referi, que na última sessão tínhamos falado em construir uma Família, como sendo um projecto futuro da Utente, perguntei o que achava acerca da necessidade de tratamento e esses projectos; a Utente referiu, “acho que me vão ajudar a ter uma vida equilibrada e conseguir o que quero” sic.

#### - Relaxamento

Foi efectuada uma segunda sessão de relaxamento progressivo de 4 grupos musculares, tendo sido previamente explicado o processo á Utente. Recorri ao auxílio de música meditativa, no sentido de facilitar o processo de relaxamento. No final da sessão, refere estar mais calma e relaxada. No entanto, referiu ainda alguma tensão muscular a nível da coluna cervical, pelo que foi efectuada massagem de relaxamento de aproximadamente 5m nessa região corporal, ao que a Utente respondeu com muita satisfação, foi ainda reforçado o ensino de alguns movimentos, de forma a Utente poder efectuar automassagem, quando o entender ou achar necessário.

Novamente, a pedido da Utente, foram reforçados ensinamentos de exercícios respiratórios e de alongamentos, no âmbito da promoção da actividade física.

#### - Estimulação cognitiva

A pedido da Utente, no início da sessão, foram efectuados 2 exercícios de estimulação cognitiva no domínio da atenção, um fácil e outro de dificuldade média. A utente não apresentou dificuldade em ambos os exercícios (Apêndice IX).

A Utente, questionou, “... eu ás vezes não consigo focar e não consigo memorizar, é da medicação?” sic, respondi, que a causa maior teria sido a desorganização mental, provocada

pelos episódios de descompensação pelos quais tinha passado, nesta sequência, a Utente referiu ainda que já se sentia melhor com a medicação, porque parecia que estava a fazer um efeito melhor.

A Utente referiu que “...custou-me um bocadinho, mas depois percebi e foi mais fácil... acha que estou melhor?” sic.

#### ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 06 e 07/06/2017**

Utente que foi mantida no quarto de pijama, na sequência do segundo episódio de fuga, que teve lugar no dia 4/06/2017, no sentido de promover a reflexão e a consciencialização, assim como, conter a socialização.

##### - Dia 6 de Junho de 2017

Por indicação médica, foi administrado á Utente, o fármaco Risperidona 50mg/2ml pó, suspensão injectável via intramuscular, frasco de 2ml. Antes da administração a Utente questionou “...este medicamento vai estragar o que treinamos? A memória, a atenção e essas coisas? ... vou tomar isso por causa da esquizofrenia?” sic, respondi que fazia parte do tratamento, ao que a Utente consentiu e a administração do fármaco acima referido, ocorreu sem intercorrências ou resistência por parte da Utente.

Completei a resposta á questão da Utente, após a administração do fármaco, no sentido de reforçar os ensinamentos anteriores, acerca dos benefícios no âmbito da eliminação/diminuição de vozes e o falar consigo mesma; eliminação/diminuição de crenças estranhas e falsas (delírios); diminuição da tensão e agitação com diminuição/eliminação de pensamentos estranhos e agressivos; clareza de pensamento e melhor capacidade de concentração; redução dos medos, confusões e insónia; melhoras no que se refere á coerência do discurso e comportamento adequado; salientando que era também uma ajuda para se sentir mais feliz, mais expansiva e mais saudável, diminuindo a possibilidade da ocorrência de recaídas e a necessidade de internamento hospitalar.

- Dia 7 de Junho de 2017

Aquando da administração da medicação instituída, no horário do almoço, a Utente referiu "...prefiro estar no quarto, às vezes estar perto das outras Pessoas daqui faz-me ficar mais tola...". Perguntou "hoje não vamos ter sessão?" sic, respondi que não, a Utente perguntou porque, disse que agora ficava no quarto de forma a poder reflectir acerca dos acontecimentos passados durante os períodos de internamento, ao que a Utente reagiu bem.

Referiu ainda, "tenho feito os exercícios que me ensinou, já não me sinto presa nos músculos do pescoço" sic.

#### ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 13/06/2017**

No início do turno a Utente procurou-me, com fácis alegre, no sentido de me informar que iria ter alta clínica, pede desculpa pelo comportamento durante o internamento, nomeadamente no respeito aos episódios de fuga, "... desculpem por ter fugido..." sic.

Foram reavaliados os indicadores Noc anteriormente utilizados, assim como o nível de autoestima (em anexo).

Foi efectuada psicoeducação breve, acerca da importância da vigilância de Saúde.

Utente com alta clínica, no turno da manhã, sai acompanhada pela Mãe, com quem vai viver.

No relatório clínico de alta, foi referido insight parcial, Utente referenciada para os primeiros surtos psicóticos, com consulta externa agendada e com indicação para tomar Risperidona 50mg/2ml pó, suspensão injectável via intramuscular, frasco de 2ml de 14/14 dias.



### **3 – Discussão**

De acordo com a reavaliação dos indicadores Noc e nível de auto estima, assim como da reflexão, a nível das mudanças cognitivo comportamentais, já descritas anteriormente, a Utente apresenta insight parcial para a doença, o que considero ser um resultado bastante significativo no caso desta Utente.

#### **□ Indicadores Noc**

##### **- Indicadores Noc – Equilíbrio do Humor**

Apresenta evolução em todos os parâmetros, nomeadamente nos afectos, labilidade emocional, controlo dos impulsos, concentração, adesão ao regime terapêutico e interesse pelo que a rodeia (em Apêndice);

##### **- Indicadores Noc – Autocontrolo: Ansiedade**

Apresenta evolução em todos os parâmetros, nomeadamente no uso de técnicas de relaxamento, controlo da resposta á ansiedade, concentração, diminuição dos estímulos do meio envolvente e coping (em Apêndice).

##### **- Indicadores Noc – Autocontrolo: Impulso**

Apresenta evolução em todos os parâmetros, nomeadamente, na identificação de comportamentos impulsivos prejudiciais e comportamentos que conduzem a acções impulsivas (em Apêndice).

##### **- Indicadores Noc – Autocontrolo: Distorção do Pensamento**

Evolução na demonstração de comportamentos congruentes com uma interpretação correcta do meio e exibição de pensamento baseado na realidade (em Apêndice).

#### **□ Escala de Auto-estima de Rosenberg**

Auto-estima em grau elevado.

Durante o período de internamento, a Utente foi realizando tarefas por auto-recreatividade em contexto individual e/ou com outros Utentes internados no serviço, nomeadamente, limpeza dos vidros do edifício e limpeza do jardim, o qual faz parte do edifício do Internamento em Psiquiatria, do qual os Utentes podem usufruir quando autorizados pelos Enfermeiros.

Participou nas dinâmicas de grupo realizadas pelos Enfermeiros Especialistas a exercer funções no Serviço de Internamento em Psiquiatria, nomeadamente sessões de expressão corporal, assim como, actividades promovidas pela Terapeuta Ocupacional do Hospital.

## **4 – Conclusão**

Este Estudo de caso, contribui muito, para a minha evolução profissional, na medida em que me permitiu a aquisição de novas competências, assim como, o desenvolvimento de competências já adquiridas.

Permitiu-me a aquisição de novos conhecimentos, assim como, o aprofundamento dos já adquiridos, através da extensa pesquisa bibliográfica, que efectuei para dar resposta às necessidades em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que identifiquei nesta Utente; aplicação dos mesmos e respectiva reflexão crítica.



## 5-Bibliografia

- Assembleia da República. Lei 36/98 de 24 de julho (1998). Lei de Saúde Mental. Diário da República;
- F. L. Maria, S. Daniel, A. Pedro (2017). *Manual de Psiquiatria Clínica, de acordo com o DSM-5*. LIDEL;
- G. Óscar (2014). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. Edições Afrontamento, Biblioteca das Ciências do Homem;
- Scielo (2011). *Insight na psicose: uma análise conceitual*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol.60, n. 2. Rio de Janeiro;  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852011000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000200009)
- Townsend, M., C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Lusociência;
- N. Ángels (2015). *Treine o seu cérebro II*. Self;
- C. S. Vasco (2016). *Exercite o seu Cérebro*. Manuscrito;
- Phaneuf, M (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência;
- Universidade Católica Portuguesa (2016/2017). *Apontamentos fornecidos nas aulas do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Porto.



# Apêndices



# **Apêndice I**

## **Check List – Razões de não Adesão ao Regime Terapêutico**



**Check List – Razões de não adesão ao regime terapêutico**

**a) Consciência da doença:**

- Terminou a medicação pouco tempo antes de vir à consulta e interrompeu tratamento
- Sentia-se melhor
- Medicação fá-lo sentir pior
- Outro

**b) Fatores relacionados com a terapêutica:**

- Sonolência
- Aumento Ponderal
- Disfunção Sexual
- Efeitos Extra-piramidais
- Desconhece a medicação que faz
- Desconhece os efeitos desejados da terapêutica
- Desconhece os efeitos secundários da medicação
- Complexidade do regime terapêutico
- Outros

**c) Fatores económicos:**

- Deslocações para fazer antipsicótico de libertação prolongada/consulta
- Custo dos fármacos
- Outros



## **Apêndice II**

### **Mini Mental Examination (MMSE)**



## Mini Mental State Examination (MMSE)

### 1. ORIENTAÇÃO (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? 2012

Em que mês estamos?  Maio

Em que dia do mês estamos?  10

Em que dia da semana estamos?  Domingo

Em que estação do ano estamos?  Primavera

Em que país estamos?  Portugal

Em que distrito vive?  Lisboa

Em que terra vive?  Lisboa

Em que casa estamos?  Lisboa

Em que andar estamos?  Lisboa

Nota:  7

Nota:  7

### 2. RETENÇÃO (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

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

Pêra  ✓

Gato  ✓

Bola  ✓

Nota:  3

### 3. ATENÇÃO E CÁLCULO (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

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

27  ✓ 24  ✓ 21  ✓ 18  ✓ 15  ✓

Nota:  5

### 4. EVOCAÇÃO (1 ponto por cada resposta correta.)

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

Pêra  ✓

Gato  ✓

Bola  ✓

Nota:  3

### 5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio  ✓

Lápis  ✓

Nota:  2

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

Nota: 1

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

Pega com a mão direita ✓

Dobra ao meio ✓

Coloca onde deve ✓

Nota: 3

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

Fechou os olhos ✓

Nota: 1

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

Frase:

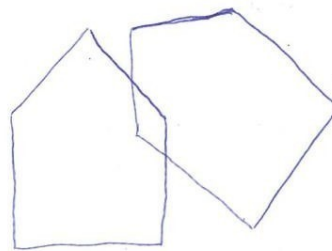
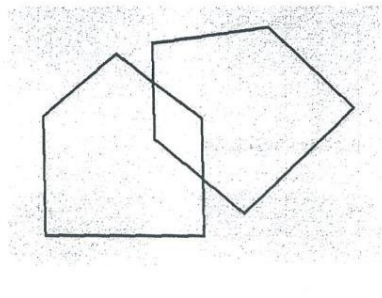
"O papel é mais paciente que o homem."

Anne frank

Nota: 1

#### 6. HABILIDADE CONSTRUTIVA (1 ponto pela cópia correcta.)

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



Nota: 1

TOTAL(Máximo 30 pontos): 18

Considera-se com defeito cognitivo:  
analfabetos ≤ 15 pontos  
1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22  
com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

## **Apêndice III**

Escala de avaliação do Insight (SUMD)



Scale to assess unawareness of mental disorders (SUMD)

- Escala de avaliação do insight -

Cotação: 0 = Item não relevante  
 1 = Consciência  
 3 = Consciência intermédia  
 5 = Não tem consciência

Consciência Global

		1	2	3	4	5
1	Consciência de ter uma doença	X				
2	Consciência sobre os efeitos da medicação	X				
3	Consciência das consequências sociais da doença mental	X				

Consciência dos sintomas

Atribuição dos sintomas

		0	1	2	3	4	5			0	1	2	3	4	5
4A	Consciência de ter alucinações		X					4B	Atribuição das alucinações à doença		X				
5A	Consciência de ter delírios		X					5B	Atribuição dos delírios à doença		X				
6A	Consciência de ter alterações do pensamento		X					6B	Atribuição das alterações do pensamento à doença		X				
7A	Consciência de ter embotamento afectivo		X					7B	Atribuição do embotamento afectivo à doença		X				
8A	Consciência de ter anedonia		X					8B	Atribuição de ter anedonia à doença		X				
9A	Consciência de ser associável		X					9B	Atribuição de ser associável à doença				X		

Soma dos pontos [ Consciência Global ] 3

$\frac{\text{Soma dos pontos}}{\text{N}^\circ \text{ itens relevantes}}$

[ Consciência dos sintomas ] 6  
 [ Atribuição dos sintomas ] 8

$\frac{6}{12} = \frac{1}{2}$

Traduzido e adaptado para Portugal por Sofia Bristos e Vasco Videira Dias (2004)



## **Apêndice IV**

Escala de avaliação da adesão á medicação (Drug  
Attitude Inventory, DAI-30)



## Escala de avaliação da adesão à medicação

Drug Attitude Inventory (DAI – 30)

1. Leia cada frase e decida se a mesma é verdadeira ou falsa relativamente a si próprio.
2. Se a frase for VERDADEIRA ou PREDOMINANTEMENTE VERDADEIRA, faça um círculo em volta de VERDADEIRO.
3. Se a frase for FALSA ou PREDOMINANTEMENTE FALSA, faça um círculo em volta de FALSO.
4. Se quiser alterar a resposta, faça uma cruz por cima da resposta incorreta e um círculo sobre a resposta correta.
5. Se a frase não reflete exatamente a sua opinião, decida se a mesma é predominantemente verdadeira ou predominantemente falsa.
6. A medicação a que o questionário se refere é apenas MEDICAÇÃO PSQUIÁTRICA.

**Não existem respostas certas ou erradas.** Por favor, dê a SUA PRÓPRIA OPINIÃO e não aquilo que pensa que gostaríamos que respondesse.

1.	Não preciso de tomar medicação depois de me sentir melhor	VERDADEIRO	FALSO
2.	Para mim, as coisas boas da medicação compensam as coisas más	VERDADEIRO	FALSO
3.	Sinto-me estranho, “drogado”, quando tomo a medicação	VERDADEIRO	FALSO
4.	Mesmo quando não estou internado, preciso de tomar medicação regularmente	VERDADEIRO	FALSO
5.	Se tomar medicação, é apenas pela insistência das outras pessoas	VERDADEIRO	FALSO
6.	Fico mais ciente do que ando a fazer e do que se passa à minha volta, quando tomo a medicação	VERDADEIRO	FALSO
7.	Tomar medicamentos não me fará mal	VERDADEIRO	FALSO
8.	Tomo a medicação por minha livre escolha	VERDADEIRO	FALSO
9.	A medicação faz-me sentir mais descontraído	VERDADEIRO	FALSO
10.	Não fico diferente quando tomo ou deixo de tomar a medicação	VERDADEIRO	FALSO
11.	Os efeitos desagradáveis da medicação estão sempre presentes	VERDADEIRO	FALSO

12.	A medicação faz-me sentir cansado e lento	VERDADEIRO	FALSO
13.	Tomo a medicação apenas quando me sinto doente	VERDADEIRO	FALSO
14.	Os medicamentos são venenos de ação lenta	VERDADEIRO	FALSO
15.	Lido melhor com as outras pessoas quando tomo a medicação	VERDADEIRO	FALSO
16.	Não me consigo concentrar em nada quando tomo a medicação	VERDADEIRO	FALSO
17.	Sei melhor que os médicos quando devo parar a medicação	VERDADEIRO	FALSO
18.	Sinto-me mais normal quando tomo a medicação	VERDADEIRO	FALSO
19.	Preferia estar doente do que tomar a medicação	VERDADEIRO	FALSO
20.	Não é natural para o meu corpo e para a minha mente serem controlados pela medicação	VERDADEIRO	FALSO
21.	Os meus pensamentos são mais claros quando tomo a medicação	VERDADEIRO	FALSO
22.	Devo continuar a tomar a medicação mesmo quando me sinto bem	VERDADEIRO	FALSO
23.	Tomar a medicação evita que eu tenha um esgotamento	VERDADEIRO	FALSO
24.	Cabe ao médico decidir quando devo de parar de tomar a medicação	VERDADEIRO	FALSO
25.	Coisas que poderia fazer facilmente, são muito mais difíceis quando estou a tomar medicação <i>A longo prazo</i>	VERDADEIRO	FALSO
26.	Sou mais feliz e sinto-me melhor quando tomo a medicação	VERDADEIRO	FALSO
27.	Dão-me medicação para controlar comportamentos que as outras pessoas (não eu) não gostam	VERDADEIRO	FALSO
28.	Não me consigo descontraír com a medicação	VERDADEIRO	FALSO
29.	Tenho mais controlo de mim próprio quando estou a tomar a medicação	VERDADEIRO	FALSO
30.	Ao tomar a medicação, consigo prevenir de ficar doente	VERDADEIRO	FALSO

Adaptado de "A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity", Hogan TP, Awad AG, Eastwood R, Psychological Medicine 1983, 13, 177-183.  
 Tradução livre de Sofia Brissos, Lisboa, Setembro 2007

## **Apêndice V**

Escala de Auto Estima de Rosenberg – avaliação inicial e  
avaliação final



## ✓ Escala de Auto Estima de Rosenberg – avaliação inicial

### Escala de Auto-estima de Rosenberg

(proposta de tradução de Almeida Q. Martins)

Nome: Regente > Idade: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Este é um questionário pequeno ao qual lhe vou pedir que responda. Por favor, leia calmamente cada frase. Peço-lhe que me dê a resposta que mais se assemelha à opinião que tem de si próprio para cada um das frases, assinalando, para isso, o quadro correspondente.

LEIA CALMAMENTE CADA FRASE ANTES DE FAZER A SUA ESCOLHA

	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
1. No geral, estou satisfeito comigo próprio		X		
2. Às vezes penso que não valho nada.	X			
3. Sinto que tenho certas qualidades positivas.	X			
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas	X			
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhe.		X		
6. Às vezes sinto-me mesmo inútil.		X		
Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos a um nível igual ao das outras pessoas.		X		
8. Desejava ter mais respeito por mim próprio.		X		
9. Em tudo o que faço, tendo a sentir que sou um falhanço.				X
10. Tenho uma atitude positiva para comigo.		X		

AValiação: 29 - Auto-estima moderada DATA: 18/05/2017

TÉCNICO: António Pedro Fernandes

### Status da Escala de Auto-estima de Rosenberg

30-40 Pontos = Auto-estima elevada, considerada como um nível de auto-estima normais.

26-29 Pontos = Auto-estima moderada. Este nível indica que não há problema de auto-estima grave mas que deverá ser melhorada.

Menos de 25 Pontos = Auto-estima baixa. Indica que há problemas de auto-estima significativos.

#### GRELHA DE CORRECÇÃO:

	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
Questão 1	4	3	2	1
Questão 2	1	2	3	4
Questão 3	4	3	2	1
Questão 4	4	3	2	1
Questão 5	1	2	3	4
Questão 6	1	2	3	4
Questão 7	4	3	2	1
Questão 8	1	2	3	4
Questão 9	1	2	3	4
Questão 10	4	3	2	1





## ✓ Escala de Auto Estima de Rosenberg – avaliação final

### Escala de Auto-estima de Rosenberg (proposta de tradução de Almeida Q. Martins)

Nome: Rapier X Idade: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Este é um questionário pequeno ao qual lhe vou pedir que responda. Por favor, leia calmamente cada frase. Peço-lhe que me dê a resposta que mais se assemelha à opinião que tem de si próprio para cada um das frases, assinalando, para isso, o quadro correspondente.

LEIA CALMAMENTE CADA FRASE ANTES DE FAZER A SUA ESCOLHA

	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
1. No geral, estou satisfeito comigo próprio		X		
2. Às vezes penso que não valho nada.			X	
3. Sinto que tenho certas qualidades positivas.	X			
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas	X			
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhe.			X	
6. Às vezes sinto-me mesmo inútil.		X		
Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos a um nível igual ao das outras pessoas.		X		
8. Desejava ter mais respeito por mim próprio.		X		
9. Em tudo o que faço, tendo a sentir que sou um falhanço.				X
10. Tenho uma atitude positiva para comigo.	X			

AValiação: 32 - Auto-estima elevada DATA: 13/06/2012

TÉCNICO: enfermeira Daniela Fernandes

### Status da Escala de Auto-estima de Rosenberg

30-40 Pontos = Auto-estima elevada, considerada como um nível de auto-estima normais.

26-29 Pontos = Auto-estima moderada. Este nível indica que não há problema de auto-estima grave mas que deverá ser melhorada.

Menos de 25 Pontos = Auto-estima baixa. Indica que há problemas de auto-estima significativos.

