



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

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental Psiquiatria

Por Elvira Manuela Nogueira Ferreira

Sob orientação da Professora Doutora Aida Fernandes

PORTO, Junho 2012

## **Resumo**

O presente trabalho descreve as actividades realizadas durante o estágio curricular do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Este documento pretende ser a expressão das vivências enriquecedoras, dos conhecimentos e competências adquiridas, que permitiram o desenvolvimento de intervenções fundamentadas, adequadas e oportunas como futura enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria e, Mestre em Enfermagem.

Ao longo do relatório realiza-se uma abordagem aos objectivos dos dois módulos de estágio, bem como a descrição dos locais onde decorreram. Posteriormente, descreve-se de uma forma crítico- reflexiva as actividades realizadas para consecução dos objectivos, aos quatro níveis de prevenção primária, secundária, terciária e quaternária, bem como as competências adquiridas neste percurso e sugestões.

## **Abstract**

This document describes the activities carried out during the traineeship of the Masters in Nursing, specializing in Mental Health Nursing and Psychiatric. This document aims to be the expression of enriching experiences, knowledge and skills acquired to enable the development of interventions based, appropriate and timely as future nurse specialist in mental health and psychiatry, and Master of Nursing.

Throughout the report makes an approach to the two objectives of traineeship and a description of where held. Subsequently it describes, in a critical-reflexive way, the activities undertaken to achieve the objectives, in the three levels of prevention primary, secondary, tertiary and quaternary, skills acquired in this course and suggestions.

## **Agradecimentos**

**À Professora Doutora Aida Fernandes,**

porque acreditou neste projecto  
e nas minhas capacidades e se disponibilizou  
para me orientar com a sua sabedoria e rigor  
demonstrados.

**Aos doentes,**

com quem fui aperfeiçoando o cuidar  
com competência e sentido ético

**À família e aos amigos,**

porque sempre me encorajaram neste  
caminho e me ensinaram a fazer dos nossos  
encontros um desafio de autenticidade e  
reciprocidade.

*“Nunca é partir do quão alto atingiu que se determina o mérito de alguém, mas do quão longe chegou, levando em conta as suas dificuldades.”*

Archibald Rutledge

## **Lista de abreviaturas e símbolos**

CHAA – Centro Hospitalar Alto Ave

CIR – Programa Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

IHSCJ – Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Coração Sagrado de Jesus

IPSS – Instituição Particular da Solidariedade Social

H. Dia – Hospital Dia

NAP – Neurolético de Acção Prolongada

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIC – Plano Individual de Cuidados

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

RCA – Relatório Crítico de Actividades

SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica

SPESM – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

# Índice

	pág.
<b>0 – Introdução.....</b>	<b>9</b>
<b>1 – Enquadramento teórico.....</b>	<b>12</b>
1.1 – Projecto de Estágio.....	12
1.2 – Delimitação do Campo de Acção.....	14
1.2.1 – Módulo I – Hospital Dia – CHAA.....	15
1.2.2 – Módulo II – Unidade de S. Bento (Casa de Saúde do Bom Jesus – CSBJ).....	17
<b>2 – Da Contextualização à Prática.....</b>	<b>19</b>
2.2 – Analisando as actividades.....	19
2.2.1 – Módulo I – Hospital Dia – CHAA.....	20
2.2.2 – Módulo II – Unidade de S. Bento.....	28
<b>3 – Competências Adquiridas.....</b>	<b>38</b>
<b>4 – Reflexões Finais e Sugestões.....</b>	<b>42</b>
<b>5 – Conclusão.....</b>	<b>48</b>
<b>6 – Referências Bibliográficas.....</b>	<b>50</b>

## Anexos

Anexo I – A Congregação das irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

Anexo II – O Modelo Assistencial

Anexo III – Descrição da Unidade de S. Bento

Anexo IV – Formulário de Avaliação Inicial

Anexo V – Implementação da Consulta de Enfermagem

Anexo VI – Projecto de Candidatura

Anexo VII – Formação CIR

Anexo VIII – Planeamento da Formação

Anexo IX – Formação “Reabilitação Psicossocial”

Anexo X – Trabalhos sobre Reabilitação

Anexo XI – Planeamento e Fundamentação da Sessão

Anexo XII – Formação “Gestão de Conflitos”

Anexo XIII – Planeamento e Fundamentação da Sessão

Anexo XIV – Trabalho sobre “Relaxamento”

Anexo XV – Formação “Comunicação Assertiva”

Anexo XVI – Planeamento e Fundamentação da Sessão

Anexo XVII – KIT de estimulação cognitiva

Anexo XVIII – Formação “Pássaro da Alma”

Anexo XIX – Planeamento e Fundamentação da Sessão

Anexo XX – Fotografia alusiva ao cantar das Janeiras

Anexo XXI – Poster – “Quedas em Psiquiatria”

Anexo XXII – Artigo Científico – “Quedas no Psiquiatria”

Anexo XXIII – Poster – “Ética no Cuidar”

Anexo XXIV – Artigo Científico – “Ética no Cuidar”

Anexo XXV – Poster – “Reabilitação Psicossocial”

## 0 – Introdução

O presente relatório reporta-se a uma apreciação final de um processo individual de aprendizagem para obtenção da Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP), inserido no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem, a decorrer no Instituto de Ciências de Saúde, da Universidade Católica Portuguesa do Porto.

De acordo com o plano de estudos, estava preconizado a realização de um estágio em ESMP, a que se reporta este relatório. Este operacionalizou-se no período de tempo compreendido entre o dia 19 de Abril de 2010 e o dia 31 de Janeiro de 2011, estando dividido em três módulos: Promoção de estilos de vida saudáveis (de 19 de Maio a 19 de Junho); Gerontopsiquiatria (de 6 de Outubro a 27 de Novembro); e Unidades de intervenção na crise do adulto ao qual fui creditada.

Pretendeu-se com este estágio complementar os conhecimentos teóricos leccionados e contribuir para o desenvolvimento de competências na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e ao nível do grau de Mestre em Enfermagem.

O estágio é um momento singular e essencial para a consolidação de conhecimentos teóricos, representando uma forma de os colocar em prática, com toda a responsabilidade que advém de uma profissão onde a *Pessoa* é o factor primordial. Para este estágio estavam previamente definidos, pelo plano de estudos, alguns objectivos preconizados para a aquisição de competências de ESMP sendo, também, elaborados alguns objectivos individuais, apresentados posteriormente neste relatório.

Sem dúvida que o percurso de quem opta por ser enfermeiro especialista, na área de Saúde Mental e Psiquiatria, não é tarefa fácil; afinal são imensuráveis as lições de vida que aprendemos, muito para além de livros abertos nas salas de aulas, por vezes distantes de uma verdadeira partilha de experiências que a relação com o utente/família nos concede, testemunhos da unicidade que lhes é atribuída.

O relatório assumir-se-á como uma exposição minuciosamente escrita, relativa ao meu percurso pedagógico, facilitador da cimentação de competências pessoais e profissionais, traduzindo uma narração circunstanciada das actividades desenvolvidas na aplicação anterior de um projecto. Por conseguinte, exige-se um elevado grau de objectividade, fidelidade e honestidade.

De forma simples e concisa pretendo, com a sua formalização:

- Efectuar uma reflexão crítica e autocrítica, no sentido positivista, das competências adquiridas, assim como dos objectivos, actividades e estratégias que sustentaram este desenvolvimento profissional;
- Contribuir para a melhoria das competências técnicas e humanas, exigíveis aos enfermeiros especialistas de Saúde Mental e Psiquiatria, na interacção pessoal e no cuidar com o doente e família;
- Revelar a aplicação de conhecimentos científicos/relacionais adquiridos nos semestres teóricos do mestrado;
- Elaborar um documento académico para discussão pública, tendo como objectivo final a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem.

Sendo assim, se cada um de nós constitui um enunciado ilimitado de escolhas, de experiências e de aprendizagens, é relevante reportar, nesta fase, aquelas que constituíram o meu fio condutor para atingir os objectivos anteriormente referidos. Enuncio então, a seguir, os dois locais onde realizei os diferentes módulos de estágio.

O **Módulo I** (Promoção de estilos de vida saudáveis) decorreu no Hospital de Dia do CHAA, onde pretendia conhecer a realidade comunitária dos cuidados de Saúde Mental e Psiquiatria, intervindo na promoção da saúde e na prevenção doença mental e reabilitação dos indivíduos, da comunidade, bem como no apoio a doentes a fazer NAP e seus prestadores de cuidados. Este campo de estágio foi escolhido, por eu não ter experiência na área comunitária.

O **Módulo II** (Gerontopsiquiatria) realizou-se na Casa de Saúde do Bom Jesus, mais precisamente na Unidade de S. Bento. Tendo desenvolvido actividades especializadas na área da psiquiatria, com vista à aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Este campo de estágio foi escolhido no sentido de aperfeiçoar a área onde eu já exerço a minha actividade.

Neste Relatório Crítico de Actividades (RCA) farei um balanço da minha prática clínica nos diferentes módulos de estágio e uma análise do meu desempenho, para além da avaliação das actividades que propus levar a cabo no Projecto de Estágio.

Analisar os momentos da nossa vida é sempre uma forma de revivê-los, tentando perceber o que correu bem ou menos bem e o que deveria ter feito e não se fez!

A realização das actividades constituíram etapas de muito trabalho, empenho, dedicação e mobilização de conhecimentos teóricos e práticos bem amadurecidos e reflectidos.

Quanto à forma como estruturei o meu RCA, optei por dividir em três partes fundamentais, que passarei a descrever sucintamente:

- **Capítulo I: Enquadramento Teórico** – na primeira parte abordará o projecto de estágio e a caracterização dos locais de estágio.

- **Capítulo II: Da Contextualização à Prática** – aqui abordarei os aspectos mais significativos do estágio e os contributos deste, quer a nível de desenvolvimento pessoal quer profissional, abordando os aspectos técnico-científicos e relacionais apreendidos no seio das equipas multidisciplinares, salientando com igual veracidade determinadas condicionantes que, de alguma forma, se impuseram inicialmente como óbices, revertendo-se à posteriori, em instrumentos facilitadores de uma sólida formação pessoal e profissional. Neste capítulo está, ainda, incluído um subcapítulo com a descrição das competências adquiridas e, para finalizar, as reflexões finais e sugestões.
- **Capítulo III: Reflexões Finais e Sugestões** – neste capítulo fará um resumo da minha prestação e dos obstáculos encontrados. Elaborarei uma síntese de todo o estágio, dos pontos negativos e positivos, bem como recomendações para o futuro.

No final apresento uma pequena conclusão, que pretende ser o epílogo do momento formativo e de aprendizagem a que o relatório diz respeito.

A metodologia adoptada é a descritiva, atendendo às características interpostas a um documento desta natureza, alicerçada na exploração/levantamento de dados obtidos e pesquisa bibliográfica, com organização da informação na sua forma pessoal.

No esforço em alcançar os objectivos previamente delineados, espero que a seguinte leitura proporcione uma visão global de todas as actividades desenvolvidas, contributivas para a satisfação das minhas necessidades pedagógicas como mestranda.

Em suma, ponderando o estágio como uma etapa fundamental neste percurso formativo, académico/profissional, sem dúvida que os períodos práticos me permitem desenvolver competências e, assim, cimentar atitudes de mudança como resposta às necessidades inerentes, direccionando-me para o seu planeamento e implementação, num cariz individual e colectivo, onde se fomenta o trabalho em equipa, inserido num contexto institucional e comunitário.

No fundo, ser enfermeiro especialista é abraçar um caminho de infinitas escolhas, rumo a um desconhecido e, do esforço em aprender a melhor passagem, para assim vivermos a melhor viagem, entre o saber e o humanismo, vislumbraremos belas paisagens, singulares só para quem as conseguir ver.

# 1 – Enquadramento Teórico

Os conhecimentos teóricos são os verdadeiros alicerces, que aliados à prática fazem do enfermeiro um profissional competente e excelente. Sem dúvida que o conhecimento, a tecnologia, a arte, fazem parte indissociável do processo de cuidar e, todas estas possibilidades fazem sentido quando estão ao serviço da vida e da pessoa como ser único e irrepetível.

Uma intervenção de carácter sustentável e sustentada pressupõe uma clarificação dos principais pressupostos teórico-metodológicos e ideológicos que orientam a actuação num determinado contexto.

Nesta perspectiva, o presente enquadramento conceptual terá como objectivo fundamentar o meu percurso formativo.

## 1.1. Projecto de Estágio

*“O Projecto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma «ideia», é o futuro a fazer, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em acto.”<sup>1</sup>*

O projecto elaborado pretendeu constituir-se como um processo de planeamento e execução de acções articuladas de modo a atingir os objectivos pré-determinados, procurando ter como principais características: simplicidade, pragmatismo, flexibilidade, exequibilidade e adaptabilidade às características do próprio e às circunstâncias do tempo e espaço.

Actualmente fala-se muito na elaboração de projectos em vários domínios profissionais, quer pela necessidade de inovação, quer pela necessidade de fazer face às exigências futuras. Neste sentido, preconiza-se, por exemplo, em pedagogia a elaboração de projectos que proporcionem a oportunidade de construir actividades em função de uma aprendizagem. Também no domínio da saúde é fundamental recorrer à construção de projectos que visem o aumento da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

O projecto que elaborei e operacionalizei refere-se ao estágio na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, inserido no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem.