#### GRELHA DE CORRECÇÃO:

	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
Questão 1	4	3	2	1
Questão 2	1	2	3	4
Questão 3	4	3	2	1
Questão 4	4	3	2	1
Questão 5	1	2	3	4
Questão 6	1	2	3	4
Questão 7	4	3	2	1
Questão 8	1	2	3	4
Questão 9	1	2	3	4
Questão 10	4	3	2	1

# **Apêndice VI**

## **Avaliação do Estado Mental**



Nome: Repetição x D.N. \_\_\_\_\_

<b>I - Aspecto Geral</b>	
Apresentação: Comprometida <input type="checkbox"/> Não Comprometida <input checked="" type="checkbox"/>	
Autocuidado: Higiene Pessoal: Comprometida <input type="checkbox"/> Não Comprometida <input checked="" type="checkbox"/>	
Vestuário: Adequado <input checked="" type="checkbox"/> Não Adequado <input type="checkbox"/>	
Obs.: _____	
Expressão Facial: Triste <input checked="" type="checkbox"/> Expressiva <input type="checkbox"/> Inexpressiva <input type="checkbox"/>	
Hiponímica <input type="checkbox"/> Hipernímica <input type="checkbox"/> Risos imotivados <input type="checkbox"/>	
Obs.: _____	
Contacto Visual: Mantem contacto visual <input checked="" type="checkbox"/> Mantem contacto c/ olhar fixo <input type="checkbox"/>	
Evita contacto c/ olhar <input type="checkbox"/> Olha inesperadamente noutras direcções <input type="checkbox"/>	
Obs.: _____	
Motricidade/ Padrão de mobilidade: Comprometida <input checked="" type="checkbox"/> Não Comprometida <input type="checkbox"/>	
Inquieto <input checked="" type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Estupuroso <input type="checkbox"/>	
Lento <input checked="" type="checkbox"/> Estático <input type="checkbox"/>	
Hiperactivo <input type="checkbox"/> Apático <input type="checkbox"/>	
Atitude: Colaborante Activo <input checked="" type="checkbox"/> Colaborante Passivo <input type="checkbox"/> Não Colaborante <input type="checkbox"/>	
Obs.: _____	
<b>II - Funções Cognitivas</b>	
Orientação: Comprometida <input type="checkbox"/> Não Comprometida <input checked="" type="checkbox"/>	
Autopsíquica <input type="checkbox"/> Heteropsíquica <input type="checkbox"/>	
Obs.: _____	
Atenção: Comprometida <input checked="" type="checkbox"/> Não Comprometida <input type="checkbox"/>	
Captável/ Sustentável <input type="checkbox"/> Flutuante <input checked="" type="checkbox"/> Desorientação <input type="checkbox"/>	
Obs.: _____	
Percepção: Comprometida <input checked="" type="checkbox"/> Não Comprometida <input type="checkbox"/>	
Correcta <input type="checkbox"/> Ilusória <input checked="" type="checkbox"/> Pseudoalucinação <input type="checkbox"/> Alucinação <input type="checkbox"/>	
Obs.: _____	
Nível Clareza Consciência: Comprometida <input checked="" type="checkbox"/> Não Comprometida <input type="checkbox"/>	
Atento <input checked="" type="checkbox"/> Clara/vígil <input type="checkbox"/> Hipomania <input type="checkbox"/> Mania <input type="checkbox"/> Hiperlúcido <input type="checkbox"/>	
Obnubilada <input type="checkbox"/> Confusa <input checked="" type="checkbox"/> Estuporosa <input type="checkbox"/> Comatosa <input type="checkbox"/>	
Obs.: _____	
Discurso: Comprometido <input checked="" type="checkbox"/> Não Comprometido <input type="checkbox"/>	
Fluxo: Fluente <input checked="" type="checkbox"/> Pouco Fluente <input type="checkbox"/> Escasso <input type="checkbox"/> Entrecortado <input type="checkbox"/> Pegajoso <input type="checkbox"/>	
Temática: Adequado <input checked="" type="checkbox"/> Inadequado <input type="checkbox"/> Descritivo <input checked="" type="checkbox"/> Excertos <input checked="" type="checkbox"/>	
Construção: Coerente <input checked="" type="checkbox"/> Incoerente <input type="checkbox"/> Saltos <input checked="" type="checkbox"/> Repetições <input type="checkbox"/>	
Circunstancialidades <input type="checkbox"/> Boa Organização <input type="checkbox"/> Má Organização <input checked="" type="checkbox"/>	
Obs.: _____	

Daniela Filipa Costa Fernandes	Estágio, Módulo II – CHVNG/E, E.P.E.
No âmbito do Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa	

Nome: Repetição \* D.N. \_\_\_\_\_

<p><b>Linguagem:</b> Comprometida <input checked="" type="checkbox"/> Não Comprometida <input type="checkbox"/></p> <p><b>Velocidade:</b> Lentificação <input checked="" type="checkbox"/> Loquacidade <input type="checkbox"/></p> <p><b>Qualidade:</b> Gaguez <input type="checkbox"/> Mutismo <input type="checkbox"/> Disfonia <input type="checkbox"/> Coprolália <input type="checkbox"/> Incoerente <input type="checkbox"/> Repetição Palavras/sons <input type="checkbox"/></p> <p>Obs.: _____</p>
<p><b>Pensamento:</b> Comprometido <input checked="" type="checkbox"/> Não Comprometido <input type="checkbox"/></p> <p><b>Curso e Forma:</b> Bloqueios <input checked="" type="checkbox"/> Desconexão <input type="checkbox"/> Fuga de Ideias <input type="checkbox"/> Roubo do Pensamento <input type="checkbox"/></p> <p><b>Conteúdo:</b> Ideias Prevalentes <input checked="" type="checkbox"/> Sobrevalorizadas <input type="checkbox"/> Ideias Delirantes <input type="checkbox"/> Ideias Obsessivas <input checked="" type="checkbox"/> Pensamento Lógico <input type="checkbox"/> Pensamento Mágico <input type="checkbox"/> Adequação de Juízo <input type="checkbox"/></p> <p>Obs.: _____</p>
<p><b>Memória:</b> Comprometida <input checked="" type="checkbox"/> Não Comprometida <input type="checkbox"/></p> <p><b>Conservação e Evocação:</b> Factos pessoais Recentes <input checked="" type="checkbox"/> Factos Pessoais Remotos <input type="checkbox"/> Factos Conhecimento Publico <input type="checkbox"/></p> <p><b>Aquisição:</b> História Breve <input type="checkbox"/> Fixação de Pares de Palavras <input type="checkbox"/> Fixação de Dígitos <input type="checkbox"/> Fixação de Nome <input type="checkbox"/> Fixação de Endereço <input type="checkbox"/></p> <p><b>Localização:</b> Acontecimentos Familiares <input type="checkbox"/></p> <p><b>Reconhecimento:</b> "recordar = passar outra vez pelo coração" Confabulação <input type="checkbox"/> Paramnésias <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Obs.: _____</p>
<p><b>III - Afectividade</b></p> <p><b>Humor:</b> Eutímio <input type="checkbox"/> Eufórico <input type="checkbox"/> Disfórico <input checked="" type="checkbox"/> Lábil <input checked="" type="checkbox"/> Irritável <input checked="" type="checkbox"/> Exaltado <input type="checkbox"/> Expansivo <input type="checkbox"/> Extase <input type="checkbox"/> Triste <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Obs.: _____</p>

Daniela Filipa Costa Fernandes

Estágio, Módulo II – CHVNG/E, E.P.E.

No âmbito do Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa

Nome: Rafaela X D.N. \_\_\_\_\_

#### IV – Actividade

**Psicomotricidade:** Inquietação  Agitação  Lentificação   
Tiques  Esteriotipias  Maneirismos

#### Actividade Actual:

**Segurança/ Violência:** Comprometida  Não Comprometida   
Ideação Suicida  Automutilação   
Agressão a Terceiros  Ideias de Morte

**Sono:** Comprometido  Não Comprometido   
Insónia Inicial  Insónia intermédia/Final   
Insónia Total  Hipersónia

**Interação Social:** Comprometida  Não Comprometido

Obs.: \_\_\_\_\_

Data: 18/05/2017  
Enfermeira: Daniela Filipa Costa Fernandes

Daniela Filipa Costa Fernandes

Estágio, Módulo II – CHVNG/E, E.P.E.

No âmbito do Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa



## **Apêndice VII**

Indicadores Noc de avaliação inicial e final



✓ Indicador NOC: Equilíbrio do Humor - avaliação Inicial

Indicadores NOC – Equilíbrio do Humor

Nome: RAPRISA X

Serviço: internamento em psiquiatria do CH660/E.

Equilíbrio do Humor	Nunca Demonstra	Raramente Demonstra	Demonstra Algumas Vezes	Demonstra Muitas Vezes	Demonstra Sempre
<b>Indicadores:</b>					
Demonstra afectos adequados	1	2	3	4	5
Não demonstra labilidade emocional	1	2	3	4	5
Demonstra controlo sobre os impulsos	1	2	3	4	5
Apresenta sono adequado (5 a 24h)	1	2	3	4	5
Demonstra concentração	1	2	3	4	5
Fala com respeito	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de fuga de ideias	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de grandiosidade	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de euforia	1	2	3	4	5
Demonstra cuidados de higiene apropriados	1	2	3	4	5
Veste roupas adequadas às circunstâncias	1	2	3	4	5
Mantém peso estável	1	2	3	4	5
Apresenta apetite normal	1	2	3	4	5
Apresenta adesão ao regime terapêutico	1	2	3	4	5
Mostra interesse por aquilo que o rodeia	1	2	3	4	5
Ausência de ideação suicida	1	2	3	4	5
Apresenta níveis de energia adequados	1	2	3	4	5
<b>Equilíbrio do Humor</b>	<b>Nunca Demonstra</b>	<b>Raramente Demonstra</b>	<b>Demonstra Algumas Vezes</b>	<b>Demonstra Muitas Vezes</b>	<b>Demonstra Sempre</b>
Apresenta capacidade para cumprir as tarefas	1	2	3	4	5

diárias					
Outro (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
alterações significativas, resultados	18/05/2017	sonide F.
debilidade emocional, controle dos		
impulsos, contentamento, aderência		
ao regime terapêutico e interesse		
peça que a rodícia.		

✓ Indicador NOC: Equilíbrio do Humor - avaliação final

Indicadores NOC – Equilíbrio do Humor

Nome: *Repetis >*

Serviço: *internamento em psiquiatria de EHV/GE*

Equilíbrio do Humor	Nunca Demonstra	Raramente Demonstra	Demonstra Algumas Vezes	Demonstra Muitas Vezes	Demonstra Sempre
<b>Indicadores:</b>					
Demonstra afectos adequados	1	2	3	4	5
Não demonstra labilidade emocional	1	2	3	4	5
Demonstra controlo sobre os impulsos	1	2	3	4	5
Apresenta sono adequado (5 a 24h)	1	2	3	4	5
Demonstra concentração	1	2	3	4	5
Fala com respeito	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de fuga de ideias	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de grandiosidade	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de euforia	1	2	3	4	5
Demonstra cuidados de higiene apropriados	1	2	3	4	5
Veste roupas adequadas às circunstâncias	1	2	3	4	5
Mantém peso estável	1	2	3	4	5
Apresenta apetite normal	1	2	3	4	5
Apresenta adesão ao regime terapêutico	1	2	3	4	5
Mostra interesse por aquilo que o rodeia	1	2	3	4	5
Ausência de ideação suicida	1	2	3	4	5
Apresenta níveis de energia adequados	1	2	3	4	5
<b>Equilíbrio do Humor</b>	<b>Nunca Demonstra</b>	<b>Raramente Demonstra</b>	<b>Demonstra Algumas Vezes</b>	<b>Demonstra Muitas Vezes</b>	<b>Demonstra Sempre</b>
Apresenta capacidade para cumprir as tarefas	1	2	3	4	5

diárias					
Outro (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
apresenta evolução em todos os parâmetros, nomeadamente nos afetos, habilidades emocionais, estado dos impulsos, concentração, ART e interesse pelo que a rodeia.	13/06/2017	Jeniet P

✓ Indicador NOC: Autocontrolo Ansiedade – avaliação inicial

Indicador NOC – Autocontrolo: Ansiedade

Nome: Raposo Cama: \_\_\_\_\_

Serviço: internamento em psiquiatria do em VNG/E

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

Controla a resposta à ansiedade	1	2	3	4	5
Outros _____	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
Alterações significativas, no uso de técnicas de relaxamento, controlo da resposta à ansiedade, concentração, diminuição dos estímulos do meio ambiente e respiração.	18/05/2011	José de F.

✓ Indicador NOC: Autocontrolo Ansiedade – avaliação final

Indicador NOC – Autocontrolo: Ansiedade

Nome: Raposo X Cama: \_\_\_\_\_

Serviço: Internamento em psiquiatria do CHUNO/E

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

Controla a resposta à ansiedade	1	2	3	4	5
Outros _____	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
Exibição no uso de técnicas de relaxamento	13/06/2011	Janice P.
controle da resposta à ansiedade,		
concentração, diminuição dos estímulos		
do meio ambiente e coping.		

✓ Indicador NOC, Autocontrolo: Impulso – avaliação inicial

Indicador NOC – Autocontrolo: Impulso

Nome: Aracilga X Cama: \_\_\_\_\_

Serviço: Internamento em psiquiatria CHUVIÉ

AUTOCONTROLO: IMPULSO	Nunca demonstra	Demonstra raramente	Demonstra algumas vezes	Demonstra frequentemente	Demonstra sempre
<b>Definição</b> – Capacidade de auto-restringir comportamentos compulsivos ou impulsivos.					
<b>INDICADORES:</b>					
Identifica comportamentos impulsivos prejudiciais	1	2	3	4	5
Identifica sentimentos que conduzem a acções impulsivas	1	2	3	4	5
Identifica comportamentos que conduzem a acções impulsivas	1	2	3	4	5
Identifica consequências das acções impulsivas para o próprio e para os outros	1	2	3	4	5
Reconhece os riscos do meio envolvente	1	2	3	4	5
Evita meios e situações de alto risco	1	2	3	4	5
Verbaliza controlo sobre os impulsos	1	2	3	4	5
Procura ajuda enquanto experiencia os impulsos	1	2	3	4	5
Identifica os sistemas de suporte social	1	2	3	4	5
Aceita referências para o tratamento	1	2	3	4	5
Efectua contrato para controlo do comportamento	1	2	3	4	5

AUTOCONTROLO: IMPULSO	Nunca demonstra	Demonstra raramente	Demonstra algumas vezes	Demonstra frequentem e	Demonstra sempre
Mantém autocontrolo sem supervisão	1	2	3	4	5
Outros  (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
Deficiente na identificação de comportamentos impulsivos prejudiciais e comportamentos que conduzem a crises impulsivas	18/05/07	José da F.

✓ Indicador NOC, Autocontrolo: Impulso – avaliação final

Indicador NOC – Autocontrolo: Impulso

Nome: Rebecca Cama: \_\_\_\_\_

Serviço: internamento em psiquiatria EHUN6/E

AUTOCONTROLO: IMPULSO	Nunca demonstra	Demonstra raramente	Demonstra algumas vezes	Demonstra frequentemente	Demonstra sempre
<b>Definição – Capacidade de auto-restringir comportamentos compulsivos ou impulsivos.</b>					
<b>INDICADORES:</b>					
Identifica comportamentos impulsivos prejudiciais	1	2	3	4	5
Identifica sentimentos que conduzem a acções impulsivas	1	2	3	4	5
Identifica comportamentos que conduzem a acções impulsivas	1	2	3	4	5
Identifica consequências das acções impulsivas para o próprio e para os outros	1	2	3	4	5
Reconhece os riscos do meio envolvente	1	2	3	4	5
Evita meios e situações de alto risco	1	2	3	4	5
Verbaliza controlo sobre os impulsos	1	2	3	4	5
Procura ajuda enquanto experiencia os impulsos	1	2	3	4	5
Identifica os sistemas de suporte social	1	2	3	4	5
Aceita referências para o tratamento	1	2	3	4	5
Efectua contrato para controlo do comportamento	1	2	3	4	5

AUTOCONTROLO: IMPULSO	Nunca demonstra	Demonstra raramente	Demonstra algumas vezes	Demonstra frequentement e	Demonstra sempre
Mantém autocontrolo sem supervisão	1	2	3	4	5
Outros (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
evolveu na identificação de	13/06/17	Jenifer P.
comportamentos impulsivos		
prejudiciais e comportamentos		
que conduzem a ações impulsivas.		

✓ Indicador NOC, Autocontrolo: Distorção do Pensamento – avaliação inicial

Indicador NOC – Autocontrolo: Distorção do Pensamento

Nome: Reynice X Cama: \_\_\_\_\_

Serviço: internamento em psiquiatria do CHUVS/E

AUTOCONTROLO: DISTORÇÃO DO PENSAMENTO	Não demonstra	Demonstra raramente	Demonstra algumas vezes	Demonstra frequentemente	Demonstra Sempre
<b>Definição</b> – Capacidade de auto-restringir alterações na percepção, processos e conteúdo do pensamento					
<b>INDICADORES:</b>					
Reconhece a ocorrência de alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Abstém-se de atender às alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Abstém-se de responder às alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Verbaliza a frequência das alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Descreve o conteúdo das alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Informa a diminuição das alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Questiona para validação da realidade	1	2	3	4	5
Mantém um afecto congruente com o humor	1	2	3	4	5
Interage com os outros apropriadamente	1	2	3	4	5
Demonstra comportamentos congruentes com uma interpretação correcta do meio	1	2	3	4	5

envolvente					
Exibe padrões de pensamento lógico e fluído	1	2	3	4	5
Exibe pensamento baseado na realidade	1	2	3	4	5
Exibe conteúdo de pensamento apropriado	1	2	3	4	5
Exibe capacidade de compreensão de ideias dos outros	1	2	3	4	5
Outros (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
Alteração significativa na demonstração de comportamentos congruentes com uma interpretação correta do meio e na exibição de pensamento baseado na realidade.	10/03/2011	André R.

✓ Indicador NOC, Autocontrolo: Distorção do Pensamento – avaliação final

Indicador NOC – Autocontrolo: Distorção do Pensamento

Nome: Rafaela X Cama: \_\_\_\_\_

Serviço: atendimento em psiquiatria do EUNOLE

AUTOCONTROLO: DISTORÇÃO DO PENSAMENTO	Não demonstra	Demonstra raramente	Demonstra algumas vezes	Demonstra frequentemente	Demonstra Sempre
<b>Definição</b> – Capacidade de auto-restringir alterações na percepção, processos e conteúdo do pensamento					
<b>INDICADORES:</b>					
Reconhece a ocorrência de alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Abstém-se de atender às alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Abstém-se de responder às alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Verbaliza a frequência das alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Descreve o conteúdo das alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Informa a diminuição das alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Questiona para validação da realidade	1	2	3	4	5
Mantém um afecto congruente com o humor	1	2	3	4	5
Interage com os outros apropriadamente	1	2	3	4	5
Demonstra comportamentos congruentes com uma interpretação correcta do meio	1	2	3	4	5

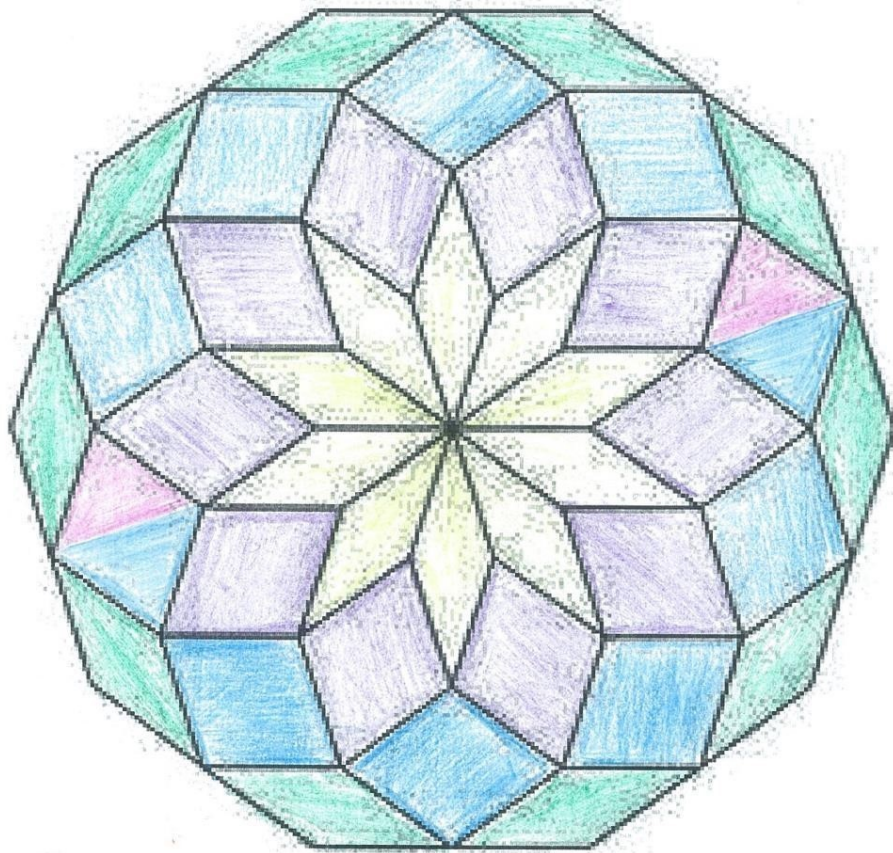
envolvente					
Exibe padrões de pensamento lógico e fluído	1	2	3	4	5
Exibe pensamento baseado na realidade	1	2	3	4	5
Exibe conteúdo de pensamento apropriado	1	2	3	4	5
Exibe capacidade de compreensão de ideias dos outros	1	2	3	4	5
Outros (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
Exibiu na demonstração de pensamento lógico e fluído, com uma interpretação correta do meio e exibição de pensamento baseado na realidade.	15/06/08	Carrie F.

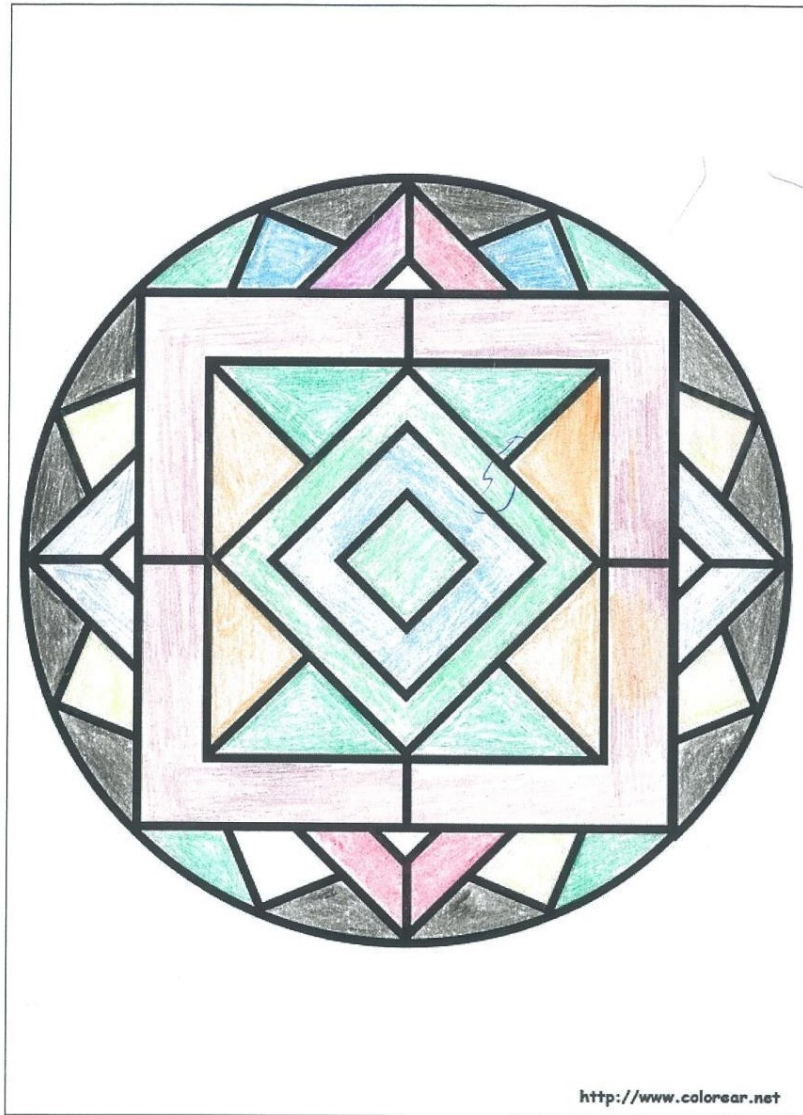
# **Apêndice VIII**

## **Exercícios de Estimulação Cognitiva e Psicomotricidade**





The Jewel of the Desert 24/05/17



Quelle de 29 Ka 111

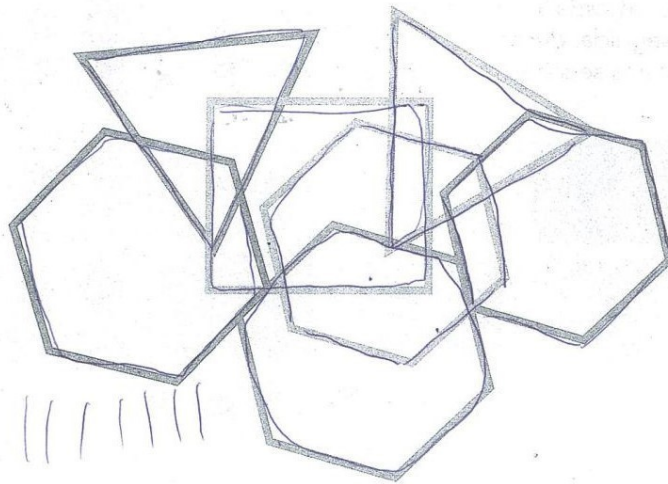
# **Apêndice IX**

## **Exercícios de Estimulação Cognitiva**



19/05/2017

Quantas figuras existem neste desenho?



## Letras em ordem

Assinale os grupos de letras que estejam em ordem alfabética.

A B M J I L O P Q R T F A S X C V L M N E U  
 T I O R S T D G H A O P O Z C V W E S  
 H I J K E R F V C X P Q U Y T L N B V S R  
 T E W Q Z X A S D U V W P U F J O S A I  
 E F G X C D E F L O P I Y T G B V C A B C D  
 Q W E R M O P L K A H G Y F J K L M A  
 P L H Y W E D C B R S T Q A Z C V B  
 N Y T R F D S C D E F Y N G F X Y Z Q O P T  
 L A K J A B C M U Y T H I J K O P Q G  
 Y I O S D C X N B O I J K L M A Z P E R F D I  
 A M J U Y T F C S D X Z A Q R S T H Y T  
 C V B W A B C E F G H O I J M N V C E T  
 R S T U C I O P A S A Q W E R C D E F  
 T U V W X P L M A Q H J Y R E T S D N A I

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

Isabel Madeira

WJE

19/05/2017

Memorize o que abre cada chave durante um minuto. De seguida, tape a parte de cima da página e anote onde pertence cada uma das chaves de baixo.



Nome: Reynier

NÍVEL 1 | RACIOCÍNIO

## Frases incompletas

Complete com uma das seguintes palavras as frases que se seguem:

EPIFANIA

CHUVA

COELHO

SOM

RELVA

INVERNO

O queijo é ao rato o que a cenoura é ao... Coelho.....

O dia 25 de dezembro é o Natal assim como o dia 6 de janeiro é a... Epifania

O calor é ao verão o que o frio é ao... Inverno

O vermelho é ao fogo aquilo que o verde é à... Relva...

Um raio é ao trovão o que a nuvem é à... Chuva...

A televisão é a imagem assim como a rádio é o... Som

Data: 21/05/2017

Enfermeira: aniel filipe este ferreiras

Nome: Rezaig x

NÍVEL ?? | RACIOCÍNIO

Sobra uma

Que palavra tem de ser excluída?

QUADRADO • CÍRCULO  
• TRIÂNGULO • CUBO  
LOSANGO • RETÂNGULO

Data: 24/05/2017

Enfermeira: Jeniele Felipe Costa Fernandes

Nome: Papayá

NÍVEL  | ATENÇÃO

## Descodificar

Observe bem o código de cada letra e, de seguida, decifre as palavras secretas.

○	□	◇	☆	◎	◐	✕	△
A	B	C	D	E	F	I	J
◻	+	▬	▲	☆	◑	◎	◇
L	N	O	P	R	S	T	U

◇	▬	+	◎	▬	☆	+	▬
C	O	N	T	O	R	N	O
▲	○	☆	○	◻	◎	◻	▬
P	A	R	A	L	E	L	O
☆	◎	◑	▲	▬	☆	◎	▬
D	E	S	P	O	R	T	O

Data: 26/05/2017

Enfermeira: Denilda Filipe Costa Fernandes

Nome: Reynige X

NÍVEL | RACIOCÍNIO  
**Resolvendo códigos**

Como se escreve VOCALIZAR tendo em conta este código?  
Assinale a opção correta.

Se VOCAL se escreve

Se AZAR se escreve

E SOCIALIZAR se escreve

- A:
- B:
- C:
- D:

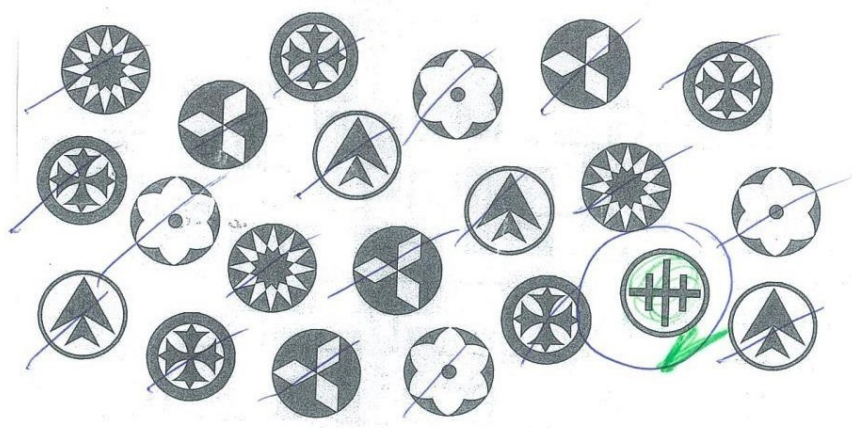
Data: 26/05/2017  
Enfermeira: Jacinda Filipa Costa Fernandes

Nome: Rebeca X

NÍVEL  | ATENÇÃO

## Uma que não se repete

Procure a figura que não está repetida.



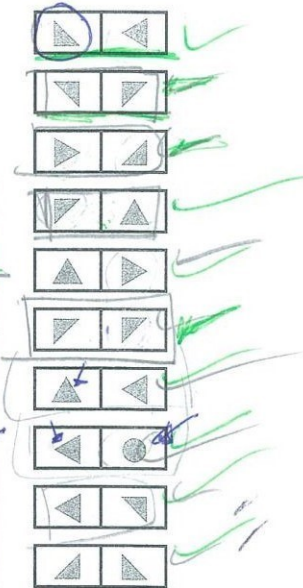
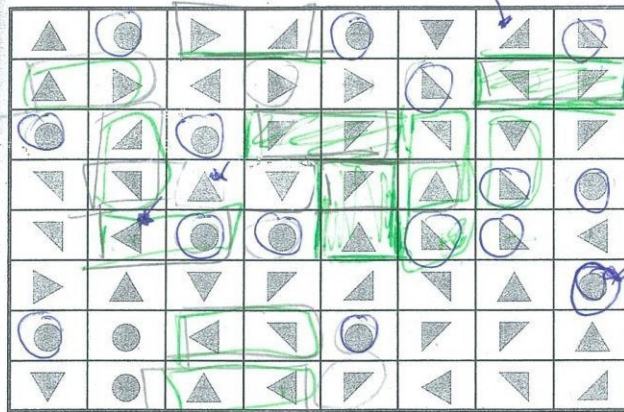
Data: 29/05/2017

Enfermeira: David Filipe Costa Fernandes

Nome: Rafaela

NÍVEL  | ATENÇÃO  
**Onde estão?**

Localize as dez peças da direita dentro da quadrícula. Não estão rodadas.



Data: 29/05/2017

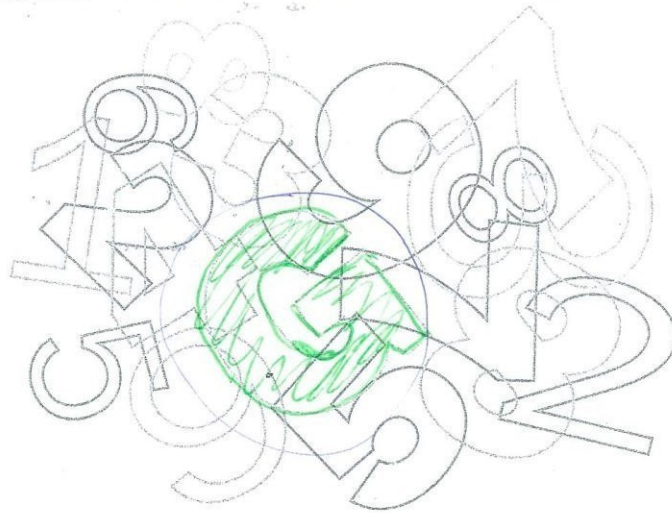
Enfermeira: Denise Filipa Costa Fernandes

Nome: Rafaela

NÍVEL 1 | ATENÇÃO

## À procura da letra perdida

Procure uma letra entre esta miscelânea de números:



6

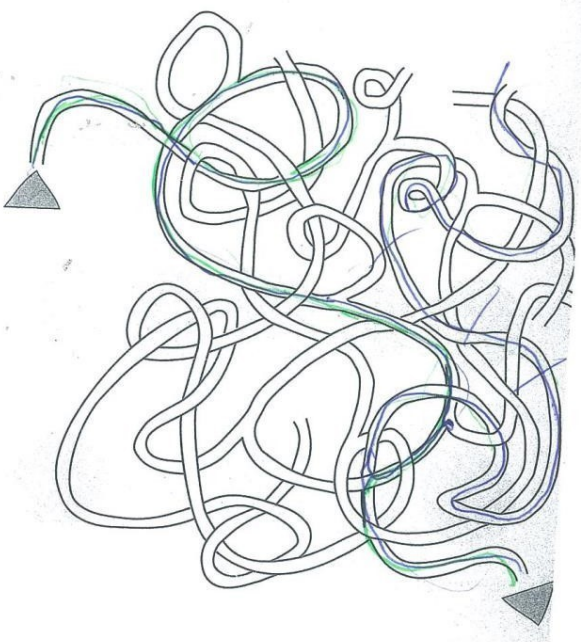
Data: 03/06/2017

Enfermeira: Caride Filipe Costa Fernandes

Nome: Repori go X

NÍVEL  | ATENÇÃO  
**Labirinto**

Procure o caminho que liga a entrada e a saída, indicadas por setas. Alguns caminhos podem passar por baixo de outros.



Data: 03/05/2017  
Enfermeira: Jaide Filipe Costa Ferraz



## **Apêndice X**

Frase escrita relativa á curta-metragem Razão x  
Emoção



Do filme Razão e Raiva

→ Sinto-me assim muitas vezes quero  
sair do caso, outras vezes deitar-me.



## **Apêndice X**

Estudo de Caso, Módulo III, Desenvolvimento de  
competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e  
Psiquiatria (SMP)





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

## **Estudo de caso**

Estágio – Módulo III – Desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria (SMP) –  
Pedopsiquiatria, Psicogerontologia e Gerontopsiquiatria, Equipas de Psiquiatria Comunitária, Reabilitação e Reinserção (Pessoas com problemas de adição e outros)

Projecto Espaço Pessoa da Associação para o Planeamento da Família

**Autora:** Daniela Filipa Costa Fernandes

Porto, novembro de 2017



## **Lista de Siglas**

APF - Associação para o Planeamento da Família,

TRE – Terapia Racional Emotiva,

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana,

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

RSI - Rendimento Social de inserção

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem,

HML - Hospital Magalhães Lemos,

MMSE - Mini Mental State Examination



# Índice

	Pág.
0- Introdução	333
1- Enquadramento teórico	
1.1- Autoestima	335
1.2- Terapia Racional Emotiva, Paradigma da Reestruturação Cognitiva	335
1.3- Terapia Cognitivo-comportamental, Paradigma da Reestruturação Cognitiva	337
1.4- Psicoeducação	338
1.5- Aconselhamento	339
1.6- Entrevista Motivacional	340
1.7- Intervenções promotoras de Adesão ao Regime Terapêutico	341
2- Estudo de caso	
2.1- Avaliação Inicial	343
2.2- Processo de Enfermagem	348
2.3- Medicação Instituída	361
2.4- Actividades desenvolvidas e evolução do plano de cuidados	362
3- Discussão	383
4- Conclusão	385
5- Bibliografia	387
6- Apêndices	389

- <b>Apêndice I</b> , Instrumentos de avaliação de Enfermagem - Mini Mental Examination (MMSE), Avaliação do Estado Mental (avaliação inicial e avaliação final), Escala de Auto Estima de Rosenberg (avaliação inicial e avaliação final) e Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Hamilton (avaliação inicial e avaliação final, Questionário de Avaliação do Risco de Não Adesão ao Regime Terapêutico (avaliação inicial e avaliação final. Indicadores Noc de avaliação final e avaliação inicial. _____	391
- <b>Apêndice II</b> , Exercícios de Estimulação Cognitiva _____	441

## 0- Introdução

Este Estudo de Caso insere-se no âmbito do Estágio do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Módulo III – Desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria (SMP) – Pedopsiquiatria, Psicogerontologia e Gerontopsiquiatria, Equipas de Psiquiatria Comunitária, Reabilitação e Reinserção (Pessoas com problemas de adição e outros), realizado no Projecto Espaço Pessoa da Associação para o Planeamento da Família (APF), no período de 11 de Setembro a 4 de Novembro de 2017.

Tem como objectivos favorecer o ensino e a aprendizagem no campo de Estágio, e, reflectir a investigação aprofundada de uma Utente, promovendo assim, o aumento do conhecimento que se tem dessa Utente, possibilitando a elaboração de novas hipóteses no sentido de uma mudança favorável em contexto de Saúde.

Foi tido em conta a protecção da confidencialidade de dados preconizada na Lei de Bases da Saúde, em que a Utente tem o direito de ter “...rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados...” tendo utilizado apenas as iniciais do nome da Utente.

As intervenções de Enfermagem, foram planeadas, implementadas e realizadas, com metodologia de gestão de caso; tendo como base a consulta dos registos Clínicos e de Enfermagem, pesquisa bibliográfica, entrevista inicial á Utente e aplicação de instrumentos psicométricos apresentados em anexo, utilizando estratégias adaptadas às situações e ao contexto.

De acordo com as necessidades em Enfermagem de Saúde Mental identificadas, apresento uma breve abordagem teórica, acerca do conceito de Autoestima, Psicoeducação, Aconselhamento, Entrevista Motivacional, Terapia Racional Emotiva (TRE), Terapia Cognitivo-comportamental inserida no paradigma da Reestruturação Cognitiva.



# **1 - Enquadramento Teórico**

## **1.1- Auto-estima**

McKay e Fanning citado por Townsend, M. C. (2011) descrevem “auto-estima como um sine qua non emocional, um componente essencial para a sobrevivência psicológica”.

Assim, podemos dizer que a autoestima se reflecte na capacidade do Ser Humano se respeitar e reconhecer o seu próprio valor, sendo que, esta capacidade é passível de ser frequentemente abalada em situações de preocupação exagerada ou stresse, alargando-se ao valor que atribuem às suas capacidades e julgamentos.

A autoestima integra-se como um dos componentes do autoconceito (onde estão também incluídos o self físico ou imagem corporal e a identidade pessoal); neste sentido, a maneira como a Pessoa se vê a si própria, pode ser influenciada pela maneira como as pessoas significativas a veem, o que vai contribuir para determinar a capacidade de adaptação às novas exigências que vão surgindo ao longo da linha temporal do ciclo de vida da Pessoa.

Townsend (2011) aborda ainda a questão das fronteiras individuais estabelecidas na infância, na medida em que estas ajudam os indivíduos a definir o self potenciando o processo de individualização, quanto mais noção das suas próprias fronteiras um Pessoa tem, mais saudável é a sua auto-estima.

## **1.2- Terapia Racional Emotiva, Paradigma da Reestruturação Cognitiva**

As terapias cognitivas assentam em vários pressupostos, nomeadamente: a actividade cognitiva afecta o comportamento, a actividade cognitiva pode ser alterada, assim o comportamento desejado pode ser influenciado pela mudança cognitiva.

A TRE, foi desenvolvida pelo Psicólogo Nova-iorquino, Albert Ellis, em meados da década de 50, actualmente assume-se como uma teoria cónito-comportamental que pode/deve ser usada desde a consulta de avaliação inicial da Pessoa, recorrendo a várias estratégias de natureza cognitiva, emocional e mesmo comportamental.

De acordo com Goncalves, O. (2014), a TRE tem como grandes objectivos:

- Consciencializar as Pessoas que a grande parte das suas perturbações psicológicas, são criadas por elas próprias, e que, embora as condições ambientais possam contribuir para os seus desequilíbrios, assumem uma importância secundária no processo de mudança,
- Estimular as Pessoas a reconhecerem as capacidades que possuem, no sentido de criar mudanças ao nível das perturbações psicológicas,
- Promover a compreensão, de que, em grande parte, as perturbações emocionais advêm de crenças irracionais, dogmáticas e absolutistas,
- Promover a descoberta e identificação das crenças irracionais, e discriminar alternativas racionais,
- Promover a interiorização das novas crenças racionais, utilizando estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais de mudança”.

Na sua globalidade, de acordo com Goncalves (2014), este modelo equaciona-se á volta do trinómio A-B-C. Neste contexto, a Pessoa processa os dados da realidade (acontecimentos activadores – A), por intermédio de crenças e processos cognitivos (beliefs– B), sendo a natureza e o conteúdo destas crenças, que vai determinar o tipo de consequências emocionais e comportamentais (consequências – C). Neste sentido, não são propriamente os acontecimentos que determinam a reacção da Pessoa, mas as crenças que ela tem acerca desses acontecimentos.

Ellis, citado por Gonçalves, O. (2014), refere que “estas crenças podem, por sua vez, dividir-se em dois grandes grupos: crenças racionais e crenças irracionais”. As crenças irracionais, englobam as cognições, ideias e/ou filosofias, que impedem a satisfação das necessidades e objectivos mais básicos dos indivíduos (estar vivo, ser razoavelmente feliz) por exigirem lógica e conhecimento empírico. As crenças racionais são aquelas que são lógicas, suportadas empiricamente e permitem a satisfação das necessidades e objectivos mais básicos dos indivíduos.

O autor, refere que, a grande parte dos desequilíbrios psicológicos, advêm de padrões de pensamento irracionais.

Albert Ellis citado por Goncalves, O (2014), refere “12 crenças irracionais, como base de grande parte das disfunções emocionais:

- A crença de que é absolutamente necessário para um adulto ser amado por todos e em relação a tudo o que faz,
- A crença de que certos actos são terríveis e cruéis e que as pessoas que os cometem deverão

ser severamente punidas,

- A crença de que é horrível, quando as coisas não acontecem como desejaríamos,
- A crença de que a miséria humana é imposta ao próprio por Pessoas, acontecimentos e factores externos,
- A crença de que uma coisa é assustadora ou perigosa e que a Pessoa deverá preocupar-se com isso em excesso,
- A crença de que é mais fácil evitar do que enfrentar as dificuldades de vida e responsabilidades pessoais,
- A crença de que a Pessoa tem necessidade de confiar em algo que seja forte e superior a si próprio,
- A crença de que a Pessoa deve ser sempre competente, inteligente e bem-sucedido em todos os aspectos possíveis da vida,
- A crença de que se um acontecimento passado nos afectou profundamente ele deverá continuar a afectar-nos indefinidamente,
- A crença de que a Pessoa deve ter um controlo certo e perfeito sobre as coisas e acontecimentos,
- A crença de que a felicidade humana pode ser alcançada através da inercia e da inação,
- A ideia de que a Pessoa não possui controlo sobre as suas emoções e que não pode evitar sentir-se de determinada forma”.

### **1.3- Terapia Cognitivo-comportamental**

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) baseia-se na possível vulnerabilidade cognitiva como um modelo de transtorno emocional.

De certa forma, o comportamento é guiado por instruções cobertas que consciente ou inconscientemente vamos dando a nos próprios

Baseia-se numa perspectiva construtivista, em que, as representações de eventos internos e externos, e não um evento em si, determinam nossas respostas emocionais e comportamentais, refletindo-se em transtornos de processamento de informação.

O objectivo, insere-se na reestruturação cognitiva, sendo que as cognições surgem como base para as emoções e comportamentos, englobando atitudes, pensamentos, valores, juízos e convicções. Neste contexto, torna-se de extrema

importância, ajudar a Pessoa a melhorar a flexibilidade cognitiva, através da intervenção sobre as suas crenças, a fim de promover mudanças nas emoções e comportamentos que as acompanham, actuando diretamente sobre o sistema de crenças:

- Tomar consciência das próprias crenças;
- Verificar se as crenças são razoáveis, apropriadas ou realísticas;
- Correção de crenças irracionais ou inapropriadas e transferência das crenças corrigidas na forma de comportamento.