O período de estágio, a que se reportou o projecto, compreendeu o dia 19 de Abril de 2010 ao dia 31 de Janeiro de 2011, estando dividido em dois módulos: Promoção de estilos de vida saudáveis, Hospital Dia no CHAA – Guimarães e Gerontopsiquiatria (Casa de Saúde do Bom Jesus – Unidade de S. Bento).

---

<sup>1</sup> BARBIER, J. *Elaboração de projectos de acção e planificação*, Porto, Porto Editora. 1993. pág. 52

O meu objectivo com este projecto foi constituir um guia orientador para uma boa prática de enfermagem como estagiário estabelecendo um fio condutor para o meu estágio, dividido pelos dois módulos. O projecto permitiu-me delinear um percurso organizado e enquadrado no que diz respeito às intervenções de Enfermagem desenvolvidas durante o período de estágio e delineamento dos seus objectivos, o que me possibilitou uma previsão e pré-orientação das acções desenvolvidas no campo de estágio.

O planeamento fornece aos indivíduos e às organizações os meios de que necessitam para enfrentar ambientes dinâmicos e complexos em constante transformação.<sup>2</sup>

O meu interesse e projecto pessoal na área de saúde mental e psiquiátrica foram focalizados na implementação da consulta de enfermagem e na gestão e controlo de comportamentos agressivos e técnicas de relaxamento, daí que a selecção dos locais de estágio tenha sido feita tendo em conta esse mesmo interesse.

No âmbito do curso estão estipulados determinados objectivos que englobam o estágio de ESMP, de forma a desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados nesta área clínica.<sup>3</sup>

Assim, pretendi desenvolver competências de enfermagem que permitiram avaliar, compreender e intervir no contexto da saúde mental e psiquiatria. Só compreendendo este fenómeno é que poderemos intervir de forma a minimizar as suas consequências, auxiliar a pessoa nos processos de transição e actuar na área da promoção e prevenção.

No sentido de estruturar o projecto de forma coerente elaborei organizei, inicialmente, os objectivos específicos comuns. Estes constituíram os objectivos transversais aos dois módulos, sendo que os objectivos específicos a cada módulo do estágio foram elaborados numa segunda fase, tendo em conta a especificidade de cada campo de estágio e das competências que pretendia desenvolver em cada um deles.

A construção dos objectivos teve como propósito reflectir as expectativas e metas pessoais face aos estágios e ao curso de especialização, assim como procurar englobar o desenvolvimento de competências exigidas no âmbito dos objectivos estabelecidos pelo curso.

Assim, seguidamente enuncia-se os objectivos comuns delineados para os diferentes módulos de estágio.

### **Objectivos específicos comuns**

- Identificar a dinâmica organizacional, funcional e estrutural de cada unidade durante a primeira semana de estágio.
- Respeitar os princípios Éticos e Deontológicos na prestação de cuidados à utente com doença mental, durante o estágio.

---

<sup>2</sup> CASTRO, L. et al. *Gerir o Trabalho de Projecto*. 2ª Ed., Lisboa: Texto Editora. 1993

<sup>3</sup> UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. *Regulamento Geral – Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional*. Porto. 2007

- Identificar as necessidades do doente psiquiátrico ou com problemas de saúde mental e seus prestadores de cuidados e encaminhar para o respectivo técnico, durante todo o estágio.
- Estabelecer uma relação terapêutica com as utentes/família, durante o estágio.

Aparentemente podia parecer um projecto ambicioso, no entanto, tive a preocupação que este fosse exequível. As estratégias utilizadas para cada actividade primaram pela versatilidade e abrangência e foi com muito empenho que parti para este estágio.

## 1.2. Delimitação do Campo de Acção

Na escolha dos campos de estágio foram considerados os objectivos do curso e os objectivos individuais, alguns anteriormente já referidos. É pretendido que os campos de estágio e a população alvo da nossa intervenção permita atingir os objectivos e competências previamente delineados.

O estágio de ESMP foi composto por dois módulos de intervenção:

O **Módulo I** compreende uma intervenção a nível de promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção na comunidade e foi realizado no Hospital Dia do CHHA – Guimarães.

A organização da consulta de enfermagem no campo de estágio surgiu uma necessidade proposta pelo Serviço. A Consulta de Enfermagem pretende contribuir para que o utente e a família beneficiem de cuidados preventivos e promotores de saúde mental. É de salientar que o trabalho nesta área não deve contemplar apenas o aspecto patológico em si, mas sim abordar a doença dentro de um contexto mais amplo, que é o da saúde mental na comunidade. Deverá ser feita avaliação inicial que permita uma orientação, planeamento da actividade de enfermagem especializada e obtenção de resultados, no âmbito do exercício da profissão de enfermagem e mais particularmente em cuidados especializados.

A Consulta de Enfermagem funciona como um recurso para a identificação dos problemas de saúde do utente e seu estudo em profundidade e extensão, que contribui para a elaboração do plano de assistência e resolubilidade dos problemas identificados, ou seja, o PIC – Plano Individual de Cuidados.

Embora o objectivo do enfermeiro possa ser o de restituir a autonomia ao utente, tendo em vista o respeito pela sua dignidade, a preocupação em reabilitá-lo, em melhorar a sua qualidade de vida e as suas próprias competências para lidar com o meio que o rodeia, tem de ter sempre em vista que o utente é o primeiro agente do seu próprio processo terapêutico.

Consideramos que a organização desta consulta permitirá um conjunto de intervenções que levem a um ganho de saúde com qualidade.

A implementação da consulta de enfermagem será um recurso valioso na assistência integral e personalizada, preconizada no Plano de Saúde Mental 2007-2016 e pelo CIR e pela instituição onde projectamos a sua aplicação, criando situações de ensino/aprendizagem por excelência.

Em relação ao Módulo II, onde tive oportunidade de desenvolver competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria, foi realizado na Unidade de S. Bento da Casa de Saúde do Bom Jesus. Esta unidade é composta por uma população de cerca de 80 utentes, sendo os principais diagnósticos a Oligofrenia, Esquizofrenia, Alterações do Comportamento e Personalidade e Demência.

Tendo em vista a realização do estágio e a concretização dos objectivos planeados é necessário a realização do enquadramento contextual de onde decorreram os diferentes módulos de estágio. Só conhecendo a realidade envolvente, a sua singularidade e especificidade se poderá intervir com qualidade.

Neste sentido, e mediante o quadro ideológico a que me propus, farei uma breve análise do contexto assistencial dos vários campos de estágio.

### **1.2.1. Módulo I – Hospital Dia - CHAA**

Descreveremos muito sucintamente a Missão, Valores, Área de influência do Centro Hospitalar do Alto Ave e posteriormente do Hospital Dia.

#### **O Centro Hospitalar do Alto Ave**

O Centro Hospitalar do Alto Ave é uma Empresa Privada do Estado e situa-se no Concelho de Guimarães.

##### *– Missão*

Prestar cuidados de saúde de qualidade à população na sua área de influência, assegurando, em simultâneo, o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e eficácia.

##### *– Valores*

Utente/ doente:

- A equidade no acolhimento dos utentes e seus familiares;
- A atenção permanente às necessidades dos seus utentes;
- O total respeito pela dignidade e direitos da pessoa humana;
- A confidencialidade dos cuidados e serviços prestados;
- O empenho dos seus profissionais numa busca contínua de aperfeiçoamento.

Profissionais e colaboradores:

- Informação quanto aos objectivos da Instituição;
  - Respeito pela autonomia técnica;
  - Responsabilização profissional num contexto de equidade tendo em conta os recursos e limites da Instituição;
  - Valorização e reconhecimento do seu contributo profissional.
- *Área de Influência*

A área de influência a que está adstrito no Sistema Nacional de Saúde é constituída prioritariamente pelos concelhos de Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto, Vizela e Felgueiras.

### **O Hospital Dia**

O Hospital Dia dá apoio aos doentes mentais desde Julho de 2009, aquando abertura do Serviço de Psiquiatria com instalação própria. O Serviço de Psiquiatria já existia mas estava integrado num outro Serviço que era Pneumologia e Neurologia.

#### Caracterização da equipa e do Serviço

A equipa que dá apoio aos utentes do foro psiquiátrico é constituída por:

- 1 Psiquiatra
- 1 Psicólogo
- 1 Assistente Social
- 4 Enfermeiros
- 1 Administrativo

#### No Serviço existem

- 3 Gabinetes médicos
- 1 Gabinete de Enfermagem
- 1 Sala de Tratamentos
- 2 WC (1 para os utentes outro para o pessoal do serviço)
- 1 Gabinete Administrativo

#### Proveniência dos utentes

Os utentes que são acompanhados no Hospital Dia são encaminhados pelo Psiquiatra na Consulta Externa ou após a alta do internamento de Serviço de Psiquiatria.

#### *População Alvo*

O Hospital Dia visa o acompanhamento a utentes a fazer neurólíticos de evolução prolongada.

### **1.2.2. Módulo II – Unidade de S. Bento (Casa de Saúde do Bom Jesus – CSBJ)**

De forma a enquadrar o meu local de estágio especificamente, irei inicialmente proceder à caracterização da Casa de Saúde do Bom Jesus de uma forma global, para, à posteriori, descrever o local (unidade) onde operacionalizei as minhas intervenções.

#### **A congregação e o modelo assistencial - Modelo adoptado pelas Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus**

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

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

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

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

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

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

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

### **Descrição da Unidade de S. Bento**

A Unidade de S. Bento foi fundada em 1937, e sofreu obras de remodelação, apresentando neste momento capacidade para 88 utentes do sexo feminino.

Destina-se a internamento prolongado, a média de idades é de 26% para utentes com mais 65 anos e 74% dos 20 aos 65 anos.

Faço a caracterização da Unidade onde desempenhei o meu estágio. (Anexo III).

## 2 – Da Contextualização à Prática

Na actualidade, preconiza-se um atendimento integrado e holístico, de forma a combater as necessidades bio-psico-sociais espirituais do indivíduo, considerando-o parte integrante de uma estrutura familiar e social. Assim, o projecto de intervenção, bem como a minha prática enquanto aluna do Mestrado em Enfermagem de especialização em Saúde Mental e Psiquiatria assentaram nestas premissas.

A minha prática enquanto aluna foi dirigida à realização das actividades preconizadas no projecto, bem como, o desempenho das intervenções inerentes à prestação de cuidados.

No meu entender, a concepção, operacionalização e avaliação do projecto de intervenção baseou-se no rigor, na motivação e esmero da minha parte, para o atingir de forma plena.

O facto de já conhecer as instituições, sua filosofia, dinâmica, organização e recursos, permitiu-me uma integração rápida, consistente e produtiva.

No que diz respeito ao estágio realizado no Hospital Dia – CHAA, considero ter sido muito bem acolhida por toda a equipa, que potencializou o cumprimento dos meus objectivos. E, também, porque vivenciei experiências novas e desafiantes, contando sempre com o apoio de toda a equipa no momento de lidar com esses novos desafios.

A análise crítica que faço, em relação à prestação de cuidados que efectuei nos dois serviços, é de que consegui sempre obter os recursos e o espaço necessário para a execução de intervenções específicas e personalizadas de acordo com o diagnóstico de necessidades. No H. Dia decorrer destas minhas intervenções, deparei-me com dificuldades por ser um serviço relativamente recente, haver muito a fazer e por onde começar. Mas, com ajuda do Enfermeiro Tutor e da Enfermeira Chefe ficou definido implementar a consulta de enfermagem.

### 2.2. Analisando as actividades

Actualmente, a Enfermagem assume-se, cada vez mais, como uma ciência com corpo de conhecimentos próprio e uma metodologia de trabalho específica e, dessa especificidade, surge uma maior necessidade de articulação entre os diversos saberes: *saber-saber*, *saber-estar*, *saber-ser* e *saber-fazer*. Trata-se de uma articulação nem sempre fácil mas que importa tentar atingir, “*por assumir formativo toda a experiência deve ser reflectida, pois reflectir sobre a experiência significa o reconhecimento de que o processo de aprendizagem se prolonga na, com e pela prática, tornando consistente algum conhecimento táctico – criticando, examinando e melhorando.*”<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> COSTA, M. *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século – Edições Lda. 1998. Pág. 27

Assim, o domínio crítico- reflexivo será o pano de fundo da análise avaliativa e introspectiva do meu percurso, actividades e conduta ao longo deste estágio que está agora a finalizar. Só assim poderei crescer enquanto ser humano e enquanto futura Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

### **2.2.1 – Módulo I – Hospital Dia – CHAA**

O estágio constitui uma experiência nova, pois não tinha experiência a nível comunitário. Efectuei actividades quer profissionais, quer académicas. Isto, tanto a nível estrutural, como do ambiente que me envolveu.

Fui muito bem recebida por toda a equipa e de imediato me senti integrada na equipa interdisciplinar e na dinâmica do grupo. Assim sendo, começarei a minha descrição com uma abordagem aos objectivos específicos comuns, passando de seguida a relatar os objectivos específicos de cada *Módulo*.

#### **Objectivos Específicos Comuns**

- ***Identificar a dinâmica organizacional, funcional e estrutural do Hospital Dia, durante a primeira semana de estágio***

Ao iniciar o estágio, uma das minhas prioridades foi observar e identificar a dinâmica do Hospital Dia, procurando integrar-me na equipa multidisciplinar e estabelecer uma relação de inter-ajuda e demonstrando responsabilidade e credibilidade em todas as acções que executei. A minha prestação teve sempre como pano de fundo o respeito pelas normas éticas e deontológicas.