A esse processo dá-se o nome de reestruturação cognitiva, destacando-se o processo ativo da construção da percepção: não a realidade objetiva, mas a visão subjetiva, em que se selecionam e se criam juízos da percepção - determinam de modo decisivo o comportamento. Essa visão fenomenológica aproxima as terapias cognitivas da psicologia humanista.

Neste sentido, surge a terapia cognitivo-comportamental.

#### **1.4- Psicoeducação**

A Psicoeducação tem como principal objetivo, fornecer informações à Pessoa com doença mental sobre a sua situação clínica, e, dotá-la de ferramentas para lidar com as particularidades da doença.

Estas informações abrangem a etiologia, prognóstico e percurso da doença, nomeadamente, a nível dos sinais precoces de uma crise, necessidade de aderir ao tratamento (seja medicamentoso ou não medicamentoso), necessidade de promover hábitos saudáveis, assim como, estratégias para lidar com o estigma, as dúvidas, medos e mitos acerca da doença.

Neste contexto, ensinar o Utente e a Família acerca da doença e suas consequências, contribui para uma melhor adesão ao tratamento e consequentemente, para uma diminuição da sintomatologia, bem como para a prevenção de recaídas, aumentando a qualidade de vida pelo aumento da autoestima e do bem-estar, pela diminuição do sofrimento relacionado à doença, pela redução do estigma e da culpa, e pelas mudanças no estilo de vida que predispõem ao stress.

Este tipo de tratamento não farmacológico caracteriza-se por ser limitado no tempo, estruturado, diretivo, focado no presente e na busca de resolução de

problemas.

A psicoeducação, permite que a Pessoa com doença mental seja capaz de compreender e identificar as diferenças entre as suas características pessoais, e as características do transtorno psicológico às quais se torna necessário fazer face.

### **1.5- Aconselhamento**

O aconselhamento psicológico, torna-se importante na medida, em que, dá resposta às necessidades psicológicas das Pessoas.

A grande finalidade é ajudar a Pessoa no processo de mudança de comportamentos relacionados com a Saúde, estando associado á área da prevenção e a área da adaptação à doença.

Os objectivos principais do aconselhamento psicológico em Saúde são:

- Escutar as preocupações e o sofrimento da Pessoa e promover o bem-estar psicológico,
- Identificar as preocupações fundamentais que a Pessoa manifesta em relação à Saúde e ajudá-la a lidar eficazmente com elas,
- Detectar dificuldades comunicacionais e/ou relacionais com a Família ou com os Profissionais de Saúde, e ajudar Pessoa a desenvolver estratégias que permitam superar essas dificuldades,
- Ajudar a tomada de decisões informadas, no quadro das circunstâncias concretas de saúde/doença em que se encontra,
- Promover o desenvolvimento de competências sociais,
- Aumentar o autoconhecimento e a autonomia, contribuindo para o desenvolvimento pessoal.

O aconselhamento envolve 3 componentes diferentes, em que o seu uso específico pode variar em cada intervenção ou em cada entrevista em função das necessidades específicas do sujeito:

- Ajuda para lidar com as dificuldades, identificar as soluções, tomar decisões e mudar Comportamentos;
- Pedagógica, relacionada com a transmissão de informação;
- De apoio, relacionado com a transmissão de segurança emocional, facilitação do controlo interno e promoção da autonomia pessoal.

## 1.6- Entrevista Motivacional

A entrevista motivacional tem como objectivo, ajudar a Pessoa a reconhecer e a agir, no que diz respeito aos seus problemas, presentes ou potenciais. Desta forma, a entrevista motivacional orienta a Pessoa, a motivar-se para a mudança através da consciencialização da necessidade da mesma.

Na entrevista motivacional a Enfermeira direcciona sistematicamente a Pessoa para a motivação da mudança, oferece o feedback e sugestões quando for adequado, utiliza a reflexão empática seletivamente para reforçar processos, e explora a discrepância e ambivalência da Pessoa, de modo a fomentar a auto motivação para a mudança.

Os princípios da entrevista motivacional são: desenvolver a discrepância e a ambivalência, acompanhar a resistência, evitar a confrontação ou argumentação, promover afirmações auto motivacionais e/ou autoeficácia na e para a mudança.

Neste contexto, o conceito de motivação pode ser definido como um estado de prontidão para mudar, em que, a Pessoa passa por diferentes estadios, que ocorrem numa linha temporal, sendo estes estadios divididos em: pré contemplação, contemplação, pré ação ou determinação, ação, manutenção e recaída.

No primeiro estadio, pré contemplação, a Pessoa não considera a possibilidade de mudar e não tem consciência do problema que tem que ser mudado.

O papel da Enfermeira passa por enfatizar os riscos e problemas do seu comportamento actual, e pela promoção da dúvida e da ambivalência.

No Segundo estadio, contemplação, a Pessoa já tem a percepção de que o problema existe, encontrando-se receptivo á informação. O papel da Enfermeira é evocar as razões pelas quais a Pessoa deve mudar o seu comportamento, apelar á identificação dos riscos existentes da ausência de mudança, promovendo a autoeficácia.

No terceiro estadio, pré ação ou determinação, a Enfermeira ajuda a Pessoa a definir o melhor percurso para colocar em ação a mudança.

No quarto estadio, ação, a Enfermeira encoraja e incentiva a Pessoa a dar os primeiros passos para a mudança, identificando dificuldades e estabelecendo estratégias de enfrentamento.

O quinto estadio, manutenção pressupõe que a Pessoa efectuou uma mudança de comportamento. A principal meta neste estadio, é a prevenção da recaída, sendo

que a Enfermeira deve incentivar progressos.

No estadio de recaída, a Enfermeira deve ajudar a Pessoa a renovar o processo de contemplação, determinação e ação.

Assim, a entrevista motivacional pode/deve ser associada á terapia cognitivo-comportamental (inseridas no paradigma da reestruturação cognitiva), e, utilizada como estratégia complementar nas intervenções promotoras da adesão e gestão do regime terapêutico

### **1.7- Intervenções Promotoras de Adesão e Gestão do Regime Terapêutico, nomeadamente Regime Farmacológico**

A Enfermeira deve utilizar a relação terapêutica, no sentido de planear, implementar e realizar um plano terapêutico adequada.

Neste sentido, a adesão ou não adesão ao regime terapêutico é influenciada por vários factores, nomeadamente, o suporte, a informação, o envolvimento e a relação terapêutica desenvolvida.

As intervenções de Enfermagem a implementar no sentido de minimizar esta problemática, são complexas e multifacetadas, englobando vários tipos de modalidades terapêuticas, nomeadamente, Psicoeducativas, Cognitivo-comportamentais, Motivacionais e/ou a sua combinação, o que contribui, para um aumento do insight relacionado com a necessidade de tratamento, um maior conhecimento acerca do regime terapêutico e sua gestão e conseqüentemente a redução das recaídas, internamentos/ reinternamentos.

Neste contexto, de acordo com World Health Organization (WHO), torna-se de extrema importância o desenvolvimento de intervenções cognitivo comportamentais e/ou a motivacionais, como aliadas das intervenções psicoeducativas na adesão á medicação na pessoa com doença mental grave, de modo a tornar a Pessoa activa no seu processo de tratamento, obtendo assim, a sua colaboração e motivação para alteração de comportamentos e atitudes.

Assim, podemos dizer que a adesão ao tratamento e sua gestão, é promovida e desenvolvida através da repetição e modificação do comportamento. O objectivo

fundamental, é que a Pessoa aprenda com a sua experiência, na medida em que possa considerar os seus objetivos de vida, avaliando e reflectindo acerca do papel que a boa gestão do regime terapêutico desempenha para os conseguir alcançar.

## 2 - Estudo de Caso

### 2.1 - Avaliação Inicial de Enfermagem

- **Data de admissão no serviço no Projecto Espaço pessoa:** 03/03/2016
- **Nome:** MM
- **Idade:** 43 anos de idade
- **Estado Civil:** Casado
- **Profissão:** Área Fabril
- **Habilitações literárias:** 9 ano de escolaridade
- **Cuidador Informal:** Não tem

Utente de 43 anos de idade, nascido em Paredes, residente no Porto, reformado á sete anos (invalidez por psiquiatria). Refere realizar alguns serviços de limpeza e arrumar carros para suprir necessidades económicas.

Sempre vivei com a Mãe (Família monoparental), por o Pai biológico o ter abandonado. Quando tinha 7 anos, a Mãe casou com o Padrasto. Menciona que teve mais apoio da Família quando esta teve conhecimento do episódio de violação.

Refere ter tido uma infância feliz e ter frequentado colégio de ensino especial dos 7 os 11 anos de idade, por dificuldades na aprendizagem. Aos 11 anos, diz ter sido violado por um amigo que tinha 17 anos. Tem o 9 ano de escolaridade e frequentou cursos técnicos de informática e electricidade.

Aos 14 anos, diz ter perdido alguns amigos, porque os Pais não o deixavam sair á noite.

Utente refere, sempre ter tido duvidas relativamente á sua orientação sexual, diz ter iniciado os seus relacionamentos amorosos aos 16 anos. Vinha para o Porto, para a estação de São Bento, dizia aos Pais que vinha ver uma Prima, mas na realidade, vinha conhecer outros homens com quem tinha relações sexuais.

Aos 18 anos, iniciou um namoro com uma rapariga da sua idade, no entanto mantinha sempre relações sexuais em paralelo. Casou aos 24 anos e separou-se apos seis anos (30 anos de idade).

Refere ter sido feliz no casamento, mas, mais tarde ter tomado consciência e

assumido a sua homossexualidade; deste relacionamento não teve filhos.

Posteriormente aos 31 anos de idade, teve o primeiro namorado (sexo masculino), com quem permaneceu durante um ano, nessa altura vivia e trabalhava na Holanda. Após este relacionamento refere ter tido mais dois namorados, respectivamente aos 34 anos (relacionamento de quatro anos) e aos 37 anos de idade. Relativamente a este último namorado e aos hábitos sexuais, refere que não usava preservativo, mas que sabia que ele era portador do VIH; no entanto, nas relações sexuais sociais usava sempre protecção. Este relacionamento durou apenas um mês, refere que acabou porque se apercebeu que ele mentia e porque não gostava que ele consumisse drogas. Nega ter exercido actividade prostitutiva.

Refere ter começado a trabalhar aos 11 anos de idade, quando a Mãe o mandou ir para casa do avo fazer cadeiras, trabalhou cinco anos na área de marcenaria e dois anos em carpintaria; aos 18 anos de idade foi empregado de armazém durante dois anos. Posteriormente aos 21 anos tirou a carta de condução de veículos pesados, e, trabalhou vários anos fora do país, Holanda (2003), Alemanha (2002) e Inglaterra (2008), vinha passar férias a Portugal.

Refere "... na Alemanha e na Holanda fumava erva, tomei uma vez exstasy na Alemanha, isso é que foi ver cores..." Sic Utente

No ano de 2007, regressou a Portugal, após um acidente rodoviário em Inglaterra, nesta altura requereu prestação do Rendimento Social de inserção (RSI). No ano de 2009 obteve a reforma por invalidez.

Utente que veio viver para o Porto á aproximadamente sete anos, altura em que o Padrasto o pôs fora de casa "... o meu padrasto pôs-me fora de casa á pancada, a minha mãe estava na cama com uns saquinhos, por causa de um cancro nos ovários, depois ficou com raízes no estomago e no fígado... nesse dia dizia onde está o meu Mário... morreu em 2010... no dia em que entrei para a Recto, a minha mãe tinha morrido uma hora antes... foi na Recto que melhorei do álcool..." (sic Utente). Casou novamente com uma pessoa do sexo masculino em dezembro de 2012, com quem mantém este laço até ao presente.

### Antecedentes Familiares

Pai falecido aos 55 anos de idade, por “cirrose do estomago” – aparente cirrose hepática e eventual neoplasia do estomago e laringe.

Mãe falecida aos 59 anos de idade, por cancro dos ovários metastizado.

Tem cinco irmãos apenas da parte do pai (sem consanguinidade), dois do sexo masculino e três do sexo feminino, entre os 28 e 42 anos de idade, saudáveis.

### Antecedentes Psiquiátricos

Utente refere, estar medicado com fluoxetina desde muito novo, não se lembra se houve alguma situação que despoletasse esta necessidade. Nunca questionou a Família acerca deste assunto. Seguido em Psiquiatria e Psicologia desde os 6 anos de idade.

Utente seguido serviço de psiquiatria do Hospital Magalhães Lemos desde o ano de 2003 por “cansaço devido ao trabalho” e “depressão por namoro”.

Apresenta diagnóstico médico de dependência de droga não especificada (27/11/2009), distúrbio ansioso/estado de ansiedade (13/01/2010) e psicose orgânica (uso continuado de substância toxica).

Importa ainda referir consumo de álcool que se mantem e consumo de cannabis fumada que cessou.

### Antecedentes Médicos

Utente com diagnóstico médico de gengivite cronica (27/03/2013); insuficiência cardíaca (18/03/2015); bronquite aguda (14/02/2016) e infecção por VIH desde o ano de 2012.

### História da Doença Actual

Utente mantem estados de ansiedade por períodos e consumo de álcool, o que potencia a não adesão ao regime terapêutico, nomeadamente o regime medicamentoso. Assim o Utente abandona a terapêutica instituída com frequência,

dando origem a alterações do pensamento mais acentuadas e alterações da percepção, nomeadamente alucinações auditivas. Refere que as vezes não toma a medicação para poder beber álcool e também por não adquirir os medicamentos no tempo correcto, ocorrendo em falta e potenciando ainda mais a não adesão ao regime terapêutico.

### Entrevista Inicial de Enfermagem

Esta entrevista foi realizada de forma não estruturada, no âmbito da Consulta de Enfermagem com metodologia de Gestão de Caso.

Optei por aplicar alguns instrumentos de avaliação, nomeadamente: Mini Mental Examination (MMSE) e efectuar o exame do estado mental (através de um guião elaborado por mim). (Anexo I)

No decorrer da entrevista inicial e aquando do preenchimento destes instrumentos psicométricos, o Utente encontrava-se calmo, orientado e colaborante, de forma voluntária, iniciou um relato acerca da sua história pessoal, e, de acontecimentos que o marcaram, bem como as respostas emocionais associadas. Neste sentido surgiu a necessidade de dar início a um processo psicoterapêutico, baseado na Terapia Racional Emotiva, ao qual o Utente foi reagindo de forma positiva ao longo desta entrevista, e da programação e realização das sessões seguintes baseadas nos pressupostos deste modelo psicoterapêutico.

Neste contexto, de acordo com uma perspectiva psicoterapêutica breve, que surge como um complemento á compreensão psicodinâmica, foi possível localizar registos da história pessoal familiar e patologias pregressas (corte longitudinal), assim como, a queixa principal, e a história da doença actual (corte transversal).

O resultado da aplicação dos instrumentos psicométricos, acima referidos foi:

- **Mini Mental State Examination (MMSE)**, pontuação de 29, não se comprovando defeito cognitivo.

#### - **Avaliação do Estado Mental**

Utente colaborante, com expressão facial triste mantendo contacto visual, padrão de mobilidade com inquietação. Denota-se alterações a nível da atenção,

percepção, consciência, discurso e pensamento. Humor disfórico e triste, denotam-se ainda alterações do sono, nomeadamente insónia intermédia/final.

No entanto, o que a Utente expressa verbalmente deve pôr-se em dúvida, e, deve aprofundar-se a percepção, com a finalidade de buscar um possível conteúdo latente, nomeadamente a nível da adesão á medicação, pois neste caso, o observado, não corresponde ao verbalizado pela Utente.

### Entrevista de avaliação de Enfermagem

Esta entrevista foi realizada de forma semi-directiva, no âmbito da Consulta de Enfermagem com metodologia de Gestão de Caso.

Nesta entrevista e de acordo cm o que observei aquando da entrevista inicial, optei por aplicar a Escala de Avaliação da Auto estima de Rosenberg, a Escala Autoavaliação Ansiedade de Hamilton e um guião/questionário, elaborado por mim, no âmbito do paradigma da Adesão ao Regime Terapêutico (Questionário de Avaliação do Risco da Não- Adesão ao Regime Terapêutico), que impulsionou a expressão de emoções por parte da Utente (Anexo I).

No decorrer da entrevista e do preenchimento destes instrumentos psicométricos, constatei que o Utente apresentava insight parcial par a doença.

O resultado da aplicação dos instrumentos psicométricos, acima referidos foi:

- **Questionário de Avaliação do Risco da Não-Adesão ao Regime Terapêutico**, evidenciam-se os focos baseados na cognição, percepção, fadiga, ansiedade, consumo de álcool e tabaco. Denota-se ainda, apoio social reduzido, volição, regime de tratamento complexo e baixa capacidade de gestão.
- **Escala de Auto Estima de Rosenberg**, pontuação de 24 o que corresponde ao diagnóstico de autoestima baixa.
- **Escala Autoavaliação Ansiedade de Hamilton**, pontuação de 23 o que corresponde ao diagnóstico de ansiedade em grau elevado.

Os diagnósticos de Enfermagem foram efectuados tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2.0 (Cipe), recorrendo ainda a Indicadores Noc, nomeadamente, Equilíbrio do Humor, Autocontrolo: Ansiedade, Autocontrolo: Impulso e Autocontrolo: Distorção do Pensamento e Suicídio, que se encontram em anexo (Apêndice I).

## 2.2 - Processo de Enfermagem

A formulação de um plano de cuidados para este Utente não se revelou um processo fácil, devido á ausência de totalidade de insight, á não-aceitação do estado de saúde, e, conseqüentemente risco de não adesão e comprometimento da gestão do regime terapêutico. Neste contexto, foi necessária uma pesquisa bibliográfica aprofundada, acerca do insight para a doença, aceitação do estado de saúde e adesão e gestão do regime terapêutico no geral e em Pessoas com doença mental.

Neste sentido e de acordo com a entrevista inicial, O Utente apresenta:

- ❖ Aceitação do Estado de Saúde comprometida, o que se encontra na base do Processo de Enfermagem, potenciando o comprometimento da gestão do regime terapêutico:
  - Não demonstra sensação de paz e tranquilidade com a nova condição de Saúde,
  - Não demonstra recções, sentimentos e crenças positivas perante a nova condição de Saúde,
  - Não reconhece e não se consciencializa da realidade da nova condição de Saúde,
  - Não desempenha novas actividades promotoras de adaptação á nova condição de Saúde.

❖ Adesão ao Regime Terapêutico comprometida

Utente não segue as recomendações sobre o regime terapêutico, nomeadamente a nível da adesão ao regime dietético, de exercício e medicamentoso. Apresenta conhecimento médio para promover comportamentos de adesão.

❖ Gestão do Regime Terapêutico comprometida

O Utente apresenta capacidade reduzida na gestão do regime medicamentoso, de exercício e dietético, assim como conhecimento medio acerca dos mesmos. No entanto, apresenta potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade.

❖ Processo de Pensamento (Pensar) comprometido:

- Apresenta alterações de pensamento, da forma (fuga de ideias) e do conteúdo (ideias delirantes de conteúdo persecutório),
- Indicadores Noc – Autocontrolo: Distorção do Pensamento – Dificuldade significativa na demonstração de comportamentos congruentes com uma interpretação correcta do meio, raramente, exhibe pensamento baseado na realidade e/ou de conteúdo apropriado. Raramente questiona para validação da realidade

❖ Alucinação presente

Alucinações auditivas. O Utente refere ouvir vozes. Quando questionado acerca do conteúdo das vozes, refere "... dizem-me para ir ou para não ir fazer aquilo ou não...".

❖ Humor comprometido

- Apresenta humor disfórico e deprimido.
- Indicadores Noc – Equilíbrio do Humor - Alterações significativas, nomeadamente nos afectos, controlo dos impulsos, concentração, adesão e gestão do regime terapêutico e

interesse pelo que a rodeia. Apresenta fuga de ideias, ideação suicida e fadiga

❖ Autoestima baixa

❖ Sono comprometido

Insónia intermédia/final.

❖ Ansiedade presente em grau elevado

- Apresenta sinais despreocupação,
- Dificuldade em se concentrar,
- Incapacidade em relaxar não relacionada com a doença,
- Indicadores Noc – Autocontrolo: Ansiedade - Défices, nomeadamente no uso de técnicas de relaxamento, controlo da resposta á ansiedade, concentração, sono, diminuição dos estímulos do meio envolvente e coping.

❖ Força de vontade (volição) comprometida

- Não apresenta disposição para reter e abandonar acções,
- Não controla impulsos.

❖ Autocontrolo dos impulsos comprometido

- Não toma disposição para dominar comportamentos impulsivos ou compulsivos,
- Indicador Noc – Autocontrolo: Impulso - Dificuldade na identificação de comportamentos impulsivos prejudiciais, assim como, comportamentos e sentimentos que conduzem a acções impulsivas.

❖ Autocontrolo Suicídio

- Risco de Suicídio

- Indicadores Noc – Utente não esquece obsessões e não mantém contactos de relacionamentos. Não requer tratamento para as acções e tentativas de suicídio, não procurando ajuda quando sente autodestruição.

❖ Álcool

- Consumo de álcool, com frequência de consumo de 4 ou mais vezes por semana. Quando bebe consome aproximadamente entre 8 e 10 bebidas contendo álcool num dia normal. O utente consome seis bebidas ou mais numa única ocasião quase diariamente. Avaliação baseada no Audit (versão reduzida – Audit C).

❖ Solidão

- O Utente, expressa sinais de solidão e dificuldade em estabelecer contacto com outras Pessoas. Expressa isolamento social, assim como exclusão. Refere a ideia de ser incompreendido.

Neste sentido, apresento um quadro com os focos e respectivos diagnósticos de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, assim como as intervenções planeadas.

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Aceitação do Estado de Saúde</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Aceitação do Estado de Saúde comprometido</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b>		<b>Data termo</b>
30/09/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir a Pessoa a promover a Aceitação do Estado de Saúde,</li> <li>- Avaliar a Aceitação do Estado de Saúde,</li> <li>- Encorajar a Aceitação do Estado de Saúde,</li> <li>- Ensinar sobre estratégias adaptativas,</li> <li>- Ensinar e encorajar o uso dos recursos na comunidade,</li> <li>- Ensinar sobre Serviços de Saúde,</li> <li>- Incentivar a comunicação de emoções,</li> <li>- Incentivar Aceitação do Estado de Saúde,</li> <li>- Incentivar interação social,</li> <li>- Promover a consciencialização e potenciar o Insight Terapêutico.</li> </ul>	3/11/2017

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Adesão Regime Terapêutico</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Risco de não Adesão Regime Terapêutico</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b>		<b>Data termo</b>
30/09/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o Insight terapêutico <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estimular a participação e realização de actividades nos domínios da cognição e da percepção.</li> </ul> </li> <li>- Aconselhamento <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Disponibilizar ajuda para dar resposta às necessidades psicológicas,</li> <li>○ Facilitar a mudança de comportamentos relacionados com a Saúde,</li> <li>○ Escutar e acolher as preocupações e o sofrimento, e promover o bem-estar psicológico,</li> <li>○ Identificar as preocupações fundamentais que a Pessoa tem em relação à Saúde e ajudá-lo a lidar eficazmente com elas através de estratégias de coping eficazes.</li> </ul> </li> <li>- Avaliar potencial para melhorar o conhecimento,</li> <li>- Avaliar conhecimento para promover comportamentos de adesão,</li> <li>- Psicoeducação <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Conceito da doença,</li> <li>○ Sinais e sintomas,</li> <li>○ Complicações da doença,</li> <li>○ Sinais de alarme de recaída e atitude adequada,</li> <li>○ Vigilância de Saúde, consultas,</li> <li>○ Tratamento Psicofarmacológico, efeitos desejados efeitos adversos, cumprimento do regime medicamentoso,</li> <li>○ Promoção autocuidado,</li> <li>○ Promoção hábitos de sono</li> <li>○ Promoção de hábitos de actividade física,</li> <li>○ Integração dos factores de protecção de forma eficaz (doença, hábitos de vida saudáveis, identificação precoce de factores de risco de recaída),</li> <li>○ Tratamento não farmacológico.</li> </ul> </li> <li>- Entrevista Motivacional <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1ª Sessão Entrevista Motivacional</li> <li>○ 2ª Sessão Entrevista Motivacional</li> <li>○ 3ª Sessão Entrevista Motivacional</li> <li>○ 4ª Sessão Entrevista Motivacional</li> </ul> </li> </ul>	23/10/2017

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Gestão do Regime Terapêutico</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Gestão do Regime Terapêutico comprometido</u>		
<b>Intervenções de Enfermagem:</b>		
<b>Data início</b>		<b>Data termo</b>
27/10/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar potencial para melhorar o conhecimento,</li> <li>- Avaliar potencial para melhorar a capacidade,</li> <li>- Avaliar capacidade para gerir o regime medicamentoso,</li> <li>- Avaliar capacidade para gerir o regime de exercício,</li> <li>- Avaliar capacidade para gerir regime dietético,</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso,</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre regime dietético,</li> <li>- Avaliar conhecimento sobre regime de exercício,</li> <li>- Reforço de psicoeducação de acordo com o resultado das avaliações efectuadas.</li> </ul>	03/11/2017



<b>Foco de Enfermagem:</b> Humor		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Humor comprometido		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b> 30/09/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar Humor,</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional,</li> <li>- Optimizar comunicação,</li> <li>- Incentivar a comunicação de emoções,</li> <li>- Vigiar comportamento,</li> <li>- Incentivar o autocuidado: actividade recreativa,</li> <li>- Encorajar/incentivar interacção social,</li> <li>- Executar intervenção psicoterapêutica,</li> <li>- Escutar.</li> </ul>	<b>Data termo</b>          03/11/2017

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Autoestima</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Autoestima baixa</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b> 30/09/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar Autoestima através da escala de Rosenberg,</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional,</li> <li>- Encorajar expressão de crenças,</li> <li>- Encorajar/incentivar interacção social,</li> <li>- Escutar,</li> <li>- Executar intervenção psicoterapêutica,</li> <li>- Incentivar a comunicação de emoções,</li> <li>- Promover a autoestima,</li> <li>- Vigiar o comportamento,</li> <li>- Promover o uso de estratégias de coping,</li> <li>- Avaliar autoestima através da escala de Rosenberg.</li> </ul>	<b>Data termo</b>          03/11/2017

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Sono</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Sono comprometido</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b> 03/10/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar sono,</li> <li>- Avaliar conhecimento para promover o sono,</li> <li>- Ensinar sobre sono,</li> <li>- Ensinar sobre estratégias não farmacológicas.</li> </ul>	<b>Data termo</b>          14/10/2017

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Ansiedade</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Ansiedade presente</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b> 30/09/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir a Pessoa a identificar factores desencadeantes de ansiedade,</li> <li>- Assistir na ansiedade,</li> <li>- Avaliar ansiedade,</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional,</li> <li>- Encorajar expressão de crenças,</li> <li>- Escutar,</li> <li>- Executar intervenção psicoterapêutica,</li> <li>- Incentivar a comunicação de emoções,</li> <li>- Vigiar comportamento.</li> </ul>	<b>Data termo</b>          03/11/2017



<b>Foco de Enfermagem:</b> Alcool		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Consumo de Álcool		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b> 30/09/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar uso de álcool,</li> <li>- Aconselhar sobre o álcool,</li> <li>- Encorajar a diminuir o uso de álcool,</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional,</li> <li>- Executar intervenção psicoterapêutica,</li> <li>- Incentivar cessação do uso de álcool,</li> <li>- Vigiar comportamento.</li> </ul>	<b>Data termo</b>          03/11/2017

<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Solidão</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Solidão presente</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b> 30/09/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar solidão,</li> <li>- Executar intervenção psicoterapêutica</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional,</li> <li>- Incentivar a comunicação de emoções,</li> <li>- Incentivar interação social,</li> <li>- Incentivar o autocuidado: actividade recreativa,</li> <li>- Optimizar comunicação,</li> <li>- Vigiar comportamento.</li> </ul>	<b>Data termo</b>          03/11/2017



<b>Foco de Enfermagem:</b> <u>Alucinação</u>		
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> <u>Alucinação presente</u>		
Intervenções de Enfermagem:		
<b>Data início</b>		<b>Data termo</b>
03/10/2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir a Pessoa a identificar estratégias de coping eficazes,</li> <li>- Assistir a Pessoa a identificar factores desencadeantes de alucinação,</li> <li>- Avaliar alucinação,</li> <li>- Disponibilizar suporte emocional,</li> <li>- Ensinar sobre a doença,</li> <li>- Executar intervenção psicoterapêutica,</li> </ul>	14/10/2017

### 2.3- Medicação instituída

- Fluoxetina 20 mg, comprimidos. Toma diária á refeição do almoço (0+1+0). Medicamento classificado no grupo dos antidepressivos da classe dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina;
- Alprazolam 0,5 mg; comprimidos. Toma diária á noite (0+0+1). Medicamento classificado no grupo das Benzodiazepinas;
- Eviplera 200 mg/25, mg/245, mg; comprimidos. Toma diária á refeição do pequeno-almoço (1+0+0). Medicamento classificado no grupo dos Anti-retrovirais: combinação de dois inibidores nucleósidos/nucleótidos da transcriptase reversa análogos, e, um inibidor da transcriptase reversa não nucleósidos. Está indicado no tratamento da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).
- Vigantol 0,5 mg/ml; suspensão oral. Duas tomas diárias, de manha e á noite (1+0+1). Medicamento classificado no grupo das vitaminas, vitamina D (D3).

## **2.4- Actividades desenvolvidas**

De acordo com uma visão cognitivo-comportamental, inserida no paradigma da reestruturação cognitiva, as intervenções comportamentais englobam estratégias mais adaptativas, que visam um efeito mais positivo nas cognições. São exemplos, horários de actividades, atribuição de tarefas classificadas, ensaio comportamental, distração e técnicas diversas como, assertividade, treino de capacidades sociais, técnicas de suspensão de fluxo de pensamentos, entre outras.

Neste contexto, o Utente foi incentivado a participar em jogos/actividades lúdico- terapêuticas, proporcionando momentos de contacto com as suas emoções e interação com os outros, potencializando o desenvolvimento de capacidades emocionais, sociais e cognitivas, que podem ajudar a Pessoa a lidar melhor com factores stressores do quotidiano.

<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>30/9</b>	<b>03/10</b>	<b>11/10</b>	<b>14/10</b>	<b>18/10</b>	<b>23/10</b>	<b>27/10</b>	<b>2/11</b>	<b>3/11</b>
Aceitação do Estado de Saúde comprometida	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Risco de não Adesão ao Regime Terapêutico	X	X	X	X	X	X			
Gestão do Regime Terapêutico comprometido							X	X	X
Processo de Pensamento (Pensar) comprometido	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Alucinação Presente		X	X	X					
Humor comprometido	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Autoestima diminuída, em grau moderado	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sono comprometido		X		X					
Ansiedade presente	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Força de vontade (volição comprometida)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Autocontrole: Impulso comprometido	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Consumo de álcool	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Solidão presente	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Risco de Suicídio	X	X	X	X	X	X	X	X	X

<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>30/9</b>	<b>03/10</b>	<b>11/10</b>	<b>14/10</b>	<b>18/10</b>	<b>23/10</b>	<b>27/10</b>	<b>2/11</b>	<b>3/11</b>
Assistir a Pessoa, a promover a Aceitação do Estado de Saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	
Avaliar a Aceitação do Estado de Saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Encorajar a Aceitação do Estado de Saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	
Ensinar sobre recursos na comunidade		X		X					
Ensinar sobre estratégias adaptativas	X	X	X	X	X	X	X	X	
Encorajar o uso dos recursos da comunidade		X	X	X	X	X	X	X	X
Ensinar sobre serviços de Saúde	X								
Incentivar a comunicação de emoções	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Incentivar Aceitação do Estado de Saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover a consciencialização e potenciar o Insight terapêutico	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aconselhamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Psicoeducação									
-Conceito da doença,		X		X					
-Sinais e sintomas,			X	X					
-Complicações da doença,		X							
-Sinais de alarme de recaída e atitude adequada,							X		
-Vigilância de Saúde, consultas,									X
-Tratamento Psicofarmacológico, efeitos desejados efeitos adversos, cumprimento do regime medicamentoso	X		X	X	X	X			

- Promoção autocuidado,	X		X		X	X		X	
- Promoção Hábitos de sono		X		X					
- Promoção de hábitos de actividade física,	X	X			X				
- Integração dos factores de protecção de forma eficaz (doença, hábitos de vida saudáveis, identificação precoce de factores de risco de recaída,			X				X		
- Tratamento não farmacológico	X	X						X	
1ª Entrevista motivacional				X					
2ª Entrevista motivacional					X				
3ª Entrevista motivacional						X			
4ª Entrevista motivacional							X		
Avaliar potencial para melhorar o conhecimento	X								
Avaliar conhecimento para promover comportament o os de adesão,	X								
Avaliar potencial para melhorar a capacidade							X		

Avaliar capacidade para gerir o regime medicamentoso							X		
Avaliar capacidade para gerir regime dietético,							X		
Avaliar conhecimento sobre regime medicamentos o							X		
Avaliar conhecimento sobre regime dietético							X		
Avaliar conhecimento sobre regime de exercício							X		
Reforço de psicoeducação de acordo com o resultado das avaliações efectuadas							X	X	X
Avaliar pensamento	X	X	X	X	X	X		X	X
Disponibilizar suporte emocional	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Executar técnica para estimular cognição	X			X		X			X
Executar terapia de orientação para a realidade	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Optimizar a comunicação	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1ª Sessão de Terapia Racional Emotiva	X								
2ª Sessão de Terapia Racional Emotiva		X							
3ª Sessão de Terapia Racional Emotiva			X						
Assistir a identificar estratégias de coping eficazes	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Promover o uso de estratégias de coping	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Assistir a Pessoa a identificar factores desencadeantes de alucinação		X	X	X	X				
Avaliar alucinação		X	X	X	X	X			
Executar intervenção psicoterapêutica	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Incentivar autocuidado: actividade recreativa	X	X	X	X	X	X	X		
Vigiar comportamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliar humor	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Encorajar/incentivar interacção social			X	X	X	X	X	X	X
Escutar	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliar Autoestima através da escala de Rosenberg		X							X
Encorajar expressão de crenças	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover Autoestima	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliar sono		X		X				X	
Avaliar conhecimento para promover sono		X							
Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para promover o sono		X		X				X	
Assistir a Pessoa a identificar factores desencadeante de ansiedade	X	X	X				X		
Assistir na ansiedade	X	X	X	X	X	X	X	X	
Avaliar ansiedade	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliar força de Vontade	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover a esperança	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Incentivar comunicação	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Incentivar a iniciativa				X	X	X	X	X	X
Incentivar progressos			X	X	X	X	X	X	X
Avaliar autocontrolo: impulso	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Encorajar autocontrolo: impulso	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Avaliar uso de álcool		X	X	X	X	X	X	X	X
Aconselhar sobre o álcool	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Incentivar cessação do uso de álcool		X	X	X	X	X	X	X	
Avaliar solidão	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Identificar factores protectores e de risco		X	X	X	X	X	X		
Avaliar risco de suicídio	X	X	X	X	X	X	X	X	X

#### ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 30/09/2017**

- Entrevista não Estruturada de Avaliação Inicial,

##### 1 Sessão Terapia Racional Emotiva

A Terapia Racional Emotiva foi incluída no plano terapêutico, aquando da entrevista inicial, em que o Utente, ao longo da mesma, foi verbalizando vários aspectos da sua vida.

Relata estar casado á cerca de cinco anos e estar em processo de separação, refere que a audiência do processo de divorcio esta agendada para 03/10/2017. Refere ter sido ele próprio a pedir os papeis do divorcio. “... no fundo já estamos separados á algum tempo, só faltam os papéis..., ele abandonou-me e isso não lhe perdoou, mas já não sei se quero fazer isto...” (sic Utente). Refere ter um novo companheiro com quem mantém relações sexuais, mas ainda gostar do antigo companheiro.

Disse que, os processos de separação demoram tempo, até pela necessidade de estabilização das emoções, é como uma despedida que gera vazío interior, a aceitação e a autovalorização, tal como, o desempenho de actividades que promovam a o autocuidado e conseqüentemente a autoestima são bastante importantes.

O Utente, refere “... fui-me um bocado abaixo, já não tenho apetite e tenho bebido álcool...” (sic Utente). Referi que ás vezes a tristeza nos leva a este tipo de comportamentos, mas que é necessária força de vontade para reverter a situação e não nos deixarmos ir muito abaixo, disse ainda que já não era a primeira vez que

passava por tal situação, e como tal já tinha mais defesas para reagir de forma diferente. Ao que o utente referiu “... sim, as vezes estou mais calmo, mas se penso muito nisto descontrolo-me... só me apetece dar cabo de mim... e não quero, a doutora tem razão, não me posso deixar ir abaixo... conheci outra pessoa e acho que me estou a apaixonar... E o J, já tivemos relações...estou a ver o que dá ...” (sic Utente). Referi que durante estes processos estamos mais sensíveis, e, às vezes podemos não interpretar bem as coisas que vemos e que ouvimos, por isso, é muito importante não parar de tomar a medicação e reduzir o consumo de álcool, para não ficar com o pensamento e a percepção alterada, ao que o Utente referiu “... as vezes quando bebo realmente sinto-me assim... vou começar a beber o vinho traçado com gasosa, um copo só as refeições...”

Assim, identifiquei com o Utente as crenças irracionais que a fizeram ver as coisas desta forma, assim como as consequências emocionais e comportamentais das interpretações que o Utente fez destes acontecimentos, enunciando e discriminando alternativas racionais.

#### - Psicoeducação

Na primeira parte da Entrevista, aquando da aplicação dos instrumentos psicométricos, foram efectuadas Intervenções breves de psicoeducação, acerca do tratamento não farmacológico e promoção de hábitos de actividade física.

#### - Estimulação cognitiva

No início da sessão, foram efectuados 2 exercícios de estimulação cognitiva, nos domínios da atenção (exercício de dificuldade baixa) e cálculo (exercício de dificuldade baixa). Denotou-se dificuldades nestes domínios, nomeadamente no domínio da atenção, no qual o Utente apesentou maior dificuldade, “Fiz com dificuldade...” (sic). O Utente reagiu muito bem a estes exercícios, no entanto mostrando sinais de desânimo perante as suas dificuldades, pelo que foi necessário incentivar á sua realização (Apêndice II).

## ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 03/10/2017**

### - 2ª Sessão de Terapia Racional Emotiva

O Utente refere insónia intermedia/final, já de algum tempo. Relativamente aos relatos da primeira sessão de TRE, em que o Utente referiu que queria assinar os papéis do divórcio, diz que “... já disse que não queria assinar os papeis do divórcio, quero falar com o FC antes... apesar de tudo não o quero magoar, ainda gosto dele mesmo que ele não me queira mais... também compreendo... já fi coisas que o magoaram muito e ele agora fartou-se... estou a andar com a minha vida para a frente...”. (sic Utente)

No entanto, reforça a ideia anterior “... estou farto disto tudo e de mim mesmo...o J enganou-me queria era apanhar-me lá em casa... quer ser sempre ele a mandar... entre nós há uma mulher e prefiro deixá-lo para ela...” (sic Utente), perguntei porque achava isso, referiu “... ele não me disse nada, mas sei que dá para os dois lados, combinamos que eu ia lá a casa para lhe pitar as paredes e depois não me deixou lá ir... é porque ia dormir com essa mulher...” (sic Utente). Referi que se tinha dúvidas, o ideal era conversarem, referiu “... sim vou falar com ele, pode até ter sido outra coisa..., mas dificilmente estou enganado...” (sic Utente).

Relata “...na pensão só me chateiam, aquilo é só bêbados e drogados, desde que descobriram que sou homossexual não me largam e ás vezes até me gozam... dantes ninguém sabia, foi por causa de um que lá mora que andou a contar... já falei com a senhoria, mas ela não quer saber... ele é um bêbado... meteram-se outra vez comigo..., mas não liguei e segui em frente...”. (sic Utente)

Referi que não devia valorizar as provações dos inquilinos da pensão onde habita, até porque não o conhecem e cada um tem a sua vida para gerir, que temos de ter mecanismos para os distrairmos deste tipo de acontecimentos que nos tiram a paz, disse-lhe que quando for assim, é bom sair e ir caminhar um bocadinho para organizar as ideias e afastar-se um pouco desta realidade. O Utente referiu que sim “... no outro dia depois do jantar fiz isso e realmente senti-me melhor... ate me ri sozinho...”(sic Utente)

Relata ainda, “hoje tive uma discussão muito grande com a senhoria por causa da roupa, baixou-me 10 euros na renda, mas não me lava a roupa. Mas eu para a

próxima vou- lhe pedir os recibos do valor inteiro... vou lavar a roupa interior na banheira e gastar luz e água, e ela vai dar conta...” (sic Utente), perguntei se tinham negociado a questão do valor da renda e da lavagem da roupa, “sim, não vou fazer isso, realmente eu combinei com ela assim... ela até é simpática...” (sic Utente) , referi que sempre poderia tentar renegociar esta questão, “sim é isso que vou fazer” (sic Utente).

Em relação ao antigo companheiro, diz “... eu estava dependente do FC...” (sic), questionei se achava mesmo isso, ao que o Utente respondeu “não, eu é que faia as coisas á minha maneira. Mas quando estou com alguém que gosto é aquele click puro, ainda gosto muito dele...”.

Refere “sinto-me um bocado só...fui á segurança social pedir apoio para o divórcio, cheguei á conclusão que não posso ter esperança com o FC... fez-me sofrer muito, ele é rotativo, assinei hoje os papéis para o divórcio...” (sic Utente). Perguntei se tinha falado com o FC, “sim, falamos das companhias com quem ele anda, tivemos uma pequena discussão outra vez, ele sabe como sou, tem de ser ás claras...”, disse-lhe que afinal eles tinham acabado, “foi ele que acabou, eu não. Mas eu já pedi o divórcio e já tenho uma pessoa com quem me juntar..., mas também já tive uma discussão com o J...” (sic Utente).

Relata “há três dias que não saio, tenho sentido uma mágoa dentro de mim e fico triste... se eu tivesse família perto... tenho uma prima, mas ela tem um marido e não quer estar com os meus problemas... estou farto de lutar por uma pessoa que não merece, fui falar com ele para voltar, mas ele não quer... já nem penso, fico cansado e faz-me ganhar enxaquecas...” (sic Utente). Perguntei se tinha dito ao FC que ia pedir o divórcio, “não”(sic Utente), questionei o porque, “quero que fique surpreendido, a ver se ele vem pedir para voltar” (sic Utente), refere ainda ter esperança “a vida dá tantas voltas que fico um bocado na incerteza... trai-o várias vezes, ele não ligava ao sexo, não tinha em casa e ia fora. Ele também me fazia isso, andava com um homem mais velho... eu levava homens para casa e ele não gostou... depois vim a saber que ele também andava com outros...” (sic Utente), questionei se nunca tinham falado sobre este assunto “... ele dizia que não se importava e então eu andava com outros...” (sic Utente), perguntei se achava que isso era um relacionamento, “não, era tipo dois amigos, fazíamos sexo só quando ele queria...” (sic Utente). Questionei se a relação já tinha acabado, “sim, há muito tempo, ele estava-se a meter no álcool e nos comprimidos...” (sic Utente).

Nesta sessão, perguntei ao Utente se ouvia vozes (aquando da aplicação do questionário de adesão ao regime terapêutico), ao que o Utente respondeu afirmativamente, quando questionado quanto ao conteúdo das vozes, o Utente referiu “... dizem-me para ir ou para não ir fazer ou não fazer, coisas assim...só me apetece pôr-me em frente aos carros... pressinto o mal a aproximar-se ou eu a aproximar-me dele...” (sic Utente)

Questionei se quando bebia ficava alterado, “... pois fico...” (sic Utente), perguntei se já ouvia vozes á muito tempo, referiu que não “... só de alguns dias para cá, mas já me aconteceu isto antes...” (sic Utente). Perguntei se sabia porque que é que as vozes tinham voltado, refere “... quando bebo não tomo a medicação e tenho bebido quase todos os dias... estou cansado, aborreço-me com isto tudo e comigo mesmo...” (sic Utente)

Neste sentido, identifiquei com a Utente as crenças irracionais que a fizeram ver as coisas desta forma, assim como as consequências emocionais e comportamentais das interpretações que a Utente fez destes acontecimentos, enunciando e discriminando alternativas racionais.