Considero ter assimilado as dinâmicas do serviço e integrar-me na equipa multidisciplinar, bem como nas suas actividades. Foi-me proporcionado um clima de aprendizagem acolhedor, foram disponibilizados documentos relativos ao serviço, Manual de Integração, protocolos, organização do processo do utente, etc. Consegui, também, estabelecer uma relação empática e adequada com os utentes e com os membros da equipa multidisciplinar.

Fazendo um balanço da fase de integração, tenho a referir que foi muito enriquecedora, sobretudo devido ao excelente acolhimento por toda a equipa do Hospital de Dia. E, também, porque vivenciei experiências novas e adquiri estratégias comunicacionais.

Avaliação: Objectivo plenamente atingido. Facilidade de integração e adaptação, facilitada em grande parte pelos profissionais do Hospital Dia.

- ***Respeitar os princípios Éticos e Deontológicos na prestação de cuidados à utente com doença mental, durante o estágio.***

Segundo o que refere o Código Deontológico do Enfermeiro<sup>5</sup>: dos Comentários à Análise de Casos, a “Enfermagem é uma profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

A ciência de Enfermagem, vem sendo perspectivada na prestação de cuidados de qualidade aos seus doentes de modo integral e holístico, na família e na comunidade desenvolvendo actividades de promoção de saúde e prevenção da doença, tornando assim o enfermeiro um profissional polivalente. Foi essa a maior percepção que tive no que diz respeito às actividades dos Enfermeiros no Hospital Dia. Adquiri uma visão mais abrangente e holística da pessoa, inserida na comunidade, que necessita de um olhar global e eficaz para uma melhor resolução das suas necessidades.

Após pesquisa bibliográfica, identifiquei a carta dos direitos e dos deveres do doente e os seus princípios constituíram para mim uma base de actuação no lidar com os utentes e nas actividades por mim realizadas. A consciencialização destes princípios é primordial na tentativa de prestar cuidados de excelência.

Avaliação: Objectivo de grande importância na relação diária com o outro. O seu cumprimento foi para mim essencial na relação com o utente. Considero o alcance deste objectivo bastante satisfatório. Na relação que estabeleci com o utente procurei respeitar os princípios éticos e o código deontológico.

- ***Identificar as necessidades do doente psiquiátrico ou com problemas de saúde mental e seus prestadores de cuidados e encaminhar para o respectivo técnico, durante todo o estágio.***

Como Enfermeiro de SMP, frequentando o Mestrado de Especialização nesta mesma área, senti a necessidade de intervir na comunidade abrangente ao serviço onde realizei o estágio.

Os enfermeiros têm um papel chave nos cuidados de saúde a pessoas com perturbações mentais. Como tal os enfermeiros devem intervir de diversas formas nesta área, pois possuem conhecimentos que lhes permitem uma actuação abrangente e crucial junto dos utentes e populações.<sup>6</sup>

Assim, para além de conhecer a dinâmica do Hospital Dia, tive a oportunidade de estabelecer um contacto directo com os utentes a fazer NAP. De forma gradual, iniciei a minha observação participante, no sentido de estabelecer necessidades em termos de ESMP, para assim dar o

---

<sup>5</sup> **ORDEM DOS ENFERMEIROS.** Código Deontológico. 2003

<sup>6</sup> **OMS.** Atlas: Nurses in Mental Health. Suíça. 2007. Pág. 1-5; 43-44

meu contributo na melhoria dos cuidados de enfermagem nessa área e, também, de forma a alcançar os objectivos propostos no meu projecto de estágio.

Após algum diálogo formal com certos membros da equipa de Enfermagem, ficou determinado e planeado a minha participação e colaboração na equipa dos cuidados, de forma a identificar necessidades na área da SMP e encaminhar para o respectivo técnico.

Avaliação: Objectivo atingido, tendo em conta a avaliação de necessidade realizada inicialmente, através do preenchimento de um questionário de avaliação inicial (Anexo IV – R.C.A.) e posteriormente de avaliação (Anexo II – Consulta de Enfermagem) visando a posterior actuação nas necessidades identificadas. Tive oportunidade de realizar ensinamentos sobre gestão e adesão ao regime terapêutico, hábitos de vida saudável e treino de competências.

- ***Estabelecer uma relação terapêutica com os utentes/família, durante o estágio.***

O meu objectivo foi desenvolver intervenções centradas na pessoa, orientadas para o indivíduo, famílias e comunidade. Os Enfermeiros assumem uma parte integrante e fundamental dos cuidados a prestar. Isto implica que a sua acção se centralize não na doença, mas na resposta humana às situações de doença.

A abordagem global do utente apresentou-se para mim como pedra basilar da relação de confidencialidade e confiança estabelecida com utentes e familiares.

A confidencialidade é um princípio importante na ética do cuidar. O doente em determinadas circunstâncias de vulnerabilidade necessita de um confidente. Não poucas vezes este confidente é o profissional. Este, tem necessariamente de desenvolver algumas características pessoais fundamentais, como sejam a empatia, escuta atenta, a capacidade de guardar segredo, de silenciar para si as mensagens que o outro vulnerável lhe comunicou.

Intimamente ligada com a confidencialidade, está um outro princípio essencial no cuidar que é a confiança. Só é possível cuidar um ser humano vulnerável se entre o sujeito cuidador e o sujeito cuidado se estabelece uma relação de confiança, um vínculo de fidelidade. Para isso é fundamental que o profissional saiba dar provas e garantias de confiança, não só pelas suas palavras, pelos seus gestos, mas, sobretudo pela eficiência e eficácia da acção que desenvolve.

Também é de realçar o estabelecer uma relação de ajuda com o utente e família.

O enfermeiro é uma pessoa que assiste outra, encontrando-se numa relação interpessoal específica. Diferente, em cada dia, estabelece relações interpessoais múltiplas, em situações diversas que o afectam mais ou menos. Na relação entre a pessoa assistida e o enfermeiro, o contexto é específico: o técnico para além de pessoa comum está investido, nesta circunstância, de saberes e poderes próprios enquanto a pessoa assistida apresenta geralmente uma maior ou menor vulnerabilidade ou deficiência – o que pode suscitar alguma dependência e submissão – não deixando, contudo, de ser pessoa detentora de dignidade. Por isso, a relação de cuidados de saúde é uma relação humana, sendo portanto dialogante e

não objectivante. Implica gestos de ternura, de solicitude e de amparo. É uma troca, tanto verbal como não verbal que permite criar o clima de que a pessoa tem necessidade para reencontrar a sua coragem, tornar-se autónoma e evoluir para um melhor bem-estar físico e psicológico, ou adaptar-se à sua doença. De uma forma geral, a palavra "relação" subentende a presença de elos de contactos, de uma forma de coexistência e a palavra "ajuda" não significa oferecer à pessoa soluções prontas, mas sim orientá-lo, facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos e assisti-la na sua evolução ou no seu progresso através das diferentes fases da doença<sup>7</sup>.

O domínio da "relação de ajuda" engloba, não só a presença física do enfermeiro junto do doente, mas também de todo o seu ser. Ele não se limita a desempenhar um papel ou a executar uma tarefa, exige sim que dê do seu tempo; da sua competência; do seu saber; do seu interesse; da sua capacidade de escutar e de compreender sem julgar.

Toda a relação de ajuda é comunicação, embora nem toda a comunicação seja uma relação de ajuda. O enfermeiro deve ajudar o doente a sentir que vale a pena colaborar por inteiro, que vale a pena fornecer dados biográficos relevantes, e que estes serão sempre escutados no âmbito da sua integridade bio-psico-sócio-cultural e espiritual, sem juízos, sem críticas, sem pressas.

Para se exercer uma relação de ajuda, tem que se ser mais que um bom técnico. Tem que se preocupar com os doentes numa perspectiva holística, ajudando-os a enfrentar os seus problemas, ou a situação de crise, com todos os recursos que possuem.

Devemos reorganizar a equipa num processo centrado no doente, tentando também compreender os constrangimentos institucionais, as necessidades dos doentes e as necessidades da equipa. Advêm da nossa capacidade de trabalhar em conjunto para um mesmo fim, um mesmo projecto, uma obra comum que no nosso contexto profissional, se enuncia como "a arte de cuidar"

A relação de ajuda, pelo seu acento na observação, na escuta e no aprofundamento das trocas, traz ao trabalho de enfermagem um espaço de reflexão muito fértil. A sua aplicação torna-se também uma manifestação dum sentido alargado das responsabilidades que não pode aplicar-se senão num clima de liberdade e de autonomia.

Supõe também de algum modo, uma mudança de cultura ao nível dos estabelecimentos de saúde, em que o peso relativo das tarefas tecnológicas, da racionalização dos recursos deve ser contrabalançada por um interesse real na qualidade humana dos cuidados. Esta mudança pode de algum modo, permitir-nos reencontrar e reintegrar o nosso inconsciente colectivo de profissão de ajuda. Fala-se muito de viragem tecnológica, é necessário agora, conservando a

---

<sup>7</sup> Cf. PHANEUF, Margot. "A relação de Ajuda – elemento de competência da enfermeira" Texto da conferência do I Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica, organizado pela Associação de enfermeiros especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica. In: Revista de *informação e cultura profissional CUIDAR*. Coimbra: Março, 1955. Tradução de Nadia Salgueiro, p. 3-25.

riqueza actual dos cuidados de enfermagem de ponta, assegurar a manutenção da sua humanização.

Avaliação: Objectivo plenamente atingido e desenvolvimento de competências na área da confidencialidade e na relação de ajuda. Na relação que estabeleci procurei que fosse sempre uma relação de ajuda, embora relação de ajuda estruturada só fiz a duas doentes a fazer NAP, trabalhando a adesão ao regime terapêutico.

### **Objectivos específicos**

- ***Elaborar um projecto de intervenção no âmbito da melhoria dos cuidados de enfermagem aos doentes do foro psiquiátrico***

A proposta de implementação da consulta de enfermagem no campo de estágio surgiu como uma necessidade, dado o serviço ser recente (11 meses) e não existir uma consulta organizada.

A Consulta de Enfermagem funciona como um recurso para a identificação dos problemas de saúde do cliente e seu estudo em profundidade e extensão, que contribui para a elaboração do plano de assistência e resolubilidade dos problemas identificados<sup>8</sup>.

Consideramos que a implementação desta consulta permitirá um conjunto de actividades que visam conhecer e informar sobre as condições psicossocioculturais e espirituais dos utentes e suas pessoas significativas, permitindo intervenções que levem a um ganho de saúde de maior qualidade.

A implementação da consulta de enfermagem é um recurso valioso na assistência integral e personalizada, preconizada pela instituição onde projectamos a sua aplicação, criando situações de ensino/aprendizagem por excelência.

A consulta de enfermagem é um recurso de optimização de cuidados, permitindo o planeamento de intervenções específicas de enfermagem. Pretende também optimizar a articulação de enfermagem com outros profissionais (Psicologia, Psiquiatria, Assistente Social).

Pelos aspectos apresentados, consideramos este projecto um desafio.

A consulta de enfermagem é um momento de grande qualidade da prestação de serviços para o serviço e instituição, que poderá apresentar resultados observáveis na satisfação dos utentes e pessoas significativas.

A Consulta de Enfermagem, por ser uma actividade final de um programa de assistência e promoção de Saúde. Quando incompleta corre o risco de tornar-se superficial e ineficaz.

Em seguida apresentamos um conjunto de objectivos definidos com a implementação da consulta de enfermagem neste serviço específico, assim como alguns critérios preestabelecidos para a sua implementação.

---

<sup>8</sup> VANZIN, A. & NERY, M. Consulta de Enfermagem: Uma necessidade Social? Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1996

### **Objectivos:**

- Levantar Diagnósticos de Enfermagem (problemas, necessidades, alterações do estado de saúde no âmbito da acção de enfermagem);
- Planear e implementar intervenções de enfermagem específicas (psicoterapias, psicoeducação, contratos terapêuticos, promoção de aptidões sociais, consulta de relação de ajuda, prevenção de problemas e promoção da adesão à terapêutica...);
- Estabelecer objectivos e metas terapêuticas com as utentes e pessoas significativas;
- Acolher os utentes na primeira entrevista (apresentação do serviço se indicado, avaliação de necessidades, exploração de dúvidas e sua clarificação, fornecimento de informações sobre dinâmica do serviço e instituição).
- Acolher as pessoas significativas das utentes (esclarecimento sobre a dinâmica do serviço, serviços existentes na instituição, propostas de tratamento, avaliação de dúvidas e sua clarificação...);
- Encaminhar de forma planeada e fundamentada as utentes para actividades existentes na instituição, em articulação com a equipa multidisciplinar.

Para a implementação da Consulta de enfermagem elaboramos alguns formulários e guias para que esta pudesse ter aplicabilidade. Estes são apresentados nos anexos da Consulta, destacamos o formulário de avaliação inicial, o plano de intervenção terapêutica, que serão propostos à equipa encontrando-se em análise passando posteriormente para o Gabinete de Acreditação para implementação na prática.

Considerando que o Hospital Dia não existe, uma avaliação inicial específica, de forma a termos uma intervenção inicial que preconize uma avaliação coerente e uniforme, evitando que não se aborde aspectos essenciais, propusemos um formulário de avaliação inicial em psiquiatria para ser aplicado na prática. (Anexo IV)

Este documento fica em análise, sendo posteriormente enviadas ao Gabinete da Qualidade para validação.

Após uma fase de elaboração de documentos partimos para a implementação da consulta (Anexo V), ficando definido segundo linhas orientadoras que a consulta seria aplicada a utentes a fazer NAP, de forma a delinear as intervenções direccionadas e efectuar o levantamento de diagnósticos delimitados, como forma de iniciar a consulta e intervir nos diagnósticos levantados.

Avaliação: Objectivo largamente atingido. A complexidade e grandeza deste projecto envolveu muitas horas e muito trabalho. Este foi um objectivo muito ambicioso. O Guia da Consulta, ainda numa fase inicial e em crescimento, não é um documento estanque, com o utente e a

prática poderá ser reformulado. O mais difícil foi realizado e no final obteve-se um trabalho completo, elaborado e de fácil aplicação.

- ***Elaborar um Projecto de Candidatura ao Alto Comissariado no âmbito da Saúde Mental***

O Plano Nacional de Saúde Mental publicado na Resolução n.º 49/2008 resultou de um relatório que, debruçando-se sobre a saúde mental portuguesa, concluiu que os actuais serviços de saúde mental sofrem genericamente de insuficiência graves a nível da acessibilidade, da equidade e da qualidade dos cuidados.

Para melhorar esta situação estão a ser desenvolvidas pela Coordenação de Saúde Mental, em conjunto com outras instituições, diversas acções que promovam o aparecimento e a criação de novos projectos, acções, programas e diferentes comportamentos, todos dentro da filosofia e dos princípios do PNSM, mais consentâneos com os tempos actuais e com os padrões internacionais para esta área.

Neste âmbito o período de candidatura é de 1 a 30 de Junho de 2010.

Foi elaborado um projecto (Anexo VI) que visa o acompanhamento a utentes mentais graves e fazer NAP, pois esses utentes devem ser acompanhados por equipas com formações específicas na área.

Este projecto encontra-se em análise para posteriormente a Administração envia candidatura.

Avaliação: Objectivo atingido aceite pela Enfermeira Chefe e Director de Serviço mas, por razões de ordem logística, a Administração não enviou o processo de candidatura ao Alto Comissariado.

- ***Participar na formação em serviço como formador***

#### **Formação do CIR**

A formação constitui um pilar fundamental no desempenho da profissão com vista à qualidade assistencial.

No sentido de replicar para o serviço, uma formação promovida pelo Alto Comissariado em que participei, com outra colega realizamos a acção de formação “Cuidados Integrados de Recuperação para Doentes com Patologia Psiquiátrica Grave”. (Anexo VII)

O planeamento e justificação da sessão encontram-se em anexo (Anexo VIII)

Como *objectivo geral* da sessão:

- Desenvolver competências para o acompanhamento em consulta dos doentes mentais graves.

Como *objectivos específicos* pretendeu-se:

- Dar a conhecer Programa Integrado na Recuperação de pessoas com doença mental grave.
- Sensibilizar para as estratégias a utilizar
- Especificar a quem se destina o programa

Avaliando a sessão, observei grande interesse no tema abordado, por parte dos formandos. A participação foi activa, colocando várias questões e demonstrando atenção, com interesse em aprofundar conhecimentos sobre o tema abordado.

### **Formação: Reabilitação Psicossocial**

Este tema foi proposto pelo formador em serviço. Realizada em conjunto com o outro colega da especialidade (Anexo IX).

A reabilitação não é um processo linear nem unilateral (do técnico para o doente) mas um processo global, pluridimensional e complexo, que se desenvolve na interacção entre todas as pessoas intervenientes: a pessoa com uma perturbação mental, a família / rede social de suporte e a equipa técnica. Esta complexidade pressupõe determinadas condições de realização e exigências do processo, sobretudo numa vertente personalizadora.

Pretendemos que esta reflexão possa contribuir para que todos os que trabalham na área da psiquiatria, sintam a “aventura” da redescoberta da pessoa, explorando ao máximo as suas potencialidades e não se centralizem na doença mas na pessoa, embora reconheçam as limitações que a doença lhe traz, ou seja, que promova evolução no desempenho profissional com qualidade. Pelo que elaborei uma pesquisa bibliográfica sobre o tema e deixo um trabalho (Anexo X)

O planeamento, divulgação e justificação da sessão encontram-se em anexo (Anexo XI).

*Objectivos Gerais:*

- Desenvolver conhecimentos na área da reabilitação psicossocial;

*Objectivos Específicos:*

- Definir reabilitação;
- Abordar os princípios gerais a atender na reabilitação;
- Salientar o papel da família na reabilitação.

Avaliando a sessão: A sessão foi muito participativa, despertando o interesse de toda a equipa.

### **Formação: Gestão de Conflitos**

Propusemos ao nosso tutor e à Enfermeira Chefe uma formação “Gestão de Conflitos”. (Anexo XII)

A realização desta sessão de formação partiu da identificação de uma necessidade de intervenção neste âmbito.

Os profissionais de Saúde são confrontados com situações de risco na relação interpessoal com os utentes. Este tema reporta-se tanto a acontecimentos diários quer no Hospital Dia quer no internamento.

O planeamento, divulgação e justificação encontra-se em anexo (Anexo XIII).

*Objectivos gerais:*

- Desenvolver conhecimentos específicos e adequados que permitam adaptar-se melhor à área da gestão de conflitos.

*Objectivos específicos:*

- Dotar os profissionais de estratégias para actuar em situações de conflito.
- Diminuir a incidência de reacções de conflito por parte dos profissionais.
- Favorecer a relação interpessoal entre os profissionais e os utentes.

Avaliação: Considero ter atingido o objectivo proposto.

### **2.2.2 – Módulo II – Unidade S. Bento**

Neste capítulo será feita referência à forma como decorreu a minha experiência no Estágio que decorreu na unidade de S. Bento da CSBJ. As dificuldades que tive, as estratégias que utilizei para as ultrapassar, bem como experiências vivenciadas e competências adquiridas.

De um ponto de vista geral, considero que este módulo do Estágio realizado na unidade de S. Bento decorreu de forma natural, com desenvolvimento positivo do meu processo de aprendizagem.

Este módulo teve particular interesse para mim, pois o campo de estágio era a Unidade onde exerço a minha actividade profissional. Assim, a concretização dos objectivos propostos revestiam-se de maior exigência e rigor.

Procurei aplicar maior intensidade na realização das actividades e no desenvolvimento de competências, essencialmente, no que diz respeito ao tema da *Gestão de Conflitos e de Comportamentos Agressivos*, bem como das *técnicas de relaxamento* e seus benefícios. Estes constituem os temas aos quais incidi maior relevo durante todo o Estágio e que mais procurei desenvolver, tanto no aprofundar de conhecimentos como na aquisição de competências sobre a prevenção, gestão e resolução deste tipo de comportamentos/situações.

## Objectivos Específicos Comuns

Dando continuidade ao meu projecto e aos objectivos por mim estabelecidos, a primeira etapa, desta fase, consistiu na integração no seio da equipe interdisciplinar dando par dos meus objectivos e da forma como pretendia atingi-los.

- ***Identificar a dinâmica organizacional, funcional e estrutural da Unidade de S. Bento, durante a primeira semana de estágio.***

A integração decorreu de forma simples e natural, já que esta ocorreu na unidade onde exerço, habitualmente, as minhas funções de Enfermeiro. Sendo assim, apenas ajustei as minhas competências de aluno, às competências de Profissional de Saúde.

Como forma de “integração” na unidade e procurando responder a uma das necessidades na unidade relacionada com logística, colheita e transmissão de informação sobre as utentes.

Avaliação: Considero ter atingido este primeiro objectivo.

- ***Respeitar os princípios Éticos e Deontológicos na prestação de cuidados à utente com doença mental, durante o estágio.***

A profissão de Enfermagem caracteriza-se por ser simultaneamente uma arte e ciência, cuja essência está orientada por um conjunto de princípios éticos. Assim, a ética em Enfermagem reflecte-se essencialmente no que devemos ser como Enfermeiros, na relação com os utentes promovendo a sua autonomia.

O conceito de autonomia remete-nos assim, tanto para a capacidade de cada um em assumir e dirigir a sua própria vida, através de decisões livres e responsáveis, como para o comportamento do meio envolvente que poderá favorecer ou limitar significativamente o exercício e o desenvolvimento da autonomia pessoal.

A prática do princípio da autonomia tem influenciado o evoluir da psiquiatria, tanto do ponto de vista legal, como moral e assistencial. O centro da tomada de decisões alterou-se indiscutivelmente. De uma tomada de decisão centrada no médico, passou-se para um leque muito mais alargado de decisores, ou seja, o doente pode contar com a equipa multidisciplinar, e sobretudo com ele próprio como protagonista do projecto terapêutico.

Para que se possa aplicar o princípio de autonomia com rigor e idoneidade temos de falar necessariamente de competência mental e esta entende-se como a capacidade do utente para compreender a sua situação, os valores que estão em jogo e os recursos de acção possíveis com as consequências previsíveis de cada uma delas. Deve ainda ter competência mental para tomar, expressar e defender uma decisão que seja correcta e coerente com a sua própria escala de valores<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Cf. JOSEP M.ª LLOVET HAYA. “La competencia mental: concepto e evaluación”, in: Labor Hospitalaria, Barcelona, 2-2002, N.º 264, Vol. XXXIV, p.91.

Quando falamos em competência fala-se em capacidade para tomar uma determinada decisão. Um doente pode ser competente para tomada de uma decisão e não ser para outra. Para além disso, essa capacidade pode variar ao longo do tempo, porque a competência está em relação com a capacidade mental e com determinado contexto, que é variável de pessoa para pessoa e de um momento para outro; “a competência é a caracterização “aqui e agora” de uma determinada tarefa”<sup>10</sup>. Não se pode negar a competência de uma pessoa pelo simples facto de estar doente ou de avaliação feita de acordo com o facto de que a competência depende das suas capacidades mentais que podem estar mais ou menos alteradas. Por essa pessoa ter mais ou menos dificuldade para determinadas opções não nos deve levar a concluir que é incapaz para todas.

Falar de autonomia do doente psíquico exige-nos uma profunda reflexão em relação às inumeráveis situações no assistir e cuidar psiquiátrico. De facto, a relação entre o direito e a psiquiatria é sem sombra de dúvida um progresso na história da assistência psiquiátrica. No entanto, nas intervenções assistenciais confrontamo-nos sempre com a problemática como tratar com os limites do princípio de autonomia, procurando resolver as complexas situações que encontramos na prática assistencial entre a liberdade e responsabilidade, entre direitos e deveres.

O princípio da autonomia impõe o respeito pela pessoa, entendendo-se esta como um ser humano, quem tem problemas psiquiátricos não é excepção a esta regra. Defender e promover a autonomia do utente com problemas psiquiátricos é cada vez mais um desafio que implica determinação facilitando comportamentos autónomos, prestando toda a informação possível de forma clara de modo que ele possa decidir livremente sem se sentir coagido na sua escolha.

Sabemos por experiência própria que este é um desafio que implica modificar o nosso olhar face à competência do utente para decidir. Este pode demonstrar algumas incapacidades por vezes limitadoras para tomar determinadas decisões num determinado aspecto da sua vida, porém noutros campos poderá claramente gozar de autonomia.

No contexto promotor de autonomia a pessoa, a família e o contexto social são realidades intrinsecamente interligadas, que conseqüentemente têm que fazer parte do dinamismo reabilitador, se assim não for, pouco ou nada se poderá fazer, pois só nesta envolvência é possível desenvolver um projecto que visa a melhoria da qualidade de vida da pessoa com doença mental. Ajudar a pessoa com doença mental a passar do seu isolamento para uma atitude participativa para um caminho de descoberta da sua autonomia e capacidade de decisão é um desafio constante que permanece no assistir psiquiátrico.

Assim, procurei guiar as minhas intervenções tendo em conta o princípio ético da autonomia na relação que estabeleci com o utente e família.

Avaliação: O objectivo foi atingido, pois sempre que possível, apliquei o princípio ético da autonomia na prática da Enfermagem.

---

<sup>10</sup> Ibidem, p.92

- **Identificar as necessidades do doente psiquiátrico ou com problemas de saúde mental e seus prestadores de cuidados e encaminhar para o respectivo técnico, durante todo o estágio.**

A identificação das necessidades dos utentes e seus prestadores de cuidados, tornou-se no primeiro objectivo que procurei desenvolver ao iniciar este módulo na Unidade de S. Bento. Este visou uma adequada e objectiva identificação das principais necessidades procurando a adopção de métodos adequados para resolução das mesmas.

Neste sentido, foram aplicadas como estratégias de identificação de necessidades da instituição, utentes/comunidade, dos profissionais e pessoais:

- Entrevista informal com a equipe pedagógica;
- Análise documental: plano de actividades de enfermagem 2010,
- Partilha de ideias com os Enfermeiros que operacionalizam os programas e projectos na Unidade;
- Entrevistas informais com a assistente social;
- Pesquisa bibliográfica;
- Análise crítico-reflexiva das nossas necessidades pessoais (académicas e profissionais);
- Reflexão e discussão entre os formandos;
- Consulta de dados estatísticos.