#### - Psicoeducação

Durante esta sessão, o Utente relatou dificuldades no sono, nomeadamente insónia intermédia/final, pelo que foram efectuadas Intervenções breves de psicoeducação no âmbito da higiene e padrão do sono, assim como, estratégias não farmacológicas para a sua promoção. Foi ainda abordado o conceito de doença, suas complicações e a importância do regime psicofarmacológico.

### ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 11/10/2017**

#### - 3ª Sessão de Terapia Racional Emotiva

Relativamente á sessão anterior e á questão da lavagem da roupa na pensão onde se encontra a residir, questionei o Utente, se tinha falado com a senhoria, “sim, já está tudo resolvido, venho aqui lavar a roupa e ela deixa-me secar lá roupa ás sextas-

feiras... não pago os 10 euros da lavagem da roupa...” (sic Utente).

Utente fala da Mãe, “... as vezes a minha mãe cansava-se comigo, dizia que não sabia a quem eu saia... com o FC foi igual...” (sic Utente). Referi que a Mãe gostava muito dele, e que não era por não ter podido ir ao funeral dela que isso tinha mudado, sorriu e disse “... sim, gostava de mim quase como se eu fosse um bombom na boca dela...” (sic Utente), escreveu frase que associa a situações vivenciadas em criança (Anexo II). Perguntei se não tem ido a Paredes onde viveu com a Mãe “... referiu que no verão foi á casa onde viveu com a Mãe “... fui com a minha irmã que é proprietária, ela só é minha meia irmã... não disse nada ao FC...”, disse-lhe que estavam separados, referiu “... gosto de o por a par das coisas que faco, porque as pessoas vão-lhe contar coisas e ele não gosta...” (sic Utente). Nesta sequência, perguntei-lhe se se importava com o que o FC pensava, “sim, porque ainda gosto dele. Ele agora tem uma migalha no meu coração, como algumas pessoas.” (sic Utente)

Relativamente ao processo de divórcio refere “.... Já falei com o FC e mostrei os papéis do divórcio... já trocamos os anéis... disse-lhe que no dia 11 de fevereiro não se importou que a senhoria me tivesse posto fora de casa, dormi três dias na rua e depois fui para a Betel... ele é um manhoso... diz que está tudo bem entre nós, mas que a partir do divórcio não quer falar mais comigo...” (sic Utente), disse-lhe que provavelmente estava a ser difícil para os dois, referiu “sim... eu sei que ele ainda gosta de mim, mas já não dá... ele já tentou várias vezes o suicídio e eu sei que em parte foi por minha causa... o melhor é mesmo o divorcio... não quero sofrer assim, nem ter ninguém a sofrer por mim...” (sic Utente). Relata ainda que “...no outro dia fui a casa dele, por causa de um boato, em que ele andava com o A e anda aí a contar umas coisas sobre mim que são falsas, disse-lhe parater cuidado com essa pessoa...” (sic Utente), quando questionado do porque dessa urgência em falar se a relação já acabou, referiu “fui tirar satisfações... tolices minhas, tenho ciúmes...” (sic Utente), perguntei se tinha resolvido algo com este episódio “sim, não vale a pena estar-me a consumir...” (sic Utente), no final questionei se já aceitava melhor tudo isto, ao que o Utente respondeu afirmativamente.

Neste sentido, identifiquei com a Utente as crenças irracionais que a fizeram ver as coisas desta forma, assim como as consequências emocionais e comportamentais das interpretações que a Utente fez destes acontecimentos, enunciando e descriminando alternativas racionais.

Refere ainda, relativamente ao padrão de sono “... hoje já dormi seis horas e

ontem 7 horas, até fiquei admirado. Estou mais calmo... limpei o quarto lavei e estendi a roupa e cozinhei... agora só me sinto sozinho um bocado... já não é como dantes..." (sic Utente).

- Psicoeducação

Na primeira parte da Consulta de Enfermagem, foram efectuadas Intervenções breves de psicoeducação, acerca dos sinais e sintomas da doença, promoção do autocuidado e integração dos factores de protecção de forma eficaz (doença, hábitos de vida saudáveis, identificação precoce de factores de risco de recaída).

❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 14/10/2017**

No seguimento do Plano de Intervenção ao Utente, foram programadas 4 sessões de entrevista motivacional.

No início da primeira sessão, foi necessário obter a participação e colaboração do Utente no programa de intervenção, assim como, avaliar e identificar o estadió de prontidão para a mudança em que o Utente se enquadra.

Assim as entrevistas motivacionais, foram programadas e estruturadas no sentido de:

- 1ª Sessão: explorar objetivos futuros da Pessoa. Desta forma pretende-se promover a verbalização de sentimentos e expectativas da Pessoa relativamente a objetivos pessoais futuros.
- 2ª Sessão: evidenciar a discrepância entre o comportamento passado e atual da Pessoa e a concretização dos seus objetivos futuros.
- 3ª Sessão: estabelecer relação entre tratamento para a doença e a concretização dos objetivos pessoais da Pessoa.
- 4ª Sessão: evidenciar a importância do comportamento de adesão ao regime terapêutico como catalisador da realização dos seus objetivos e encerrar a primeira intervenção.

- 1ª Sessão Entrevista Motivacional

Nesta sessão, promovi a reflexão e verbalização dos objetivos pessoais futuros do Utente, reforçando positivamente a sua possível concretização. Incentivei o Utente a considerar que a medicação e a cessação do consumo de álcool, são fundamentais para conseguir alcançar e desenvolver os objetivos a que se propõem. Aparentemente, o Utente encontrava-se no estadio de prontidão para a mudança - contemplação, neste sentido, a minha intervenção consistiu essencialmente em evocar as razões pelas quais deveria mudar o seu comportamento, identificando com o Utente os riscos existentes perante a ausência de mudança da conduta atual com vista a alcançar os objetivos a que se propõem.

Relativamente á questão do consumo de álcool refere “... dantes podia beber, agora não, mas bebo vinho com gasosa... sei parar...”, perguntei se bebe diariamente, “sim, vinho com gasoso ás refeições e cerveja sem álcool... já não bebo bagaço... só de vez em quando e é muito raro... bebo com o estomago cheio... quando tenho dinheiro compro uma garrafa de vinha, quando não tenho, bebo água.” (sic Utente). Quando questionado acerca do porque dos consumos de álcool refere “bebi para esquecer a vida... o desgosto...” (sic Utente), perguntei se achava que beber ajudava a esquecer, “Não, ainda fico pior... aí como anda a minha cabeça...” (sic Utente).

Nesta entrevista, foi abordado o episódio tentativa de suicídio que ocorreu hoje, de acordo com relato do Utente, em que foram aplicadas estratégias de autoinstrução através da identificação e auto- verbalização dos pensamentos/emoções do episódio de fuga:

- Quando se está a preparar para o suicídio – “senti-me angustiado e dividido...” (sic Utente).
- Quando já iniciou a acção – “senti vontade e medo ao mesmo tempo...” (sic Utente)
- Quando já está dominada pela situação – “não me lembro...” (sic Utente)
- Quando reflectiu sobre o que aconteceu “não sei, não aguentei, quis acabar com isto... ainda bem não me aconteceu nada... não estava bem...” (sic Utente).

Relativamente a este episódio, “Tentei hoje o suicídio com comprimidos... já antes fui para alinha do metro... eu tento as coisas e depois não consigo...” (sic Utente), referi que as coisas às vezes não correm como queremos, “Tolices minhas... depois ganhei conforto dos amigos...” (sic Utente). Perguntei se lhe têm passado coisas estranhas pela cabeça, “sim, quase todos os dias...” (sic Utente), quando questionado acerca do conteúdo do pensamento “besteiras que não têm sentido nenhum para a minha vida, nem é bom falar nelas... só quero ficar no meu cantinho, ser responsável pelos meus actos, fazer o que me apetece e ser bom para quem me ajudar” ...” (sic Utente).

- Psicoeducação

Neste contexto, foram efectuadas intervenções breves de psicoeducação de reforço acerca dos sinais, sintomas e complicações da doença, assim como, da promoção de hábitos de sono, e, acerca do tratamento psicofarmacológico, efeitos desejados e efeitos adversos e da sua importância.

- Estimulação cognitiva

No início da sessão, foi efectuado 1 exercício de estimulação cognitiva, no domínio da atenção (exercício de dificuldade baixa). O Utente necessitou de ajuda para a sua realização (Apêndice II).

## ❖ Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 18/10/2017

### - 2ª Sessão Entrevista Motivacional

Na 2ª Sessão, estimei a reflexão acerca do comportamento passado/ atual e dos motivos desencadeantes de acontecimentos recentes, potenciando a verbalização dos projetos pessoais futuros estabelecidos, incentivando a reflexão da discrepância existente entre a concretização dos seus objetivos e o seu comportamento atual. Enfatizei o papel fundamental da adesão ao regime terapêutico como fator imprescindível para a concretização desses mesmos objetivos. Esclareci dúvidas e questões.

Refere “... tenho problemas lá em casa, é só chatices...estou com ideia e tenho luz verde para sair daqui, tentar mais uma vez com um antigo namorado, conheci o A em 2001 numas férias que fui á Holanda, numa noite de verão, juntei-me com ele em 2003 quando fui para lá viver... ele zangou-se comigo por causa de um boato falso... se não ainda estava lá a trabalhar e a viver eternamente...” (sic Utente). Questionei se tem falado com ele, “sim por email, mas agora das últimas vezes ele não responde, não sei o que se passa com ele ou com a mãe. Mas já vi autocarros para Chaves e de lá para Espanha... ele foi para a Holanda há três dias, mas mora em Torino, já volta para lá no mês que vem, ele ainda vive com a Mãe... vou agora juntar dinheiro para estar com ele em junho do ano que vem...” (sic Utente), perguntei se estava a pensar mudar a vida dele por causa deste antigo namorado, “não vou mudar, estive a fazer contas e posso alugar uma casa na Holanda. Quero sair do Porto, se tiver casa na aldeia da minha Mãe fico lá, se não junto dinheiro até junho e depois vou para a Holanda trabalhar nas limpezas e fico lá para sempre” (sic Utente). Perguntei se queria viver na Holanda, “sim, lá tenho mais suporte social. Aqui preciso de apoio para o quarto e para o passe e a minha doutora diz que não tenho direito...” (sic Utente), questionei se achava que lá estaria bem ou melhor do que aqui em Portugal, “sim, tenho lá os amigos de quando trabalhei lá em 2009...” (sic Utente), referi que já tinham passado alguns anos e perguntei se mantinha o contacto, “sim, disseram-me para me aguentar aqui, que me diziam alguma coisa se aparecesse algum trabalho para mim...” (sic Utente). Referi que muita coisa devia estar diferente, “sim, mas se estiver ocupado nas limpezas, fico bem, e não me sinto tao sozinho” (sic

Utente), perguntei se acha, que o que verbaliza é real, “ não, é um projecto que eu tenho, mas ainda estou indeciso...” (sic Utente), perguntei ainda se fugia de algo, “de certas pessoas que me fazem cansar, tenho- me sentido um bocado só e lá pelo menos posso ter um part-time...” (sic Utente), referi que provavelmente lá as memórias iriam permanecer, “sim, mas longe pode ser que não me lembre tanto e consiga ultrapassar melhor este momento. Estou um bocado perturbado” (sic Utente).

Ainda relativamente a esta ideia, referi que estar longe não era solução, “pois não, se calhar vou para a aldeia, fico perto da minha família...” (sic Utente).

Refere ainda “álcool não tenho consumido, ainda bem...” (sic Utente).

#### - Psicoeducação

Neste contexto, foram efectuadas intervenções breves de psicoeducação de reforço acerca do tratamento psicofarmacológico, efeitos desejados e efeitos adversos e da sua importância. Foquei também a promoção da actividade física e do autocuidado.

### ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 23/10/2017**

#### - 3ª Sessão Entrevista Motivacional

Na 3ª sessão, promovi a reflexão crítica, recordando com ao Utente os seus projetos pessoais futuros; as estratégias necessárias a implementar com vista á concretização dos objetivos estabelecidos; equacionando as vantagens/desvantagens da adesão ao regime terapêutico, de forma a promover a ambivalência, através da reflexão autocritica.

Esclareci dúvidas e questões colocadas.

Quando questionado quanto ás vezes refere “... já não ouço isso á dois dias...” (sic Utente).

Refere "... agora estou sozinho, já estou farto de me meter em problemas, depois penso muito, às vezes esquece-me da medicação e crio paranoias na minha cabeça, depois as pessoas dizem-me que me perco e eu não quero..." (sic Utente).

Relativamente à sessão anterior, e na possibilidade de reatar relação com família, perguntei se mantem contacto com eles ou com alguns deles, refere "não, desde 2014 viraram-me as costas, quando vendi a casa à minha meia irmã..." (sic Utente), perguntei se depois desta situação tinha voltado a estar com eles, "não, mas tenho sabido deles por outras pessoas, até vou ter receio de os enfrentar..." (sic Utente). Referi que não precisamos ter receio, e que se pode sempre tentar resolver certas questões, "não sei se fica resolvido, eles queriam a casa... eles estão todos chateados comigo, fiz coisas muito más... fui lá e viraram-me as costas... até parece que gozaram comigo..." (sic Utente), disse que pelo menos a situação ficava esclarecida, "sim, são estas questões que preciso esclarecer..." (sic Utente). Questionei sobre a importância de esclarecer estas questões com a família da parte da Mãe, "sim, preciso falar com eles, depois é que decido a minha vida. Mas para o estrangeiro é péssima ideia, vou reconstruir a minha vida em Sabrosa, tenho lá a família e os amigos..." (sic Utente).

#### - Psicoeducação

Foram efectuadas intervenções breves de psicoeducação de reforço, acerca da importância do tratamento psicofarmacológico e suas características, assim como, a promoção do autocuidado em vários aspectos, no sentido, da integração dos factores de protecção de forma eficaz (doença, hábitos de vida saudáveis).

#### - Estimulação cognitiva

No início da sessão, foi efectuado 2 exercício de estimulação cognitiva, 1 no domínio do raciocínio (exercício de dificuldade baixa), e, outro no domínio da linguagem (exercício de dificuldade baixa). O Utente necessitou de ajuda para a sua realização (Apêndice II).

## ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 27/10/2017**

### - 4ª Sessão Entrevista Motivacional

Nesta sessão, explorei e enfatizei a importância da mudança de comportamento no sentido da concretização dos seus objectivos.

Utente, refere espontaneamente, estar a tomar medicação, e estar a dormir bem. Refere que tem bebido sumo e água, e cerveja sem álcool, no entanto, diz que às vezes bebe cerveja com álcool traçada com gasosa, mais gasosa do que cerveja, mas que é raro.

Utente relata ainda, “estou aborrecido, tenho andado assim um bocado estranho” (sic Utente), questionei acerca das actividades que realiza em casa e nos tempos livres, o Utente descreveu as rotinas alimentares, de actividade física (caminhar diariamente durante o dia e depois do jantar), limpeza do quarto, etc., refere “ando tao cansado” (sic Utente). Perguntei do que é que sentia falta, “de um ombro amigo, eu tenho, mas cada um tem a sua vida” (sic Utente); perguntei ainda se era difícil ter amigos, “sim, amigo só o FC, estamos separados, o resto é tudo desconhecidos... faz-me bem falar consigo, tenho algumas ideias, mas muitas do passado, as vezes não sei o que é melhor para mim, nem o que fazer da vida... só quero estar bem e que o FC também esteja bem” (sic Utente).

### - Psicoeducação

Foram efectuadas intervenções breves de psicoeducação de reforço, acerca da importância do tratamento psicofarmacológico, da integração dos factores de protecção de forma eficaz (doença, hábitos de vida saudáveis, identificação precoce de factores de risco de recaída).

#### ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 02/11/2017**

##### - Psicoeducação

Foram efectuadas intervenções breves de psicoeducação de reforço, acerca da importância do tratamento não farmacológico aliado á promoção do autocuidado.

Hoje, o Utente referiu, “... sabe, tenho estas crises no rebentar da folha e quando cai, já sei... depende do que estiver a fazer na altura...” (sic Utente).

#### ❖ **Intervenções de Enfermagem realizadas no dia 03/11/2017**

##### - Psicoeducação

Foi efectuada intervenção breve de psicoeducação acerca da vigilância de saúde/consultas.

##### - Estimulação cognitiva

No início da sessão, foi efectuado 2 exercício de estimulação cognitiva, 1 no domínio da atenção (exercício de dificuldade baixa), e, outro no domínio da linguagem (exercício de dificuldade baixa). Ainda se denotam dificuldades da execução dos exercícios. (Apêndice II)

O exercício no domínio da atenção, implicava um labirinto, o objectivo era encontrar a saída. Depois do exercício realizado, perguntei ao Utente se tinha conseguido sair do labirinto, “sim” (sic Utente), referi que na vida também era assim, ao que o Utente respondeu “pois é...” (sic Utente).

Foram reavaliados os indicadores Noc anteriormente utilizados, assim como o nível de autoestima (Apêndice I).



### **3- Discussão**

De acordo com a reavaliação dos instrumentos, assim como, da reflexão a nível das mudanças cognitivo comportamentais expressas e/ou verbalizadas, em parte já descritas anteriormente, O Utente encontra-se mais estruturado, evidenciando-se, um aumento na sua capacidade de funcional. O que expressa um aumento, nomeadamente de recursos internos necessários á diminuição de sintomas positivos da doença, e, uma maior capacidade de execução e adequação da gestão do regime terapêutico.

#### **❖ Indicadores Noc**

##### **- Indicadores Noc – Equilíbrio do Humor**

Apresenta evolução em todos os parâmetros, nomeadamente nos afectos, controlo dos impulsos, fadiga, forma do pensamento, concentração, adesão / gestão do regime terapêutico e interesse pelo que a rodeia. Não refere ideação suicida.

##### **-Indicadores Noc – Autocontrolo: Ansiedade**

Apresenta evolução no desempenho, no uso de técnicas de relaxamento, controlo da resposta á ansiedade, concentração, sono, diminuição dos estímulos do meio envolvente e coping;

##### **- Indicadores Noc – Autocontrolo: Impulso**

Apresenta evolução em todos os parâmetros, nomeadamente, na identificação de comportamentos impulsivos prejudiciais, e, na identificação de comportamentos e sentimentos que conduzem a acções impulsivas;

##### **- Indicadores Noc – Autocontrolo: Distorção do Pensamento**

Evolução na demonstração de comportamentos congruentes, com uma interpretação correcta do meio exibição de pensamento baseado na realidade, questiona algumas vezes para validação da realidade

- Indicadores Noc – Autocontrolo: Suicídio

Evolução na capacidade de lidar de forma positiva com as formas e conteúdos do pensamento. Denota-se vontade de reatar contactos de relacionamentos com Família e amigos. Pede ajuda quando toma consciência de emoções e pensamentos autodestrutivos.

❖ Escala de Autoestima de Rosenberg

Autoestima em grau elevado.

❖ Questionário de Avaliação do Risco da Não-Adesão ao Regime Terapêutico

Evolução positiva nos domínios da cognição, fadiga, ansiedade, consumo de álcool e tabaco. Denota-se ainda, maior uso dos recursos da comunidade, assim como, um aumento da capacidade de gestão do regime terapêutico e conseqüentemente da funcionalidade do Utente.

❖ Escala Autoavaliação Ansiedade de Hamilton

Ansiedade em grau moderado.

#### **4- Conclusão**

Este Estudo de Caso contribuiu muito, para a minha evolução profissional, na medida em que me permitiu a aquisição de novas competências, assim como, o desenvolvimento de competências já adquiridas.

Permitiu-me a aquisição de novos conhecimentos, assim como, o aprofundamento dos já adquiridos, através da extensa pesquisa bibliográfica que efectuei para dar resposta às necessidades em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que identifiquei nesta Utente, aplicação dos mesmos e respectiva reflexão crítica.



## 5- Bibliografia

- Lei de Base da Saúde; 2 - Lei da Saúde Mental;
  
- Figueira, L. M., Sampaio, D., Afonso, P. (2017). Manual de Psiquiatria Clínica, de acordo com o DSM-5. LIDEL;
  
- Gonçalves, Ó. (2014). Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas. Edições Afrontamento, Biblioteca das Ciências do Homem;
  
- Scielo (2011). Insight napsicose: uma análise conceitual. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, vol.60, n. 2. Rio de Janeiro;  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004720852011000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852011000200009)
  
- Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência. Lusociência;
  
- Navarro, A. (2015). Treine o seu cérebro II. Self;
  
- Soares, V. C. (2016). Exercite o seu Cérebro. Manuscrito;
  
- Phaneuf, M (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência;
  
- Universidade Católica Portuguesa (2016/2017). Apontamentos fornecidos nas aulas do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Porto.
  
- OE (2012). Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, Série 11, número 4.