Avaliação: este objectivo comum aos vários Módulos, foi atingido de forma bastante satisfatória. A sua concretização foi simples e natural, tendo em conta que este Módulo do Estágio foi realizado no meu local de actividade profissional, facilitando a meu processo de levantamento de necessidades.

- **Estabelecer uma relação terapêutica com os utentes/família, durante o estágio.**

No cuidar em psiquiatria muitos e variados problemas éticos se colocam ao enfermeiro e concretamente quando se fala ou pretende defender e promover a autonomia. Um dos mais difíceis é o da salvaguarda da liberdade da pessoa doente ao longo do processo promotor da autonomia. Autonomia que não se cinge apenas a aceitação passiva e paternalista, mas estimulação e incentivo a um crescimento de acordo com as capacidades do doente com patologia psiquiátrica. Autonomia que é desafio a acreditar e aceitar a aventura de aprender e reaprender a viver a sua liberdade.

A liberdade implica que o enfermeiro dê espaço à pessoa doente para decidir, para optar, liberdade que implica risco de favorecer uma vivência mais autónoma e independente, indo de encontro às suas capacidades. O enfermeiro num encontro face a face com a pessoa com patologia psiquiátrica, procura numa conjugação de esforços “restabelecer a ordem perturbada, possibilitando a lucidez de pensamento, domínio dos sentimentos e afirmação de uma vontade

livre”<sup>11</sup>, de forma a favorecer a confiança em si mesmo e o crescimento em termos de autonomia.

Os doentes psiquiátricos podem adquirir, apesar das suas limitações psíquicas, uma grande variedade de aptidões físicas, emocionais, relacionais e intelectuais. Estas aptidões, quando convenientemente integradas num programa de reabilitação que possibilite o seu fortalecimento e apoie o seu uso na comunidade, têm um impacto significativo nos resultados de uma vida cada vez mais independente e autónoma.

Internamentos prolongados, conduzem rapidamente a esquecer as habilidades necessárias para funcionar normalmente em sociedade e reforçam características como a passividade e a dependência. As pessoas com doença mental têm necessidades físicas, emotivas, sociais, intelectuais diversas, bem como capacidades que podem conduzir à satisfação das mesmas, desde que sejam apoiados por programas de reabilitação bem elaborados e personalizados, estas capacidades podem ser potencializadas, visando a passagem para uma vida mais autónoma, até onde for possível. O ambiente que circunda cada pessoa com doença mental deve ser estruturado para oferecer ajuda. O esforço visa melhorar e criar elementos de suporte. Toda a equipa: profissionais, familiares, voluntários e o envolvimento de todas as estruturas sociais, trabalhando com um objectivo comum, aumentam as oportunidades reabilitativas do doente mental.

Neste contexto de autonomia a reabilitação psiquiátrica surge como um instrumento de profunda e verdadeira humanização, espaço reabilitador, facilitador de personalização reconstrutivo da pessoa, isto é, promotor de uma autêntica autonomia enquanto espaço dignificador.

Cuidar em enfermagem psiquiátrica deve ser entendido como um acto que prestamos a alguém que, definitiva ou temporariamente, necessita de ajuda para realizar as suas necessidades humanas básicas. Visa restabelecer a integridade física, mental e emocional do indivíduo, capacitando-o para descobrir e compreender as suas dificuldades, facultando as condições necessárias que permitam desenvolver ou reaprender competências e aptidões que contribuam para a melhoria da sua qualidade de vida. É, essencialmente, ajudar o outro a ser o autor da sua própria vida, naquilo que ele for capaz e até onde ele for capaz.

Esta acção desenha-se a partir da consciência de que a pessoa humana, independentemente da sua situação concreta de vida, é sempre um ser com dignidade incondicional, e como tal, um apelo à criatividade personalizada da intervenção, durante todo o processo terapêutico.

A Enfermagem é conceituada como a Arte de Cuidar. Neste sentido, a empatia, habilidade essencial do cuidar, constitui-se um componente fundamental do tratamento dispensado ao cliente. O conhecimento científico e a habilidade técnica do Enfermeiro são importantes, mas de pouco adiantará se este mesmo Enfermeiro não apresentar um bom relacionamento

---

<sup>11</sup> J. BARRETO – “Doença Psíquica”, In: L. ARCHER, Bioética, S. Paulo, Verbo Editora, 1996, p.315.

interpessoal, ser empático e assertivo. É necessário que a Enfermagem encontre o equilíbrio entre o conhecimento científico e a prática de comportamento humanístico.

Finalizando este módulo, fiquei com uma perspectiva ainda mais vincada do que é ser Enfermeiro de SMP e com a certeza de que para ser um bom Enfermeiro é necessário ser uma pessoa com uma capacidade de escuta e compreensão extraordinárias, com um alto sentido de responsabilidade, trabalhadora, honesta e interessada em aprender coisas novas todos os dias, aprendendo também com os erros que se cometem.

O desenvolvimento do sentimento de empatia na relação estabelecida com a pessoa que está a ser assistida é de grande importância. Também da empatia depende o sucesso do tratamento da pessoa, pois a mesma tem efeito terapêutico.

Avaliação: Tal como no módulo anterior, este objectivo foi atingido. Pude desenvolver a minha capacidade em estabelecer uma relação terapêutica com utentes e família. Procurei aperfeiçoar a minha intervenção, tendo por base a reflexão e aplicando os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos no decorrer do Mestrado. Colaborei de forma directa e participativa com a equipa de enfermagem, reflectindo sobre as minhas intervenções, se foram as mais adequadas ou não. Solicitei a orientação e esclarecimento à equipa de saúde sempre que necessário. Realizei ensinamentos ao doente e à família, actividades de estimulação cognitiva e dinâmicas de grupo com algumas utentes.

### **Objectivos específicos**

- ***Elaborar um projecto de intervenção no âmbito do uso do relaxamento como terapia.***

Para além dos efeitos tão importantes no combate ao Stress, o domínio das técnicas de relaxamento pode ainda ter um papel importantíssimo no nosso desenvolvimento pessoal. Ao longo das sessões de relaxamento vai-se entrando em contacto com as partes mais profundas de nós. Estas sessões podem ser verdadeiras viagens ao nosso universo interior. Viagens de descoberta e de exploração até às partes mais escondidas do nosso Eu, até às partes mais autênticas e genuínas da nossa natureza.

A utilização do Relaxamento por parte dos enfermeiros, particularmente dos enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, é uma mais-valia no alívio dos sintomas presentes no doente mental, sendo esta intervenção diversas vezes mencionada na bibliografia consultada como um recurso terapêutico não farmacológico.

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

As técnicas de relaxamento podem atenuar a sintomatologia de determinadas doenças mentais, não querendo com isto dizer que são um substituto da terapêutica farmacológica, mas sim como componente integrante de modalidades terapêuticas combinadas.

Esta opinião sustenta-se pelo facto do Relaxamento Muscular ser, por diversas vezes, mencionado na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), para alguns diagnósticos de enfermagem, descritos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão β2, no contexto da Saúde Mental e Psiquiatria como nos diz Sequeira (2006), na terceira parte do seu livro “Introdução à Prática Clínica”, denominada “Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem”.

Os diagnósticos de enfermagem no contexto da psiquiatria, mencionados pelo autor supracitado são: agitação, ansiedade, dor, stress e insónia.

Avaliação do Objectivo: Objectivo plenamente realizado com a elaboração do trabalho sobre “Relaxamento.” (Anexo XIV)

- ***Participar na formação como formadora***

#### **Formação sobre “Comunicação Assertiva”**

Numa unidade de internamento de doentes do foro psiquiátrico, há muitas situações que podem provocar conflitos e até podem levar a situações de agressividade, tanto verbal como física. É importante sabermos como actuar para minimizar as situações de risco e não intensificá-las ainda mais. Os profissionais em situações de violência física ou verbal por parte dos utentes devem manter uma atitude profissional.

Assim, foi realizado uma formação sobre “Comunicação Assertiva” que partiu de uma necessidade sentida pela AAM (Anexo XV). A planificação e a fundamentação encontram-se em anexo (anexo XVI). A formação foi dirigida às Auxiliares da unidade de S. Bento e tinha como objectivos:

*Objectivos gerais:* sensibilizar acerca dos diferentes estilos de comunicação e de que forma a comunicação pode influenciar de uma forma positiva ou negativa uma transacção.

*Objectivos específicos:* no final da sessão os formandos deverão ser capazes de:

- Identificar estilos de comunicação;
- Promover boa relação inter-pessoal;
- Saber actuar numa situação de conflito.

Na formação participou a maioria das Auxiliares do serviço. Estas revelaram grande aceitação pela formação. As formandas adquiriram noções de postura física e de técnicas verbais. As formandas demonstraram uma participação muito activa, expondo casos e situações do dia-a-dia. Transmitiram uma certa experiência pessoal que, em muito, enriqueceu a formação. Isto fomentou a discussão e troca de ideias e experiências entre os participantes.

As formandas ficaram interessadas e sensibilizadas pelo tema. Colocaram muitas questões sobre como gerir/lidar com situações específicas e frequentes da prática. Isto gerou uma reflexão em grupo acerca das atitudes e comportamentos quotidianos que apresentavam e que mudanças poderiam ser realizadas.

No final da sessão, as formandas demonstraram capacidade em identificar quais os aspectos a ter em conta no relacionamento com os utentes e em saber como actuar perante um utente irritado, agitado ou agressivo.

A realização desta sessão permitiu-me adquirir competências comunicacionais e de formação. Neste caso relacionadas com a promoção de comportamentos e hábitos adequados perante situações de risco.

- ***Organizar o Kit de Estimulação Cognitivo-Sensorial na Unidade S. Bento.***

**Kit de Estimulação Sensorial e Cognitivo** (Anexo XVII)

A realização desta actividade consistiu na organização de um KIT. Este pretendeu emparelhar algumas das técnicas cognitivas com estimulação sensorial. Deste modo, foram construídos cartões com estímulos visuais, colectados frascos com aromas diversos e material com texturas diversas, sons do mar e da natureza e “sabores”. O todo foi colocado numa caixa específica, construída para o efeito e devidamente identificada.

O intuito deste kit centrou-se na promoção do bem-estar, estimulação positiva dos sentidos, promover a melhoria do desempenho das actividades da vida diária e melhorar ou manter o desempenho cognitivo e funcional.

A organização do KIT permitiu uma interacção muito positiva com as utentes que participaram na sua criação. Foi interessante ver o interesse que elas revelaram durante a construção da caixa ou na escolha dos materiais constituintes do KIT. Achei importante e benéfico a participação das utentes na elaboração do kit, pois permitiu-lhes desenvolver sentimentos de utilidade, pertença de grupo, criatividade e de motivação. O empenho e colaboração no processo de organização do KIT foram notórios.

Avaliação: Objectivo atingido, pois consegui motivar as doentes na participação, algo que se tornou enriquecedor.

**Objectivo específico:**

- ***Desmistificar a doença mental.***

A doença mental afecta algumas dimensões profundas da pessoa, nomeadamente funções e faculdades cognitivas e comportamentais, que podem dificultar uma assimilação, compreensão e discernimento que capacite a uma escolha livre e autónoma. Aos profissionais e a todos os que positivamente se relacionam com estas pessoas compete a promoção da autonomia, a salvaguarda da dignidade humana, defesa da integridade e a desmistificação da doença. Desmistificação que seria mais produtiva nas escolas.

Foi convidada para ir a uma Escola Primária falar sobre “A Doença Mental” para alunos do 2º Ano, foi explicado como lidar com pessoas portadoras de doença mental através de uma história “O Pássaro da Alma” (XVIII). Dado o sucesso da formação, fui novamente convidada

para repetir a formação aos restantes alunos da Escola (1º, 3º e 4º ano) e ao Jardim-de-Infância.

Feita planificação e estrutura de sessão. (Anexo XIX)

*Objectivo geral:* “Abordar a doença mental”

*Objectivo específico:*

- Saber que há pessoas com doença mental e saudáveis
- Respeitar a pessoa de doença mental

Avaliação: objectivo atingido plenamente pois estendi a formação aos restantes anos de primária e Jardim e promovi a visita à Casa de Saúde da Escola e IIHSCJ onde cantaram Janeiras (Anexo XX).

- ***Participar nas Jornadas da SPESM com artigo científico e poster***

Na viragem do século, na era da informática e da cibernética, quando a evolução técnica permite o aparecimento e o aperfeiçoamento constante e diária das máquinas é de suma importância pensar que o enfermeiro técnico de saúde é acima de tudo pessoa, tem como principal desempenho o outro mais ou menos saudável; mais ou menos dependente; mais ou menos sofrido. O fulcro da sua acção é a pessoa e o seu principal instrumento em relação a estas são as premissas centrais da "Cuidar" que se vão consolidando como essência da Enfermagem<sup>12</sup> bem como a participação em eventos científicos.

### **Elaboração de Posters e Artigo Científico**

A Organização Mundial de Saúde – OMS (2000, pág. 89) define queda como “consequência de qualquer acontecimento que leva o indivíduo a cair ao chão contra sua vontade”. As quedas são um dos principais acidentes que ocorrem em pessoas hospitalizadas constituindo um problema de saúde pública. Além das consequências físicas acarretam, apresentam custos sociais, económicos e psicológicos, aumentando a dependência e institucionalização, constitui um problema para todos os profissionais de saúde, daí a importância da pesquisa bibliográfica e elaboração do respectivo poster (Anexo XXI) e de um artigo científico (Anexo XXII).

O cuidar perante o doente mental a luz da ética, trata-se não só de cuidar pessoas, mas de cuidá-las bem. Isto só é possível, se o nosso agir for embebido de compreensão acolhedora, competência humanizada, atenção holística e adequada a cada caso individual, a cada situação existencial de cada doente.

Constitui um dever ético dos profissionais, o respeito pela liberdade do ser humano, para que o doente reencontre o caminho de crescimento, de reencontro consigo próprio, de autonomia e de maturidade. Os profissionais de saúde deverão conhecer essa dupla perspectiva para respeitar a dignidade objectiva do doente mental, semelhante à da pessoa saudável.

---

<sup>12</sup> Cf. MACHADO, Hélder. Ciência e Humanismo novo paradigma do relação médico/ doente. Coimbra: Almedina, 2003, p. 11.

Simultaneamente, deverão conhecer e respeitar a situação subjectiva para avaliar adequadamente a sua responsabilidade e ajudar assim, a suprir as limitações existentes. Daí o interesse pelo tema pelo que abordamos um poster “Ética no cuidar” (Anexo XXIII) e um artigo científico (Anexo XXIV).

Os avanços técnico-científicos e desenvolvimento farmacológico também foram importantes na clarificação e desmistificação da doença mental, o que veio proporcionar um tratamento mais digno onde é possível falar em reabilitação.

A ênfase é colocada não na doença, limitativa em si, mas nas dimensões saudáveis da pessoa. Esta assume o papel de sujeito/actor, protagonista do seu próprio processo terapêutico – reabilitador. Descobre-se a pessoa e potencializam-se as suas capacidades e aptidões, e aprendizagem, no sentido de melhorar a sua qualidade de vida. A reabilitação psicossocial não é um processo linear nem unilateral, nem tão pouco uniforme e normalizando, mas multifacetada, processual e dinâmico, no qual todos os intervenientes – a pessoa com perturbação mental, a família / rede social de suporte, e a equipa / staff – estão em processo de reabilitação. Daí a necessidade de uma abordagem holística e transdisciplinar, inter-institucional e sistémica. Pelo que daí a pertinência do tema e elaboramos um poster “Reabilitação Psicossocial” (Anexo XXV)

Todos estes trabalhos foram elaborados para participar nas Jornadas “*II Congresso Internacional da SPESM*” de 26 a 29 de Outubro de 2010.

Nestes trabalhos foi co-autora.

### 3 – Competências Adquiridas

Actualmente, a sociedade atravessa grandes transformações sociais, políticas e económicas, motivadas pela evolução científica e tecnológica, com repercussões a vários níveis, inclusive na Saúde.

A Enfermagem, enquanto profissão, tem conseguido integrar e acompanhar este processo reformador relativo ao novo paradigma em que se encontra, no qual a temática da qualidade dos cuidados assume um papel fundamental.

Numa perspectiva de desenvolvimento da profissão, é urgente que os enfermeiros dêem visibilidade à sua competência e mostrem que são indispensáveis, isto é, que das suas intervenções se obtenham resultados concretos, em termos de ganhos em saúde e/ou bem-estar, na óptica do utilizador.

As competências profissionais, ao serem entendidas como elementos basilares da qualidade prática, resultam naturalmente de uma combinação pertinente entre vários recursos que se identificam por saberes (saber ser, saber estar, saber saber, saber fazer, saber aprender e saber transformar-se). Deste modo, para satisfazer este requisito torna-se imprescindível que os enfermeiros possuam competências específicas em determinados campos, para que sejam visíveis e consideradas indispensáveis.

Tendo por base os conteúdos teóricos abordados durante o mestrado, ao longo do estágio desenvolvi diversas actividades que conduziram à aquisição de competências na realização de: entrevista, relação de ajuda, técnica de relaxamento, massagem terapêutica, estimulação cognitiva, dinâmica de grupo, educação para a saúde e planificação em saúde.

Em Saúde Mental e Psiquiatria, os cuidados de Enfermagem exigem um perfil de competências particular. No campo da promoção da saúde mental ou prevenção das doenças mentais, reforçam-se os factores de protecção do indivíduo, família, comunidade e da sociedade (capacidade de recuperação, adaptação ou resiliência) e diminuem - se os factores de risco.

Neste contexto, verifica-se que na prática, o Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria possui competências específicas que, embora funcionalmente semelhantes às outras áreas da enfermagem, são diferentes na sua essência e, apesar de significativas e indispensáveis, raramente são reconhecidas ou valorizadas.

Para a Ordem dos Enfermeiros, competência é um “fenómeno multidimensional, complexo e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional.”<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> **ORDEM DOS ENFERMEIROS.** *Do Caminho Percorrido e das Propostas.* 2003.

Os profissionais de saúde, têm de se dotar de qualidades fundamentais que os habilitem, ao longo da vida a adquirir os saberes necessários e a produzir um leque de competências que lhe são próprias.

Cada vez mais os enfermeiros são chamados a responder pela qualidade dos cuidados prestados, de forma a poderem dar resposta a solicitações diversas. Neste sentido, é necessário que estejam preparados para uma constante recriação do seu agir profissional e que dominem determinadas competências específicas.

Refiro de seguida as competências adquiridas, durante o estágio, que considero serem imprescindíveis para o futuro como Enfermeiro Especialista em ESMP.

- **Competências profissionais e sociais**

Este bloco de competências está relacionado com tarefas concretas desenvolvidas dentro dum determinado contexto social, ou mesmo profissional. São identificáveis por vários modos, nomeadamente: pela prática e análise do trabalho; pela execução da actividade profissional e social que lhe é inerente.

As atitudes relacionais e da comunicação manifestam-se na capacidade de *saber ouvir*, isto é, na descentralização de si, *qualidade da expressão* e, conseqüentemente, na *integração em equipa*, pela *aceitação de críticas*, pela capacidade de se *saber colocar em causa*, pela *capacidade de dinamização*, de *negociação*, de *organização*, de *saber fixar metas*, *objectivos e estratégias de solução* e *viabilidade prática*. O desenvolvimento destas competências constituiu a base da minha relação com os utentes, familiares, prestadores de cuidados e profissionais.

O acolhimento constitui o axioma central da ética do cuidar. A preocupação pelo outro vulnerável constitui a força motriz do cuidar. Cuidar de alguém, não só é ocupar-se dele, aqui e agora, mas antecipar esta ocupação, pensar nele, prever as suas necessidades. O cuidar não é um acto pontual, mas uma acção que se desenvolve no tempo, que requer a fidelidade no tempo e se expressa por acções cronologicamente sucessivas. A acção de cuidar visa, sobretudo acompanhar o doente na vivência e na experiência da doença<sup>14</sup>.

A **consciência ética**, enquanto caminho de interioridade que significa reflexão, prudência e conhecimento de causa. No exercício de cuidar, é fundamental não perder de vista a consciência da profissionalidade e isto supõe, manter sempre a tensão, estar atento ao que se está a fazer e não esquecer jamais que o outro vulnerável que está sob os meus cuidados é um ser humano, com uma dignidade intrínseca. Ser consciente de todos os factores que influem no exercício de cuidar e ser consciente das dificuldades que implica cuidar bem um ser humano é uma das fundamentais da excelência profissional.

---

<sup>14</sup> cf. TORRALBA, Francesc – “Lo ineludiblemente humano: hacia una fundamentación de la ética del cuidar”. In: *Labor Hospitalarias*. 1999 (253:3) p.140.

- **Competências Interpessoais**

As competências interpessoais são distintas das científicas, técnicas e metodológicas. O enfermeiro deve, acima de tudo, ter qualidades humanas e as suas relações devem manifestar-se pelos graus de efectividade que é capaz de implementar.

Estas competências abordam-se segundo várias dimensões, as quais considero ter adquirido durante o meu estágio:

*Grau de qualidade da relação empática* – dentro do possível, tentei colocar-me no lugar do outro sem me envolver e/ou assumir os problemas do outro como sendo seus. A empatia é sobretudo um sentimento, uma forma de estar e de sentir, uma característica do EU, elemento base no desempenho profissional que deve permanecer na vida, nos actos profissionais e em todas as relações que se estabelecem ao longo da vida.

A **confidencialidade** em determinadas circunstâncias de vulnerabilidade necessita de um confidente. Não poucas vezes este confidente é o profissional que passa longo tempo junto do doente. Este, tem necessariamente de desenvolver algumas características pessoais fundamentais, como sejam a escuta atenta, a capacidade de guardar segredo, de calar para si as mensagens que o outro vulnerável lhe comunicou numa situação limite. A confidencialidade caracteriza-se pela capacidade de preservar a vida íntima do outro, quer dizer, a sua privacidade, o seu universo interior. A confidencialidade está precisamente no repto de proteger o doente da sua exibição, é a virtude que permite ao profissional guardar os segredos que lhe foram confiados por um outro-vulnerável<sup>15</sup>.

O Enfermeiro Especialista em ESMP deve ter presentes estes princípios de forma a constituir-se como um elemento da equipa com autonomia para desenvolver um conjunto de actividades psicoterapêuticas, pelas quais somos inteiramente responsáveis desde a sua planificação até ao êxito e eficácia da sua implementação. Desta forma, no âmbito destas competências, procurei assumir como actividades específicas, no meu campo de intervenção na área da prestação de cuidados, as seguintes actividades como forma de aquisição de competências.

Os momentos de prestação de cuidados directos ao indivíduo, quer no Hospital Dia, como na CSBJ, foram a base estrutural de todas as aprendizagens subsequentes. Assim, pude ao longo dos dois módulos de estágio desenvolver competências na prestação de cuidados Especializados de Saúde Mental e Psiquiatria ao indivíduo (são ou doente) ao longo do seu ciclo vital, em situação de urgência, de crise, de dor e, de fim de vida. Para isso contribuí em muito os conhecimentos técnico-científicos adquiridos no Mestrado.

Na minha visão de Enfermagem, atribuo um papel preponderante à qualidade dos cuidados e neste sentido também eu me deparei com a necessidade de delimitação de competências pois,

---

<sup>15</sup> cf. TORRALBA, Francesc. “Lo ineludiblemente humano: hacia una fundamentación de la ética del cuidar”. In: *Labor Hospitalarias*. 1999 (253:3), p.152.

só assim, poderei primar na melhoria contínua da qualidade dos Cuidados de Enfermagem por mim prestados, aos quatro níveis de prevenção.

## 4 – Reflexões Finais e Sugestões

A consonância existente entre o Projecto de Estágio e o Relatório Crítico de Actividades (RCA) torna-se essencial na medida em que o primeiro constitui as linhas orientadoras para a concretização dos objectivos preconizados e o segundo traduz a reflexão crítica de todo o desempenho.

O RCA foi desenvolvido com a pretensão de realizar uma introspecção e avaliação crítico - reflexiva, focando as experiências vivenciadas, os obstáculos deparados e as estratégias utilizadas para os ultrapassar, com vista ao alcance dos objectivos preconizados inicialmente.

Um desafio maior do que a formulação de estratégias, é a sua implementação.

Todo o problema, depois de resolvido, parece muito simples. A grande vitória, foi o resultado de vários obstáculos ultrapassados e portanto uma série de pequenas vitórias que passaram despercebidas.

Transformar as *estratégias* em acção, foi o que procurei continuamente fazer ao longo deste ensino clínico, tendo presente o cronograma, que me esforcei por cumprir. Sinto que este estágio constituiu um momento de formação muito importante, na medida em que me desafiou a dar alma a tudo quanto já tinha aprendido até à data.

Neste capítulo, atendendo à filosofia que conduz um documento crítico de aprendizagem, procuro transmitir, com fidelidade e clareza, todas as actividades desenvolvidas durante este estágio, com base nos objectivos específicos traçados no projecto.

Na eminência de concluir este relatório e de cruzar a meta deste Estágio, não posso deixar de fazer um balanço final do mesmo, reflectindo sobre o meu percurso.

No decorrer do Estágio pretendeu-se que fossemos capazes de mobilizar nas diversas situações, os conhecimentos adquiridos, e que desenvolvêssemos competências crítico-reflexivas que nos permitissem não só agir, mas também reflectir nas acções, sempre com o intuito de desenvolver a prática dos cuidados de enfermagem.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental “para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais”<sup>16</sup>

Entre as várias competências determinadas definiram-se padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configurando-se como um grande desafio para a profissão e igualmente como um fio condutor da nossa actuação, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados

---

<sup>16</sup> Diário da Republica, 2.ª série n.º35 129/2011 de 18 de Fevereiro de 2011

prestados aos cidadãos, possibilitando igualmente a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

A enfermagem de saúde mental é um modelo do que representa a enfermagem holística. A enfermagem de Saúde mental assiste a pessoa ao longo do ciclo vital, integrada na família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental.

No que diz respeito à participação do Enfermeiro especialista em saúde mental no tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objectivo principal evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e a qualidade de vida de toda a família.<sup>17</sup>

Entre as várias competências determinadas definiram-se padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configurando-se como um grande desafio para a profissão e igualmente como um fio condutor da nossa actuação, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos, possibilitando igualmente a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

Os padrões de qualidade preconizam que na tomada de decisão, o enfermeiro identifique as necessidades de cuidados de enfermagem especializados da pessoa/família e/ ou comunidade; identificando problemas (reais ou potenciais). Prescreve as intervenções, com o objectivo de resolver ou minimizar os problemas identificados.