# Apêndices



## **Apêndice I**

Instrumentos de avaliação de Enfermagem - Mini Mental Examination (MMSE), Avaliação do Estado Mental (avaliação inicial e avaliação final), Escala de Auto Estima de Rosenberg (avaliação inicial e avaliação final) e Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Hamilton (avaliação inicial e avaliação final), Questionário de Avaliação do Risco da Não-Adesão ao Regime Terapêutico (avaliação inicial e avaliação final).  
Indicadores Noc de avaliação inicial e final



## ✓ Mini Mental Examination (MMSE)

**Mini Mental State Examination (MMSE)**

**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? 2017  
Em que mês estamos? setembro  
Em que dia do mês estamos? 29  
Em que dia da semana estamos? sábado  
Em que estação do ano estamos? outono

Nota: 10

Em que país estamos? portugal  
Em que distrito vive? porto  
Em que terra vive? st. avelar  
Em que casa estamos? espaço pessoal  
Em que andar estamos? 3º

Nota: \_\_\_\_\_

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

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

Pêra ✓  
Gato ✓  
Bola ✓

Nota: 3

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

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

27 - 24 - 21 - 18 - 15

Nota: 5

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

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

Pêra ✓  
Gato ✓  
Bola ✓

Nota: 3

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




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

Relógio ✓  
Lápis ✓


Nota: 2

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

Nota: 1

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

Nota: 3

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

Nota: 1

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

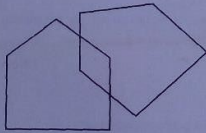
Frase:

*O Azul é o céu.  
fezera um pequenitiqui & bonu.*

Nota: 0

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

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



Cópia:



Nota: 1

TOTAL (Máximo 30 pontos): 29

Considera-se com defeito cognitivo:

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

nn 30/09/2017

✓ Avaliação do Estado Mental - avaliação inicial

Nome: 911 D.N. 11/02/1974

**I - Aspecto Geral**

Apresentação: Comprometida  Não Comprometida   
 Autocuidado: Higiene Pessoal: Comprometida  Não Comprometida   
 Vestuário: Adequado  Não Adequado

Obs.:

Expressão Facial: Triste  Expressiva  Inexpressiva   
 Hiponímica  Hipernímica  Risos imotivados

Obs.:

Contacto Visual: Mantem contacto visual  Mantem contacto c/ olhar fixo   
 Evita contacto c/ olhar  Olha inesperadamente noutras direcções

Obs.:

Motricidade/ Padrão de mobilidade: Comprometida  Não Comprometida   
 Inquieto  Agitado  Estupuroso   
 Lento  Estático   
 Hiperactivo  Apático

Atitude: Colaborante Activo  Colaborante Passivo  Não Colaborante

Obs.:

**II - Funções Cognitivas**

Orientação: Comprometida  Não Comprometida   
 Autopsíquica  Heteropsíquica

Obs.:

Atenção: Comprometida  Não Comprometida   
 Captável/ Sustentável  Flutuante  Desorientação

Obs.:

Percepção: Comprometida  Não Comprometida   
 Correcta  Ilusória  Pseudoalucinação  Alucinação

Obs.: Alucinações Aditivas

Nível Clareza Consciência: Comprometida  Não Comprometida   
 Atento  Clara/vigil  Hipomania  Mania  Hiperlúcido   
 Obnubilada  Confusa  Estuporosa  Comatosa

Obs.:

Discurso: Comprometido  Não Comprometido   
 Fluxo: Fluente  Pouco Fluente  Escasso  Entrecortado  Pegajoso   
 Temática: Adequado  Inadequado  Descritivo  Excertos   
 Construção: Coerente  Incoerente  Saltos  Repetições   
 Circunstancialidades  Boa Organização  Má Organização

Obs.:

Nome: fm

D.N. 11/02/1976

Linguagem: Comprometida  Não Comprometida

Velocidade: Lentificação  Loquacidade

Qualidade: Gagaz  Mutismo  Disfonia  Coprolália  Incoerente   
Repetição Palavras/sons

Obs.:

Pensamento: Comprometido  Não Comprometido

Curso e Forma: Bloqueios  Desconexão  Fuga de Ideias   
Roubo do Pensamento

Conteúdo: Ideias Prevalentes  Sobrevalorizadas   
Ideias Delirantes  Ideias Obsessivas   
Pensamento Lógico  Pensamento Mágico   
Adequação de Juízo

Obs.: ideias delirantes de conteúdo persecutório

Memória: Comprometida  Não Comprometida

Conservação e Evocação: Factos pessoais Recentes   
Factos Pessoais Remotos   
Factos Conhecimento Publico

Aquisição: História Breve  Fixação de Pares de Palavras   
Fixação de Dígitos  Fixação de Nome   
Fixação de Endereço

Localização: Acontecimentos Familiares

Reconhecimento: "recordar = passar outra vez pelo coração"  
Confabulação  Paramnésias

Obs.:

### III - Afectividade

Humor: Eutímio  Eufórico  Disfórico  Lábil  Irritável   
Exaltado  Expansivo  Êxtase  Deprimido

Obs.:

Nome: TH

D.N. 11/02/1974

#### IV - Actividade

Psicomotricidade: Inquietação  Agitação  Lentificação   
Tiques  Esteriotipias  Maneirismos

#### Actividade Actual:

Segurança/ Violência: Comprometida  Não Comprometida   
Ideação Suicida  Automutilação   
Agressão a Terceiros  Ideias de Morte

Sono: Comprometido  Não Comprometido   
Insónia Inicial  Insónia intermédia/final   
Insónia Total  Hipersónia

Interação Social: Comprometida  Não Comprometido

Obs.: \_\_\_\_\_

Data: 20/09/2017

Enfermeiro (a): José de Fátima



✓ Avaliação do Estado Mental - avaliação final

Nome: nn D.N. 11 100 11974

**I - Aspecto Geral**

Apresentação: Comprometida  Não Comprometida   
 Autocuidado: Higiene Pessoal: Comprometida  Não Comprometida   
 Vestuário: Adequado  Não Adequado

Obs.:

Expressão Facial: Triste  Expressiva  Inexpressiva   
 Hiponímica  Hipernímica  Risos imotivados

Obs.:

Contacto Visual: Mantem contacto visual  Mantem contacto c/ olhar fixo   
 Evita contacto c/ olhar  Olha inesperadamente noutras direcções

Obs.:

Motricidade/ Padrão de mobilidade: Comprometida  Não Comprometida   
 Inquieto  Agitado  Estupuroso   
 Lento  Estático   
 Hiperactivo  Apático

Atitude: Colaborante Activo  Colaborante Passivo  Não Colaborante

Obs.:

**II - Funções Cognitivas**

Orientação: Comprometida  Não Comprometida   
 Autopsíquica  Heteropsíquica

Obs.:

Atenção: Comprometida  Não Comprometida   
 Captável/ Sustentável  Flutuante  Desorientação

Obs.:

Percepção: Comprometida  Não Comprometida   
 Correcta  Ilusória  Pseudoalucinação  Alucinação

Obs.:

Nível Clareza Consciência: Comprometida  Não Comprometida   
 Atento  Clara/vigil  Hipomania  Mania  Hiperlúcido   
 Obnubilada  Confusa  Estuporosa  Comatosa

Obs.:

Discurso: Comprometido  Não Comprometido   
 Fluxo: Fluente  Pouco Fluente  Escasso  Entrecortado  Pegajoso   
 Temática: Adequado  Inadequado  Descritivo  Excertos   
 Construção: Coerente  Incoerente  Saltos  Repetições   
 Circunstancialidades  Boa Organização  Má Organização

Obs.:

Nome: Ph D.N. 11021997

Linguagem: Comprometida  Não Comprometida

Velocidade: Lentificação  Loquacidade

Qualidade: Gaguez  Mutismo  Disfonia  Coprolália  Incoerente   
Repetição Palavras/sons

Obs.:

Pensamento: Comprometido  Não Comprometido

Curso e Forma: Bloqueios  Desconexão  Fuga de Ideias   
Roubo do Pensamento

Conteúdo: Ideias Prevalentes  Sobrevalorizadas   
Ideias Delirantes  Ideias Obsessivas   
Pensamento Lógico  Pensamento Mágico   
Adequação de Juízo

Obs.:

Memória: Comprometida  Não Comprometida

Conservação e Evocação: Factos pessoais Recentes   
Factos Pessoais Remotos   
Factos Conhecimento Publico

Aquisição: História Breve  Fixação de Pares de Palavras   
Fixação de Dígitos  Fixação de Nome   
Fixação de Endereço

Localização: Acontecimentos Familiares

Reconhecimento: "recordar = passar outra vez pelo coração"  
Confabulação  Paramnésias

Obs.:

**III - Afectividade**

Humor: Eutímio  Eufórico  Disfórico  Lábil  Irritável   
Exaltado  Expansivo  Êxtase  Deprimido

Obs.:

Nome: PH

D.N. 11/02/1976

**IV - Actividade**

Psicomotricidade: Inquietação  Agitação  Lentificação   
Tiques  Esteriotipias  Maneirismos

**Actividade Actual:**

Segurança/ Violência: Comprometida  Não Comprometida   
Ideação Suicida  Automutilação   
Agressão a Terceiros  Ideias de Morte

Sono: Comprometido  Não Comprometido   
Insónia Inicial  Insónia intermédia/Final   
Insónia Total  Hipersónia

Interação Social: Comprometida  Não Comprometido

Obs.: \_\_\_\_\_

Data: 08/11/2017

Enfermeiro (a): smck Fernandes



✓ Escala de Auto Estima de Rosenberg - avaliação inicial

**Escala de Auto-estima de Rosenberg**  
(proposta de tradução de Almeida Q. Martins)

Nome: 791 Idade: 43

Este é um questionário pequeno ao qual lhe vou pedir que responda. Por favor, leia calmamente cada frase. Peça-lhe que me dê a resposta que mais se assemelha à opinião que tem de si próprio para cada um das frases, assinalando, para isso, o quadro correspondente.

LEIA CALMAMENTE CADA FRASE ANTES DE FAZER A SUA ESCOLHA

	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
1. No geral, estou satisfeito comigo próprio		X		
2. Às vezes penso que não valho nada.	X			
3. Sinto que tenho certas qualidades positivas.		X		
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas		X		
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhe.		X		
6. Às vezes sinto-me mesmo inútil.	X			
Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos a um nível igual ao das outras pessoas.		X		
8. Desejava ter mais respeito por mim próprio.		X		
9. Em tudo o que faço, tendo a sentir que sou um falhanço.			X	
10. Tenho uma atitude positiva para comigo.		X		

AValiação: Auto-estima baixa (24) DATA: 03/10/2017

TÉCNICO: Enf. Janelle Fernandes

### Status da Escala de Auto-estima de Rosenberg

30-40 Pontos = Auto-estima elevada, considerada como um nível de auto-estima normais.

26-29 Pontos = Auto-estima moderada. Este nível indica que não há problema de auto-estima grave mas que deverá ser melhorada.

Menos de 25 Pontos = Auto-estima baixa. Indica que há problemas de auto-estima significativos.

#### GRELHA DE CORRECÇÃO:

	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
Questão 1	4	3	2	1
Questão 2	1	2	3	4
Questão 3	4	3	2	1
Questão 4	4	3	2	1
Questão 5	1	2	3	4
Questão 6	1	2	3	4
Questão 7	4	3	2	1
Questão 8	1	2	3	4
Questão 9	1	2	3	4
Questão 10	4	3	2	1

### AVALIE A SUA AUTO-ESTIMA

Leia com atenção as afirmações seguintes e coloque a sigla que melhor traduz a forma como se sente em relação a cada uma delas.

1. (C) No geral, estou satisfeito comigo mesmo.
2. (CT) Às vezes acho que não tenho nenhum valor.
3. (C) Acho que tenho um certo número de boas qualidades.
4. (C) Sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.
5. (C) Sinto que não tenho muito do que me orgulhar.
6. (CT) Não há dúvida de que eu, às vezes, me sinto inútil.
7. (C) Eu me sinto uma pessoa de valor, ao menos Tanto quanto os outros.
8. (C) Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo.
9. (NC) Considerando-se tudo, tendo a me sentir uma farsa.
10. (C) Minha opinião sobre mim é positiva.

- > CT - Concordo totalmente;
- > C - Concordo;
- > NC - Não concordo;
- > NCM - Não concordo mesmo.

Obrigada pela colaboração.

Doente: nm Diagnóstico: psicose tóxica

Enfermeiro: Janilda Fernandes Data: 03/10/2017



✓ Escala de Auto Estima de Rosenberg - avaliação final

**Escala de Auto-estima de Rosenberg**  
(proposta de tradução de Almeida Q. Martins)

Nome: TH Idade: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Este é um questionário pequeno ao qual lhe vou pedir que responda. Por favor, leia calmamente cada frase. Peça-lhe que me dê a resposta que mais se assemelha à opinião que tem de si próprio para cada um das frases, assinalando, para isso, o quadro correspondente.

LEIA CALMAMENTE CADA FRASE ANTES DE FAZER A SUA ESCOLHA

	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
1. No geral, estou satisfeito comigo próprio		x		
2. Às vezes penso que não valho nada.			x	
3. Sinto que tenho certas qualidades positivas.		x		
4. Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas	x			
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhe.			x	
6. Às vezes sinto-me mesmo inútil.		x		
Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos a um nível igual ao das outras pessoas.		x		
8. Desejava ter mais respeito por mim próprio.			x	
9. Em tudo o que faço, tendo a sentir que sou um falhanço.				x
10. Tenho uma atitude positiva para comigo.	x			

AValiação: Auto-estima em grupo de estudo DATA: 03/11/2017  
(32)

TÉCNICO: Ena de Almeida

## Status da Escala de Auto-estima de Rosenberg

30-40 Pontos = Auto-estima elevada, considerada como um nível de auto-estima normais.

26-29 Pontos = Auto-estima moderada. Este nível indica que não há problema de auto-estima grave mas que deverá ser melhorada.

Menos de 25 Pontos = Auto-estima baixa. Indica que há problemas de auto-estima significativos.

### GRELHA DE CORRECÇÃO:

	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
Questão 1	4	3	2	1
Questão 2	1	2	3	4
Questão 3	4	3	2	1
Questão 4	4	3	2	1
Questão 5	1	2	3	4
Questão 6	1	2	3	4
Questão 7	4	3	2	1
Questão 8	1	2	3	4
Questão 9	1	2	3	4
Questão 10	4	3	2	1

✓ Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Hamilton – avaliação inicial

**ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE HAMILTON**

NOME: TTT GÉNERO: M IDADE: 43

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO MÉDICO: psicose orgânica

Leia com atenção as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas assinale com um (X) no quadro respectivo, aquilo que constitua a descrição mais aproximada à sua situação actual.

	Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Quase Sempre	Sempre
1 – Pressinto que me vais acontecer uma coisa má. Ando preocupado, irritável.				X	
2 – Sinto-me inquieto e não consigo relaxar-me. Canso-me facilmente. Sobressalto-me. Tremo. Choro com facilidade.				X	
3 – Tenho medo do escuro, de estar sozinho, das pessoas desconhecidas, dos animais, do trânsito, da multidão.		X			
4 – Tenho dificuldade em conciliar o sono. Acordo várias vezes durante a noite. Levanto-me cansado e com a sensação de ter dormido mal. Tenho pesadelos e terrores nocturnos.				X	
5 – Tenho má memória. Tenho dificuldade em me concentrar.		X			
6 – Não tenho interesse pelo que me rodeia. As distrações não me dão prazer. Ando triste. Acordo cedo e não consigo dormir mais. Adormeço durante o dia e não durmo de noite.			X		
7 – Tenho dores musculares, (espasmos, câibras, contracções, rigidez). Rangem-me os dentes. Tenho a voz pouco firme e insegura.			X		

	Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Quase Sempre	Sempre
8 - Tenho zumbidos nos ouvidos. Tolda-se-me a vista. Sinto baforadas de calor ou arrepios de frio. Tenho picadas e uma sensação de fraqueza.		✓			
9 - Sinto que o meu coração está mais acelerado. Tenho palpitações, dores no peito, sinto-me a pulsar a latejar muito. O meu coração muda de ritmo, sinto que vou desmaiar.			✓		
10 - Sofro de sufocação e falta de ar. Preciso de suspirar. Sinto um peso no peito.		✓			
11 - Tenho dificuldade em engolir. Sinto ardor ou peso no estômago. Tenho náuseas e vômitos. Acho que perdi peso. Tenho dores abdominais. Tenho fezes moles ou ando obstipado. Tenho ruídos nos intestinos.		✓			
12 - Tenho uma necessidade imperiosa de urinar muitas vezes ao dia, urinando pouco de cada vez. Faltam-me as menstruações ou são pouco abundantes. Não tenho interesse pelo sexo. Não sinto nada durante as relações sexuais. Perdi a potência.	✓				
13 - Sinto a boca seca; coro e empalideço com facilidade; sudo abundantemente. Noto que me enjoa e que fico com a comida às voltas. Tenho uma dor surda e permanente na cabeça. Põem-se-me os pêlos em pé.			✓		
14 - Senti-me desconfortável, inquieto, tenso e impaciente, contraído, trémulo, com dificuldade em respirar, com necessidade de engolir a saliva, suor nas mãos e o pulso acelerado ao responder a estas perguntas.		✓			

DATA: 08/10/17 TURNO: \_\_\_\_\_ ENFERMEIRO(A): Priscila Fernandes

**AVALIAÇÃO:**

As respostas pontuam da seguinte maneira:

Frequência	Pontos
Nunca	0
Às Vezes	1
Bastantes vezes	2
Quase sempre	3
Sempre	4

RESULTADOS: 23

Menos de 9 pontos = nível de ansiedade baixo ou nulo;  
Entre 9 e 17 pontos = nível de ansiedade moderado;  
→ Entre 17 e 25 pontos = nível de ansiedade elevada;  
Mais de 25 pontos = nível de ansiedade muito elevada.

DIMENSÕES	QUESTÕES
Ansiedade psíquica	1,2,3,4,5,6 e 14
Ansiedade somática	7,8,9,10,11,12 e 13



✓ Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Hamilton - avaliação final

ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE HAMILTON

NOME: DD GÉNERO: M IDADE: 43

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO MÉDICO: psicose tóxica

Leia com atenção as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas assinale com um (X) no quadro respectivo, aquilo que constitua a descrição mais aproximada à sua situação actual.

	Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Quase Sempre	Sempre
1 – Pressinto que me vais acontecer uma coisa má. Ando preocupado, irritável.	X				
2 – Sinto-me inquieto e não consigo relaxar-me. Canso-me facilmente. Sobressalto-me. Tremo. Choro com facilidade.		X			
3 – Tenho medo do escuro, de estar sozinho, das pessoas desconhecidas, dos animais, do trânsito, da multidão.	X				
4 – Tenho dificuldade em conciliar o sono. Acordo várias vezes durante a noite. Levanto-me cansado e com a sensação de ter dormido mal. Tenho pesadelos e terrores nocturnos.		X			
5 – Tenho má memória. Tenho dificuldade em me concentrar.		X			
6 – Não tenho interesse pelo que me rodeia. As distrações não me dão prazer. Ando triste. Acordo cedo e não consigo dormir mais. Adormeço durante o dia e não durmo de noite.	X				
7 – Tenho dores musculares, (espasmos, câibras, contracções, rigidez). Rangem-me os dentes. Tenho a voz pouco firme e insegura.			X		

	Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Quase Sempre	Sempre
8 – Tenho zumbidos nos ouvidos. Tolda-se-me a vista. Sinto baforadas de calor ou arrepios de frio. Tenho picadas e uma sensação de fraqueza.	2				
9 – Sinto que o meu coração está mais acelerado. Tenho palpitações, dores no peito, sinto-me a pulsar a latejar muito. O meu coração muda de ritmo, sinto que vou desmaiar.		2			
10 – Sofro de sufocação e falta de ar. Preciso de suspirar. Sinto um peso no peito.		2			
11 – Tenho dificuldade em engolir. Sinto ardor ou peso no estômago. Tenho náuseas e vômitos. Acho que perdi peso. Tenho dores abdominais. Tenho fezes moles ou ando obstipado. Tenho ruídos nos intestinos.		2			
12 – Tenho uma necessidade imperiosa de urinar muitas vezes ao dia, urinando pouco de cada vez. Faltam-me as menstruações ou são pouco abundantes. Não tenho interesse pelo sexo. Não sinto nada durante as relações sexuais. Perdi a potência.	2				
13 – Sinto a boca seca; coro e empalideço com facilidade; sudo abundantemente. Noto que me enjoa e que fico com a comida às voltas. Tenho uma dor surda e permanente na cabeça. Põem-se-me os pêlos em pé.		2			
14 – Senti-me desconfortável, inquieto, tenso e impaciente, contraído, trémulo, com dificuldade em respirar, com necessidade de engolir a saliva, suor nas mãos e o pulso acelerado ao responder a estas perguntas.		2			

DATA: 03/11/2017 TURNO: \_\_\_\_\_ ENFERMEIRO(A): Daniela F.

**AVALIAÇÃO:**

As respostas pontuam da seguinte maneira:

Frequência	Pontos
Nunca	0
Às Vezes	1
Bastantes vezes	2
Quase sempre	3
Sempre	4

**RESULTADOS:** 10

- Menos de 9 pontos = nível de ansiedade baixo ou nulo;  
Entre 9 e 17 pontos = nível de ansiedade moderado;  
Entre 17 e 25 pontos = nível de ansiedade elevada;  
Mais de 25 pontos = nível de ansiedade muito elevada.