- **Estrutura física e dinâmica dos Serviços**

Exercer funções num serviço como o Hospital Dia ou a Unidade de São Bento, com a especificidade da sua estrutura física e de recursos, fez crescer em mim a vontade e necessidade de conhecer outra realidade, a fim de maximizar a realização deste estágio. É crucial conhecer a estrutura física e a dinâmica do serviço onde se desenvolve um ensino clínico, porque só assim serão rentabilizadas as intervenções de Enfermagem.

Apesar de todos possuímos uma idêntica formação de base, inevitavelmente há que ponderar que, sendo a enfermagem uma arte com valência em áreas multifuncionais (condição que individualiza o nosso percurso curricular), cada instante ou experiência que fenda o conceito do que consideramos ser “comum” ou “habitual”, nos coloca, enquanto pessoas e profissionais, perante a margem do “novo” e do “desconhecido”, exigindo um reequacionar de atitudes, de actividades que se prendam e nos remetam para a descoberta do que revela ser a nossa actual realidade de trabalho e, simultaneamente, campo de aprendizagem.

Neste circuito inicial de integração (que objectivava uma visita guiada/orientada pelo serviço) foram esclarecidas algumas questões relativamente ao funcionamento do serviço.

---

<sup>17</sup> Diário da Republica, 2.ª serie n.º35 129/2011 de 18 de Fevereiro de 2011

Cada cliente é um ser único, e como tal, com vulnerabilidades próprias que nesta área dos cuidados de enfermagem, podem determinar, em algumas situações especiais, serem envolvidos nos cuidados involuntariamente, pela aplicação do enquadramento legal específico e conseqüentemente podem receber cuidados, que no momento vão contra a sua vontade. Estas situações afectam a essência da relação enfermeiro/cliente e podem colocar dilemas éticos complexos, que são muitas vezes objecto de reflexão.

Tal como expus, é inegável o valor de todo um contributo que o profissional, curricularmente habilitado pelo estatuto da especialidade, proporciona à entidade patronal, compilando numa dedicação diária (notoriamente investida, quer no conjunto da equipa multidisciplinar, quer no serviço com especificidades demasiado singulares), um objectivo basilar: são melhorar a função, promover a independência e a satisfação com a vida e preservar a auto-estima na busca constante da **Satisfação do Cliente** (“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.”).

- **Competências na prestação de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental**

O enfermeiro de Saúde Mental desenvolve um papel fundamental de educador bem como de implementador de cuidados, conselheiro e consultor, muitas vezes responsável pelo planeamento geral dos cuidados de saúde mental, ou seja, o enfermeiro especialista em saúde mental é responsável pela Coordenação, desenvolvimento e implementação de programas de Psicoeducação e treino em Saúde Metal.

Como características gerais, a saúde mental tem um forte sentido processual, com começo, meio e fim para não expor o doente e a família a intermináveis tratamentos, ajudando o cliente a alcançar um estado de Saúde Mental próximo do que deseja e/ou a adaptar-se, reconhecendo o melhor nível de recuperação de acordo com o estilo de perspectivas de vida do cliente e de suas condições clínicas.

É preciso esclarecer que o tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial e a educação e o treino em saúde mental não significam curar, mas sim ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades e a atingir um padrão satisfatório na sociedade em que se insere.

O enfermeiro de saúde metal, tem como missão promover intervenções preventivas, não só para assegurar as capacidades funcionais dos clientes, bem como, evitar mais incapacidades, prevenir complicações e defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade. Assumindo assim o papel de educador, gestor de casos, conselheiro, defensor dos direitos dos utentes, investigador, capacitador/facilitador, líder, moderador, perito e membro de equipa.

Ao longo destes estágios foram-me proporcionadas diversas experiências, o que me permitiu a aplicação de conhecimentos técnicos e científicos e desenvolver competências técnicas na

prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental à pessoa com doença psiquiátrica ou problemas de saúde mental. Sendo eles:

Aos utentes a quem prestei cuidados de enfermagem de saúde mental efectuei colheita de dados, através da consulta do processo clínico, do contacto com a equipa pedagógica, com os enfermeiros de cuidados gerais e ainda pelo contacto com o utente e seus familiares. Com o decorrer fui-me apercebendo da diversidade e complexidade de patologias do foro psiquiátrico.

Segundo o Padrão da qualidade definido pela OE, **O bem-estar e o autocuidado**, *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/completa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.”* Neste âmbito, são elementos inerentes ao bem-estar e ao autocuidado a identificação de problemas para os quais o enfermeiro deve estar preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para reabilitação e regresso a casa e ao trabalho de pessoas em sofrimento ou com perturbação mental.

- **Implementação da Consulta de Enfermagem no Hospital Dia**

A oportunidade de desenvolver a uma consulta de enfermagem no Hospital de Dia surgiu como forma de colmatar uma lacuna do serviço e será uma recurso importante na optimização e personalização dos cuidados prestados ao cliente do foro psiquiátrico ou com problemas de saúde mental através da aplicação do processo de enfermagem.

Pretendo ressaltar que, muito embora o meu contexto de trabalho não se desenvolva neste domínio, estou ciente da pontuação meritória e imprescindível, atribuída aos referidos estágios, na medida em que me permitiu alicerçar, às funções de enfermeira de base, os atributos consignados no papel de aluna da especialidade, sensibilizando-me para determinados aspectos que, reconhecidamente, nos distinguem na qualificação da assistência ao doente do foro psiquiátrico ou com problema de saúde mental e seus prestadores de cuidados e/ou família.

Ao aplicar o processo de enfermagem sensível aos cuidados de enfermagem de Saúde Mental e utilizando a linguagem CIPE para descrever a nossa prática, torna-se claro a visibilidade que damos às nossas intervenções.

O enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades num domínio específico da enfermagem. Demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, o que lhe permite ponderar as necessidades de saúde da pessoa e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, aos três níveis da prevenção.

Segundo o padrão da qualidade, emanado pela OE para a Promoção da Saúde refere que “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.”

Assim, são elementos importantes face à promoção da saúde, a identificação da situação de crise e dos recursos do cliente, a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida e o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente. Deste modo, é crucial para a enfermagem de Saúde Mental, a aplicação do processo de enfermagem realizando uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente, as capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental e ainda o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem – estar do cliente.

- **Formação em Serviço**

Visto a Formação constituir um pilar fundamental no desempenho da profissão foram realizadas várias formações em serviço tanto no Hospital Dia como na Unidade de São Bento.

Os padrões da qualidade da OE prescrevem a Organização dos Cuidados de Enfermagem: *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.”* O enfermeiro, consciente de que a sua acção se repercute em toda a profissão assume o dever de manter no desempenho das suas actividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão.<sup>18</sup>

Como apreciação geral do estágio, posso dizer, que vivi esta prática clínica de uma forma muito emotiva, senti que houve uma evolução contínua nos meus actos, decisões e atitudes e que desenvolvi competências técnicas, cognitivas em todos os níveis, fazendo de mim um ser mais maduro e profissional. Orientei a minha aprendizagem nesta área específica, de forma a interiorizar e absorver todos os conhecimentos úteis de saúde mental para a minha prática profissional, bem como tentar dar um contributo válido ao serviço. Foi uma prática que me trouxe princípios básicos coerentes e bem fundamentados que me iram acompanhar nesta meta até me tornar uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.

Agora que o estágio chegou ao fim, olho para trás e considero que para que os meus objectivos fossem alcançados, empenhei-me em ser uma enfermeira calorosa, disponível, capaz de escutar as inquietações e sofrimento de outros, transmitindo simplicidade e humildade nos diálogos e nos actos. Para o sucesso da minha intervenção foi de extrema importância a orientação da equipa orientadora, da equipa da Enfermagem do Hospital Dia e da Unidade S. Bento e o apoio dos meus colegas de Estágio.

Este estágio permitiu-me evoluir no planeamento de actividades, mas o que é certo, é que também o fez no campo relacional, visto que dei por mim a desenvolver uma relação diferente com os utentes, pois efectuei uma maior abordagem no âmbito da promoção da saúde, quando

---

<sup>18</sup> Artigo 90.º do código Deontológico: Dos deveres para com a profissão

a minha experiência relacional anterior era voltada sobretudo para os cuidados diferenciados. É sem dúvida uma realidade muito diferente, já que o apoio aos utentes se dá ao nível da manutenção da saúde e nem tanto do tratamento de doenças, pelo que senti que a minha intervenção assumiu, pela primeira vez, um carácter verdadeiramente preventivo. Dei por mim a desenvolver competências relacionais de uma forma natural e sem grande esforço, já que me limitei a utilizar os conhecimentos e experiência que tinha adquirido neste domínio, em outros momentos da prática clínica e no exercício da minha actividade profissional.

Por outro lado, e como já fui referindo, tive oportunidade de trabalhar em colaboração com a equipa multidisciplinar e este é um aspecto que gostaria de destacar neste ponto do relatório pelo lado positivo que assumiu. Para além da relação de entreajuda estabelecida entre mim, a equipa de Enfermagem, a equipa Orientadora e o grupo de colegas do Mestrado, tenho a destacar a oportunidade de ter trabalhado em articulação com outros profissionais tais como, Psiquiatras, Psicólogos, Nutricionistas, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais entre outros. Esta foi uma experiência muito gratificante para mim, já que me fez sentir parte integrante de uma equipa, que intervêm activamente nesta comunidade hospitalar, fazendo-me sentir agente de mudança.

Posso afirmar que, ao longo do estágio, me foi sentindo cada vez mais confiante. Consegui passar para os utentes uma imagem de segurança, o que por vezes não acontece pelo facto de sermos alunos. Apesar de me apresentar como estagiário, acabavam sempre por me considerar um Enfermeiro o que para mim era muito gratificante.

Assim considero, eu próprio, ter sido um instrumento da minha formação, já que fui à “caça” das melhores oportunidades de aprendizagem e das melhores experiências. Procurei sempre reflectir sobre o meu percurso e avaliar-me sistematicamente no sentido de uma maior evolução, rumo a uma melhor prestação de cuidados, que julgo se irá reflectir num ampliar de competências na área crítico-reflexiva.

## 5 – Conclusão

Na actualidade, preconiza-se um atendimento integrado e holístico, de forma a combater as necessidades bio-psico-sociais e espirituais do indivíduo, considerando-o parte integrante de uma estrutura familiar e social. Assim, foi ao longo deste relatório, bem como no decorrer da minha prática enquanto aluno, efectuada uma reflexão constante sobre estas premissas, procurando como resultado final o desenvolvimento de competências de ESMP neste âmbito.

A elaboração deste relatório permitiu a delimitação e consolidação do meu campo de competências como futuro Enfermeiro Especialista em ESMP.

É muito bom sentir que os meus conhecimentos teóricos com aplicação prática influenciaram o estado de saúde de alguém, e que consegui ganhos em saúde prestando cuidados com qualidade, só esse facto é para mim uma grande satisfação e um certo orgulho. É bom sentir que estou a investir para algo que me dá grande prazer e satisfação.

A análise crítica que faço é que consegui sempre obter os recursos e o espaço necessário para a execução de intervenções específicas e personalizadas, de acordo com o diagnóstico de necessidades, fomentadas e aprofundadas com a construção das reflexões e pesquisas necessárias para a elaboração do presente trabalho. Este foi desenvolvido com base num espírito crítico e auto-crítico ao longo dos diferentes módulos de estágio, não sendo apenas um resultado final, mas o fruto de um processo contínuo.

Tendo isto em consideração, a minha prática durante o ensino clínico baseou-se, maioritariamente, em intervenções que contribuíssem para o bem-estar mental, a diminuição do estigma e a reabilitação e integração social.

A formação é um processo complexo, contínuo e inacabado. O ensino clínico é um momento singular e essencial para a consolidação de conhecimentos teóricos, representando uma forma de os pôr em prática, com toda a responsabilidade que advém de uma profissão onde a Pessoa é um dos factores primordiais.

Com a elaboração deste relatório, efectuei uma análise sobre todo o meu trabalho desenvolvido ao longo deste percurso profissional e académico. Considero que a minha evolução enquanto profissional foi crescente, melhorando a minha prestação de cuidados ao longo do estágio: intervenção no utente com perturbação mental ou em *risco*, familiares e profissionais de Saúde em várias dimensões de intervenção. Assim, fui interiorizando experiências e conhecimentos, sendo capaz de analisar e identificar as áreas em que necessitava de melhorar o meu *know-how*.

Claro está, que me deparei com dificuldades, dilemas éticos e com uma efectiva necessidade de procurar mais conhecimento na área da ESMP. Este sentimento de *procura* mobilizou-me

num processo dinâmico de aprendizagem e obtenção de respostas, no sentido de crescer não só como profissional, mas também como pessoa.

Este processo de ensino/ aprendizagem, não seria possível sem a orientação pedagógica e a excelente relação que se criou entre todos os intervenientes deste percurso. Este foi sem dúvida um momento de formação do qual levo um balanço positivo e um vasto leque de conhecimentos, na certeza de que estes se repercutirão na minha prática futura.

Os desafios que me foram propostos durante o ensino foram conquistados e ultrapassados. Foram mais um meio para crescer nas minhas competências científicas, técnicas e relacionais.