DIMENSÕES	QUESTÕES
Ansiedade psíquica	1,2,3,4,5,6 e 14
Ansiedade somática	7,8,9,10,11,12 e 13



✓ Questionário de Avaliação do Risco da Não-Adesão ao Regime Terapêutico - avaliação inicial

**Questionário de Avaliação do risco de Não adesão ao Regime Terapêutico**

Data: 3/10/2012 Enfermeiro (a) Daniela Fernandes

Nome do Utente: B17

Atitude da Família/Grupo significativo	O que acha que a Família/grupo significativo pensa do seu diagnóstico? Aceita <input checked="" type="checkbox"/> Indiferença <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>
Apoio social	Tem Pessoas/Grupos significativos na sua vida, que o apoiam e/ou estão disponíveis para si? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Analfabetismo	Sabe ler? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tem dificuldade em ler instruções ou informações dadas pelos Técnicos de saúde? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Crenças de saúde	O que acha que o beneficia mais (de acordo com os sintomas referidos), a medicação, alimentação, o exercício físico, psicoterapias... <u>psicoterapias</u> Já tomou outros medicamentos que na sua opinião foram mais eficazes que o tratamento prescrito? <u>Não</u>
Estigma	Mantém a sua doença e/ou tratamento em segredo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Preocupa-se que haja consequências negativas se outros descobrirem acerca da sua doença e/ou tratamento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Força de Vontade (volição)	Tem alguma questão que afecte a sua capacidade de fazer a actividade necessária para levar a cabo o seu regime terapêutico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> <u>As vezes não muito pensada e não me apetece fazer nada.</u>

Daniela Filipa Costa Fernandes Estágio, Módulo III – Espaço Pessoa  
No âmbito do Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa

Mobilidade (compromisso musculoesquelético/musculo-articular)	<p>Tem alguma dificuldade em abrir frascos, desloca-se?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Tem dores que interferem com o cumprimento do seu regime terapêutico?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/></p>
Cognição	<p>Há algo que o impeça de seguir o seu regime de tratamento?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Esquece-se de onde está e do que está a fazer?</p> <p>Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Tem dificuldade em lembrar-se das coisas?</p> <p>Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>
Percepção	<p>Ouve vozes/vê coisas que os outros não ouvem/veem?</p> <p>Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Estas vozes/visões, interferem na toma da medicação e/ou na capacidade de seguir o tratamento?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><i>Sim em vozes antes</i></p>
Déficé Sensorial	<p>Tem dificuldade de:</p> <p>Visão: sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Audição: sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Paladar: sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Olfacto: sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Toque: sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/></p>
Negação	<p>É da opinião de que esta doente ou que necessita de ajuda dos Profissionais de Saúde?</p> <p>Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Concorda com o diagnóstico médico?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/></p>
Fadiga	<p>É costume sentir-se demasiado cansado para tomar a medicação, fazer exercício físico, preparar refeições ou ir às consultas médicas?</p> <p>Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>
Ansiedade	<p>É costume sentir-se tao tenso ou nervoso que não consegue tomar a medicação, tomar decisões ou comparecer nas consultas marcadas?</p> <p>Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>
Medo	<p>Há alguma coisa que o assuste em relação à sua doença ou ao tratamento?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>Daniela Filipa Costa Fernandes      Estágio, Módulo III – Espaço Pessoa</p> <p>No âmbito do Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa</p>	

Falta de Esperança	<p>Sente-se subjogado pela doença e/ou pelo tratamento? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Acha que é impossível gerir a sua situação? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Apetece-lhe desistir? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p>
Consumo álcool, drogas, tabaco	<p>Consome álcool para tratar e/ou reduzir os sintomas da doença? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p> <p>Consome algum tipo de droga? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Fuma? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p>
Regime de tratamento complexo	<p>Toma mais de cinco medicamentos diferentes? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Tem prescrição de medicação de mais de duas tomas por dia? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p>
Efeitos secundários da medicação	<p>Sente os efeitos secundários da medicação? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Os efeitos secundários da medicação fazem com que queira parar de tomar a medicação? Sim ___ Não ___</p>
Capacidade de adequação/ajustamento	<p>De que forma é que o cumprimento do regime terapêutico se enquadra no seu estilo de vida? Adequado ___ Não Adequado <input checked="" type="checkbox"/></p>



✓ Questionário de Avaliação do Risco da Não-Adesão ao Regime Terapêutico - avaliação final

Mobilidade (compromisso musculoesquelético/musculo-articular)	<p>Tem alguma dificuldade em abrir frascos, deslocar-se? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Tem dores que interferem com o cumprimento do seu regime terapêutico? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p>
Cognição	<p>Há algo que o impeça de seguir o seu regime de tratamento? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Esquece-se de onde está e do que está a fazer? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Tem dificuldade em lembrar-se das coisas? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p>
Percepção	<p>Ouve vozes/vê coisas que os outros não ouvem/veem? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p> <p>Estas vozes/visões, interferem na toma da medicação e/ou na capacidade de seguir o tratamento? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/> Não há</p>
Déficé Sensorial	<p>Tem dificuldade de: Visão: sim ___ não <input checked="" type="checkbox"/>          Audição: sim ___ não <input checked="" type="checkbox"/>          Paladar: sim ___ não <input checked="" type="checkbox"/>          Olfacto: sim ___ não <input checked="" type="checkbox"/>          Toque: sim ___ não <input checked="" type="checkbox"/></p>
Negação	<p>É da opinião de que esta doente ou que necessita de ajuda dos Profissionais de Saúde? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___</p> <p>Concorda com o diagnóstico médico? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/> se</p>
Fadiga	<p>É costume sentir-se demasiado cansado para tomar a medicação, fazer exercício físico, preparar refeições ou ir às consultas médicas? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___ As vezes</p>
Ansiedade	<p>É costume sentir-se tao tenso ou nervoso que não consegue tomar a medicação, tomar decisões ou comparecer nas consultas marcadas? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___ As vezes</p>
Medo	<p>Há alguma coisa que o assuste em relação á sua doença ou ao tratamento? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>Daniela Filipa Costa Fernandes Estágio, Módulo III – Espaço Pessoa          No âmbito do Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa</p>	

Falta de Esperança	Sente-se subjugado pela doença e/ou pelo tratamento? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/>
	Acha que é impossível gerir a sua situação? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/>
	Apetece-lhe desistir? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___
Consumo álcool, drogas, tabaco	Consumo álcool para tratar e/ou reduzir os sintomas da doença? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___
	Consumo algum tipo de droga? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/>
	Fuma? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___
Regime de tratamento complexo	Toma mais de cinco medicamentos diferentes? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/>
	Tem prescrição de medicação de mais de duas tomas por dia? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ___
Efeitos secundários da medicação	Sente os efeitos secundários da medicação? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/>
	Os efeitos secundários da medicação fazem com que queira parar de tomar a medicação? Sim ___ Não <input checked="" type="checkbox"/>
Capacidade de adequação/ajustamento	De que forma é que o cumprimento do regime terapêutico se enquadra no seu estilo de vida? Adequado <input checked="" type="checkbox"/> Não Adequado ___

Daniela Filipa Costa Fernandes

Estágio, Módulo III – Espaço Pessoa

No âmbito do Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa

## Indicador NOC: Equilíbrio do Humor - avaliação inicial

**Indicadores NOC – Equilíbrio do Humor**

Nome: TT  
30/09/2017

Equilíbrio do Humor	Nunca Demonstra	Raramente Demonstra	Demonstra Algumas Vezes	Demonstra Muitas Vezes	Demonstra Sempre
<b>Indicadores:</b>					
Demonstra afectos adequados	1	2	3	4	5
Não demonstra labilidade emocional	1	2	3	4	5
Demonstra controlo sobre os impulsos	1	2	3	4	5
Apresenta sono adequado (5 a 24h)	1	2	3	4	5
Demonstra concentração	1	2	3	4	5
Fala com respeito	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de fuga de ideias	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de grandiosidade	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de euforia	1	2	3	4	5
Demonstra cuidados de higiene apropriados	1	2	3	4	5
Veste roupas adequadas às circunstâncias	1	2	3	4	5
Mantém peso estável	1	2	3	4	5
Apresenta apetite normal	1	2	3	4	5
Apresenta adesão ao regime terapêutico	1	2	3	4	5
Mostra interesse por aquilo que o rodeia	1	2	3	4	5
Ausência de ideação suicida	1	2	3	4	5
Apresenta níveis de energia adequados	1	2	3	4	5
<b>Equilíbrio do Humor</b>	<b>Nunca Demonstra</b>	<b>Raramente Demonstra</b>	<b>Demonstra Algumas Vezes</b>	<b>Demonstra Muitas Vezes</b>	<b>Demonstra Sempre</b>
Apresenta capacidade para cumprir as tarefas	1	2	3	4	5

diárias					
Outro _____ (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
Alterações significativas, nomeadamente, nos afectos controlo dos impulsos, concentração, adesão e gestão do regime terapêutico e interesse pelo que o rodeia. Apresenta ideação suicida, falta de ideias e fadiga.		Jenilda F.

✓ Indicador NOC: Equilíbrio do Humor - avaliação final

**Indicadores NOC – Equilíbrio do Humor**

Nome: TTT 03/11/2017

Equilíbrio do Humor	Nunca Demonstra	Raramente Demonstra	Demonstra Algumas Vezes	Demonstra Muitas Vezes	Demonstra Sempre
<b>Indicadores:</b>					
Demonstra afectos adequados	1	2	3	4	5
Não demonstra labilidade emocional	1	2	3	4	5
Demonstra controlo sobre os impulsos	1	2	3	4	5
Apresenta sono adequado (5 a 24h)	1	2	3	4	5
Demonstra concentração	1	2	3	4	5
Fala com respeito	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de fuga de ideias	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de grandiosidade	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de euforia	1	2	3	4	5
Demonstra cuidados de higiene apropriados	1	2	3	4	5
Veste roupas adequadas às circunstâncias	1	2	3	4	5
Mantém peso estável	1	2	3	4	5
Apresenta apetite normal	1	2	3	4	5
Apresenta adesão ao regime terapêutico	1	2	3	4	5
Mostra interesse por aquilo que o rodeia	1	2	3	4	5
Ausência de ideação suicida	1	2	3	4	5
Apresenta níveis de energia adequados	1	2	3	4	5
<b>Equilíbrio do Humor</b>	<b>Nunca Demonstra</b>	<b>Raramente Demonstra</b>	<b>Demonstra Algumas Vezes</b>	<b>Demonstra Muitas Vezes</b>	<b>Demonstra Sempre</b>
Apresenta capacidade para cumprir as tarefas	1	2	3	4	5

diárias					
Outro _____ (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
<p>Evolução positiva, na manifestação dos afetos, controle dos impulsos, concentração, adesão e gestão do regime terapêutico, e, interesse pelo que o rodeia. Não refere ideias suicidas. Ausência de fuga de ideias, fadiga diminuída.</p>		Daniela F.

✓ Indicador NOC, Autocontrolo: Impulso – avaliação inicial

**Indicador NOC – Autocontrolo: Impulso**

Nome: nm 30/09/2017

AUTOCONTROLO: IMPULSO	Nunca demonstra	Demonstra raramente	Demonstra algumas vezes	Demonstra frequentemente	Demonstra sempre
<b>Definição</b> – Capacidade de auto-restringir comportamentos compulsivos ou impulsivos.					
<b>INDICADORES:</b>					
Identifica comportamentos impulsivos prejudiciais	1	2	3	4	5
Identifica sentimentos que conduzem a acções impulsivas	1	2	3	4	5
Identifica comportamentos que conduzem a acções impulsivas	1	2	3	4	5
Identifica consequências das acções impulsivas para o próprio e para os outros	1	2	3	4	5
Reconhece os riscos do meio envolvente	1	2	3	4	5
Evita meios e situações de alto risco	1	2	3	4	5
Verbaliza controlo sobre os impulsos	1	2	3	4	5
Procura ajuda enquanto experiencia os impulsos	1	2	3	4	5
Identifica os sistemas de suporte social	1	2	3	4	5
Aceita referências para o tratamento	1	2	3	4	5
Efectua contrato para controlo do comportamento	1	2	3	4	5

AUTOCONTROLO: IMPULSO	Nunca demonstra	Demonstra raramente	Demonstra algumas vezes	Demonstra frequentement e	Demonstra sempre
Mantém autocontrolo sem supervisão	1	2	3	4	5
Outros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
difficuldades na identificação de comportamentos impulsivos prejudiciais, comportamentos e sentimentos que conduzem a acção impulsivas.		Daniela F.

✓ Indicador NOC, Autocontrolo: Impulso – avaliação final

**Indicador NOC – Autocontrolo: Impulso**

Nome: nt 03/11/2017

AUTOCONTROLO: IMPULSO	Nunca demonstra	Demonstra raramente	Demonstra algumas vezes	Demonstra frequentemente	Demonstra sempre
<b>Definição</b> – Capacidade de auto-restringir comportamentos compulsivos ou impulsivos.					
<b>INDICADORES:</b>					
Identifica comportamentos impulsivos prejudiciais	1	2	3	4	5
Identifica sentimentos que conduzem a acções impulsivas	1	2	3	4	5
Identifica comportamentos que conduzem a acções impulsivas	1	2	3	4	5
Identifica consequências das acções impulsivas para o próprio e para os outros	1	2	3	4	5
Reconhece os riscos do meio envolvente	1	2	3	4	5
Evita meios e situações de alto risco	1	2	3	4	5
Verbaliza controlo sobre os impulsos	1	2	3	4	5
Procura ajuda enquanto experiencia os impulsos	1	2	3	4	5
Identifica os sistemas de suporte social	1	2	3	4	5
Aceita referências para o tratamento	1	2	3	4	5
Efectua contrato para controlo do comportamento	1	2	3	4	5

AUTOCONTROLO: IMPULSO	Nunca demonstra	Demonstra raramente	Demonstra algumas vezes	Demonstra frequentement e	Demonstra sempre
Mantém autocontrolo sem supervisão	1	2	3	4	5
Outros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
Aumento na demonstração de comportamentos impulsivos prejudiciais, e, na identificação de comportamentos e sentimentos que conduzem a ações impulsivas.		
		Jenick F.

✓ Indicador NOC, Autocontrolo: Ansiedade – avaliação inicial

**Indicador NOC – Autocontrolo: Ansiedade**

Nome: TH 30/09/2022

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

Controla a resposta à ansiedade	1	2	3	4	5
Outros _____	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
melhor desempenho no uso de técnicas de relaxamento, controle da resposta à ansiedade, concentração, sono, coping e diminuição dos estímulos do meio envolvente.		Isadora F.

✓ Indicador NOC, Autocontrolo: Ansiedade – avaliação final

**Indicador NOC – Autocontrolo: Ansiedade**

Nome: TM 03/11/2017

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

Controla a resposta à ansiedade	1	2	3	4	5
Outros _____	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
<p>melhor desempenho no uso de técnicas de relaxamento, controle da resposta à ansiedade, respiração, sono, coping e diminuição dos estímulos do meio envolvente.</p>		Denilda F.

✓ Indicador NOC, Autocontrolo: Suicídio – avaliação inicial

**Indicadores NOC - Autocontrolo: Suicídio**

Nome: III

Autocontrolo Suicido	Nunca Demonstra	Raramente Demonstra	Demonstra Algumas Vezes	Demonstra Muitas Vezes	Demonstra Sempre
<b>Indicadores:</b>					
Expressa sentimentos	1	2	3	4	5
Mantém contactos de relacionamentos	1	2	3	4	5
Procura ajuda quando sente autodestruição	1	2	3	4	5
Verbaliza ideação suicida	1	2	3	4	5
Verbaliza controlar o impulso	1	2	3	4	5
Abstém-se da acumulação de significados suicidas	1	2	3	4	5
Não esquece obsessões	1	2	3	4	5
Não requiere tratamento para as acções e tentativas suicidas	1	2	3	4	5
Abstém-se de usar substâncias para alteração de humor	1	2	3	4	5
Revela plano suicida	1	2	3	4	5
Levanta contracto suicídio	1	2	3	4	5
Mantém autocontrolo sem supervisão	1	2	3	4	5
Não tenta suicídio	1	2	3	4	5
Outro (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
<p>Não esquece obsessões e não mantém contactos de relacionamentos. Não requiere tratamento para as acções e tentativas de suicídio, nem quando sente autodestruição.</p> <p>Daniela F.</p>		

✓ Indicador NOC, Autocontrolo: Suicídio – avaliação final

**Indicadores NOC - Auto-controlo: Suicídio**

Nome: TTT 03/11/2017

Auto-controlo Suicido	Nunca Demonstra	Raramente Demonstra	Demonstra Algumas Vezes	Demonstra Muitas Vezes	Demonstra Sempre
<b>Indicadores:</b>					
Expressa sentimentos	1	2	3	④	5
Mantém contactos de relacionamentos	1	2	③	4	5
Procura ajuda quando sente autodestruição	1	2	③	4	5
Verbaliza ideação suicida	1	②	3	4	5
Verbaliza controlar o impulso	1	②	3	4	5
Abstém-se da acumulação de significados suicidas	1	2	3	④	5
Não esquece obsessões	1	2	③	4	5
Não requiere tratamento para as acções e tentativas suicidas	1	2	3	4	5
Abstém-se de usar substâncias para alteração de humor	1	2	3	④	5
Revela plano suicida	①	2	3	4	5
Levanta contracto suicídio	1	2	3	4	5
Mantém auto-controlo sem supervisão	1	2	3	④	5
Não tenta suicídio	1	2	3	4	5
Outro (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
capacidade melhorada para lidar de forma positiva com os temas / conteúdos do pensamento, interesse pela família e reconhecimento da necessidade de ajuda.		
Denida F.		

✓ Indicador NOC, Autocontrolo: Distorção do Pensamento – avaliação inicial

**Indicador NOC – Autocontrolo: Distorção do Pensamento**

Nome: NH 30/09/2017

AUTOCONTROLO: DISTRORÇÃO DO PENSAMENTO	Não demonstra	Demonstra raramente	Demonstra algumas vezes	Demonstra frequentemente	Demonstra Sempre
<i>Definição – Capacidade de auto-restringir alterações na percepção, processos e conteúdo do pensamento</i>					
<b>INDICADORES:</b>					
Reconhece a ocorrência de alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Abstém-se de atender às alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Abstém-se de responder às alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Verbaliza a frequência das alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Descreve o conteúdo das alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Informa a diminuição das alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Questiona para validação da realidade	1	2	3	4	5
Mantém um afecto congruente com o humor	1	2	3	4	5
Interage com os outros apropriadamente	1	2	3	4	5
Demonstra comportamentos congruentes com uma interpretação correcta do meio	1	2	3	4	5

envolvente					
Exibe padrões de pensamento lógico e fluido	1	2	3	4	5
Exibe pensamento baseado na realidade	1	2	3	4	5
Exibe conteúdo de pensamento apropriado	1	2	3	4	5
Exibe capacidade de compreensão de ideias dos outros	1	2	3	4	5
Outros (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
<p>Existe dificuldade significativa na demonstração de componentes conexas com uma interpretação correta do meio. pensamento não baseado na realidade e/ou de conteúdo apropriado. Recentemente questiona para validação da realidade. Denise F.</p>		

✓ Indicador NOC, Autocontrolo: Distorção do Pensamento – avaliação final

**Indicador NOC – Autocontrolo: Distorção do Pensamento**

Nome: YH 03/11/2017

AUTOCONTROLO: DISTORÇÃO DO PENSAMENTO	Não demonstra	Demonstra raramente	Demonstra algumas vezes	Demonstra frequentemente	Demonstra Sempre
<i>Definição – Capacidade de auto-restringir alterações na percepção, processos e conteúdo do pensamento</i>					
<b>INDICADORES:</b>					
Reconhece a ocorrência de alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Abstém-se de atender às alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Abstém-se de responder às alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Verbaliza a frequência das alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Descreve o conteúdo das alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Informa a diminuição das alucinações ou ilusões	1	2	3	4	5
Questiona para validação da realidade	1	2	3	4	5
Mantém um afecto congruente com o humor	1	2	3	4	5
Interage com os outros apropriadamente	1	2	3	4	5
Demonstra comportamentos congruentes com uma interpretação correcta do meio	1	2	3	4	5

envolvente					
Exibe padrões de pensamento lógico e fluido	1	2	3	4	5
Exibe pensamento baseado na realidade	1	2	3	4	5
Exibe conteúdo de pensamento apropriado	1	2	3	4	5
Exibe capacidade de compreensão de ideias dos outros	1	2	3	4	5
Outros (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro
<p>demonstração frequente de comportamentos congruentes com uma interpretação correta do meio, assim como, pensamento baseado na realidade e/ou conteúdo apropriado. questionou algumas vezes para validação da realidade.</p>		
		Daniela F.

# Apêndice II

## Exercícios de Estimulação Cognitiva



NÍVEL 1 | ATENÇÃO

## Uma que não se repete

Procure a figura que não está repetida.



Data: 30.09.2017

Enfermeira: Zaida Fernandes

# Somando dados

Some os pontos de cada grupo de dados e una os resultados com os números da coluna central.

1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

35

31

Data: 30/09/2017

Enfermeira: Denilda Fernandes

um bônus na boca da mulher.  
e na fita da mama dela não de-  
rete porque é o amor de 2 montanhas na  
benção da noite de luar da lua no céu.  
a vida da poesia?

11/10/2017



## A sílaba que falta

Coloque no centro de cada figura a sílaba que falta para formar uma palavra na horizontal e outra na vertical. Estas são as três sílabas ausentes:

TU CA LE

	PA			PI		ES		
CO	tu	GA	ES	ca	LA	NA	le	RA
	TE			DA		DO		

ca  
co tu ga  
pa le te

es  
na tu pa  
do

Data 23/10/2017

Enfermeira: Janele Fernandes

NÍVEL 1 | RACIOCÍNIO

## Frases incompletas

Complete com uma das seguintes palavras as frases que se seguem:

EPIFANIA

CHUVA

COELHO

SOM

RELVA

INVERNO

- O queijo é ao rato o que a cenoura é ao Coelho
- O dia 25 de dezembro é o Natal assim como o dia 6 de janeiro é a Epifania
- O calor é ao verão o que o frio é ao Inverno
- O vermelho é ao fogo aquilo que o verde é à relva
- Um raio é ao trovão o que a nuvem é à chuva
- A televisão é a imagem assim como a rádio é o som

Data: 23/09/2017

Enfermeira: Daniela Fernandes

NÍVEL 1 | LINGUAGEM

## Como se chama?

Procure as letras que faltam nos espaços vazios para completar as seis palavras. Com essas letras pode-se formar um nome de mulher. Qual é?

gloria

B	I	L	H	A	R
F	L	a	U	T	A
g	A	V	E	T	A
P	A	e	E	T	E
Q	C	E	A	N	O
F	n	A	N	J	A

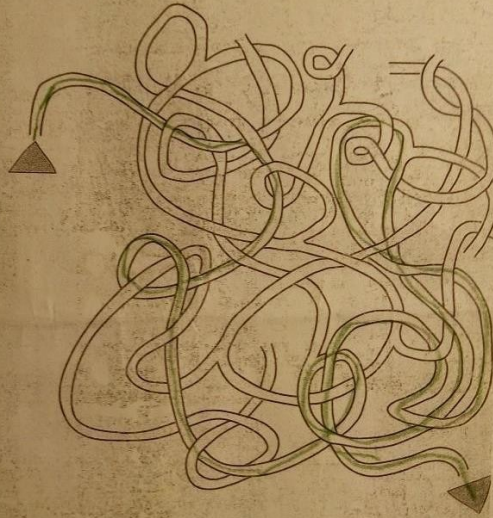
I  
a  
g  
L  
e

Data: 02/11/2017

Enfermeira: Janiele Fernandes

NÍVEL  | ATENÇÃO  
**Labirinto**

Procure o caminho que liga a entrada e a saída, indicadas por setas. Alguns caminhos podem passar por baixo de outros.



Data: 02/17/2017

Enfermeira: Janilda Fernandes