Com o término deste relatório debruçamos um olhar sobre os principais objectivos traçados, para o mesmo. Considero que estes foram atingidos com uma análise metódica efectuado ao longo deste trabalho, melhorando a minha compreensão sobre os objectivos predefinidos, actividades e estratégias desenvolvidas ao longo do Estágio, sustentando desta forma todo o conteúdo deste relatório e a sua validade empírica.

Em relação à delimitação do campo de actuação do Enfermeiro Especialista em ESMP, mais particularmente sobre as minhas competências neste âmbito, considero que é um campo muito vasto de actuação, e que este tem intervenções muito específicas dentro de cada contexto e realidades diferentes na área da SMP (prevenção, promoção, transição e manutenção).

O Enfermeiro Especialista em ESMP terá sempre que se adaptar as alterações da sociedade e consequentes mudanças do seu foco de actuação. Não será fácil delimitar este campo de competências, não obstante, após a elaboração deste relatório sobre a minha prática clínica e tendo em conta as reformas actuais nesta área de Enfermagem, a delimitação deste campo representa uma necessidade emergente que os vários profissionais, utentes e famílias sentem.

Com a construção deste relatório e sua discussão pública pretendo também contribuir para o debate no seio da Enfermagem sobre estas matérias.

Como principal sugestão, incitava à continuação da elaboração de relatórios sobre as práticas, com contributo mais acentuado dos Enfermeiros Especialistas em ESMP na construção final das competências do Enfermeiro Especialista.

Em suma, julgo que fui ao encontro das expectativas de todos os profissionais e utentes/ família com quem pude estabelecer interacções, mas o que valorizo também, foi o facto de ter sido aquilo que queria ser, e pretendo ser sempre: um profissional com mais competências e uma pessoa mais *completa* ... no fundo, melhor.

## 6 – Referências Bibliográficas

### DOCUMENTOS ESCRITOS

**ARAÚJO, PENHA REGINA V.L.** Necessidades Assistenciais da Cliente Mulher ao Procurar a Consulta de Enfermagem: uma abordagem fenomenológica na perspectiva de Alfred Schutz. Dissertação de mestrado: UNIRIO. Rio de Janeiro, 1999.

**BARBIER, J.** *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto, Porto Editora. 1993.

**BERRIO, A.** *La enfermedad mental – luchar contra su estigmatización*. *Hospitalarias*. Nº 278 Março. 2008.

**CASTRO, L.** et al. *Gerir o Trabalho de Projecto*. 2º Ed. Lisboa: Texto Editora. 1993. ISBN 972 47 0396 7

**COSTA, M.** *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século – Edições Lda. 1998.

**DECRETO-LEI** nº161/96. D. R. I Série. N.º 205 (96-09-04).

**HARVEY, A.** - *Insomnia: symptom or diagnosis?* *Clin Psychol Rev* 21(7). 2001.

**HESBEEN, W.** “*Cuidar no Hospital- Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva do Cuidar*”. Loures: Lusociência. 2000.

**JOSEP M.ª LLOVET HAYA.** “La competencia mental: concepto e evaluación”, in: *Labor Hospitalaria*, Barcelona, 2-2002, N.º 264, Vol. XXXIV.

**J. BARRETO.** “Doença Psíquica”, In: L. ARCHER, *Bioética*, S. Paulo, Verbo Editora, 1996.

**MACHADO, Hélder.** *Ciência e Humanismo novo paradigma do relação médico/ doente*. Coimbra: Almedina, 2003.

**MURRAY, C.** et al. *The Global Burden Of Disease*. World Health Organization. 1996.

**FERNANDES, M.** *Metodologia de Projecto*. 1998

**PHANEUF, Margot.** “A relação de Ajuda – elemento de competência da enfermeira” Texto da conferência do I Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgico, organizado pela Associação de enfermeiros especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica. In: *Revista de informação e cultura profissional CUIDAR*. Coimbra: Março, 1955. Tradução de Nadia Salgueiro.

**PIETTE, Jacques.** “*Éducation aux Médias et Fonction Critique*”. Paris: L' Harmattan, 1996.

**TORRALBA, Francesc.** “Lo ineludiblemente humano: hacia una fundamentación de la ética del cuidar”. In: *Labor Hospitalarias*. 1999 (253:3).

**VANZIN, A. & NERY, M.** *Consulta de Enfermagem: Uma Necessidade Social?* Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1996.

## **LEGISLAÇÃO**

**Artigo 90.º** do código Deontológico: Dos deveres para com a profissão

**DECRETO-LEI** nº161/96. D. R. I Série. N.º 205 (96-09-04).

**Diário da Republica**, 2.ª serie nº35 129/2011 de 18 de Fevereiro de 2011

**OMS.** *Atlas: Nurses in Mental Health* 2007. Suíça. 2007.

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** *Relatório Sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança.* Genève: OMS, 2001.

**ORDEM DOS ENFERMEIROS.** *Código deontológico dos Enfermeiros.* Artigo 80. 2003

**ORDEM DOS ENFERMEIROS** – *Competências do enfermeiro de cuidados gerais.* Nº 10. Lisboa. Outubro, 2003.

**ORDEM DOS ENFERMEIROS.** *Do caminho Percorrido e das Propostas.* 2003

**ORDEM DOS ENFERMEIROS.** *Regulamento para o Exercício para a Profissão de Enfermagem* (REPE).1998. Disponível no endereço electrónico:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168> (data de consulta: 15/11/08).

**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA.** *Regulamento Geral – Mestrado em Enfermagem de natureza Profissional.* Porto. 2007.

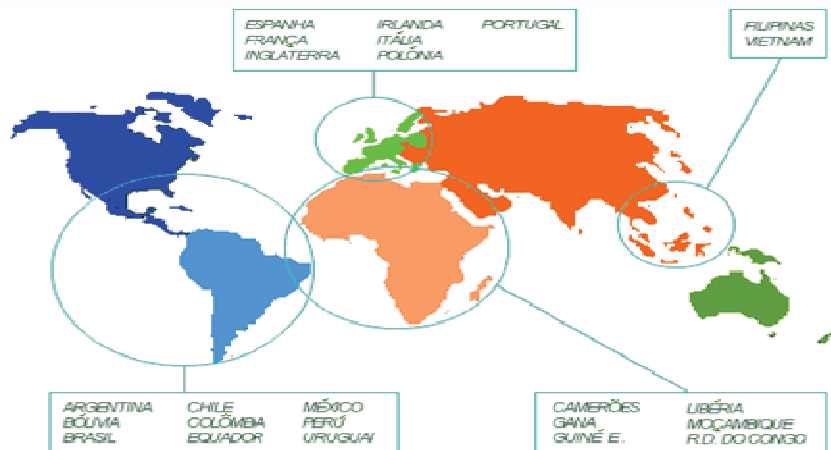
# ANEXO I

---

**A Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus**

## A Congregação no Mundo e em Portugal

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



A **estrutura organizacional** dos centros é a seguinte:

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

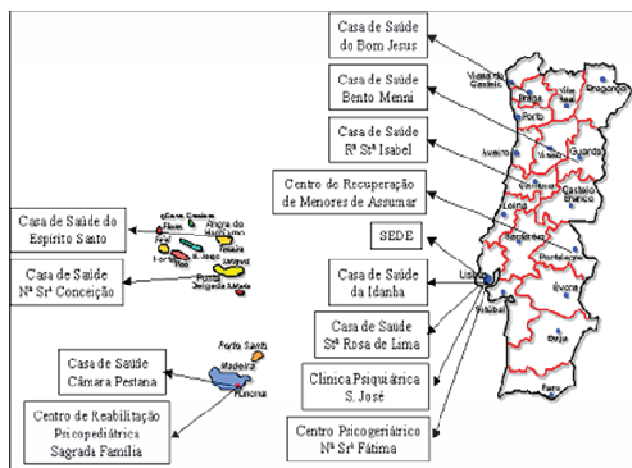
- Vietname

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

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

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

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



# **ANEXO II**

---

## **O Modelo Assistencial**

## Modelo Assistencial Integral

O modelo assistencial hospitaleiro enraíza-se numa concepção de pessoa como um todo, na sua pluridimensionalidade e por isso, se propõe uma atenção integral orientada para todas as dimensões da pessoa – física, psíquica, social, cultural, relacional, ética e espiritual. O modelo assenta numa concepção ética e cristã de pessoa: «a todos recebemos como irmãos, sem distinção de raça, religião, ideologia ou classe social»<sup>1</sup>. Nesta concepção da pessoa incluímos o reconhecimento e a promoção da sua dignidade, assim como a visão de fé, que nos permite descobrir a presença de Cristo na pessoa que sofre. Estas dimensões valorizam de forma transcendente todo o processo assistencial.

O modelo de cuidar próprio da Congregação orienta e configura a missão. Baseia-se na dignidade da pessoa e concretiza-se num atendimento de qualidade que compreende a dimensão biológica, psicológica, social e espiritual, assim como a prevenção, a reabilitação e a promoção da saúde segundo um padrão ético de excelência e relacional<sup>2</sup>. Está configurado por um conceito de saúde integral, em que se articulam os aspectos *bio – psico – sociais espirituais – éticos e relacionais*<sup>3</sup>. O seu objectivo fundamental é favorecer a oferta de uma atenção holística ao ser humano que sofre: «prevenção, cura e reabilitação dos doentes mentais, diminuídos físicos e psíquicos e outros doentes segundo as necessidades de tempos e lugares»<sup>4</sup>.

O conceito de saúde subjacente ao modelo hospitaleiro está em sintonia com o conceito global de pessoa na medida em que contempla as suas diferentes dimensões. A saúde integral, finalidade do nosso projecto, visa essencialmente sanar e cuidar a pessoa tomando como referência os progressos da ciência e da técnica articulados por uma atenção humana e dirigidos para as diferentes necessidades da pessoa ao longo do seu ciclo vital. A saúde integral leva consigo a defesa da vida em todas as suas circunstâncias, o combate ao sofrimento e à dor, o tratamento humano diante da obstinação terapêutica e a promoção positiva da saúde. Olhar a pessoa como um todo, intrinsecamente vulnerável e defender um modelo de intervenção holístico exige-nos um determinado estilo assistencial capaz de configurar uma identidade.

---

<sup>1</sup> Cf. IHSCJ – *Constituições*. Roma, 1994, n.º 61.

<sup>2</sup> Cf. IHSCJ – *Estatutos dos Centros Assistenciais*. Roma, 2000, p. 21.

<sup>3</sup> Cf. IHSCJ – *Projecto Hospitaleiro Integral*. Roma, 1994, n.º 23-26.

<sup>4</sup> IDEM

O conceito de pessoa que preconizamos exige um estilo de cuidar orientado pelos critérios da caridade e centralidade do doente, que engloba intervenções interdisciplinares e contempla uma atenção preventiva, universal, eficiente, eficaz, adaptativa, terapêutica, acompanhadora, reabilitadora e respeitosa, uma verdadeira atenção de qualidade, que potencia capacidades e aptidões, que reconheça a dignidade e promova a autonomia da pessoa com doença mental<sup>5</sup>. A atenção mais personalizada à pessoa doente e uma maior qualidade assistencial que vêm sendo promovidas, têm exigido uma intervenção interdisciplinar e uma adequada selecção e formação do pessoal<sup>6</sup>.

A pessoa que sofre, na sua integridade é o centro do agir hospitaleiro. A finalidade da assistência está orientada por uma complementaridade entre fé e ciência: compreende, simultaneamente, uma assistência técnica, humana e espiritual. Consideramos essencial no cuidado à pessoa a dimensão espiritual, respeitando credos, valores e opções de vida<sup>7</sup>. À pessoa que sofre, enquanto centro da missão hospitaliera estão subordinados todos os recursos assistenciais, organizados e administrativos.

Em todo o processo terapêutico à família, enquanto entidade de cuidados, é dado todo o apoio para a possível adaptação ao processo de doença e ao desenvolvimento de estratégias e coping e é desde o momento de admissão envolvida e é incentivada a participar activamente no processo de tratamento, cura ou reabilitação do seu familiar.

---

<sup>5</sup> Cf. *Ibidem*, n.º 29.

<sup>6</sup> Cf. IHSCJ – *Identidade Hospitaliera, Missão compartilhada*, p. 49.

<sup>7</sup> *Ibidem*, p.62.

# **ANEXO III**

---

**Descrição da Unidade de S. Bento**

# UNIDADE DE S. BENTO

A Unidade S. Bento destina-se ao longo internamento de doentes do foro psiquiátrico.

A média de idades das doentes na Unidade de S. Bento é de 26% para mais de 65 anos e de 74% dos 20 aos 65 anos.

## 1. Estrutura Física

Foi fundada em 1937, e sofreu várias obras de remodelação, apresentando neste momento capacidade para 88 utentes de sexo feminino.

A unidade de S. Bento situa-se num edifício de 3 andares: no rés-do-chão localizam-se os refeitórios, salas de estar, casas de banho, um quarto de isolamento, gabinete médico e de enfermagem. No primeiro e segundo andar localizam-se os dormitórios, casas de banho, rouparia e locais de arrumo. No primeiro andar existe também um quarto de emergência.

A unidade dispõe, ainda, de um sistema de detecção de incêndios, 6 extintores, escadas de saída interiores de emergência, uma lavandaria e um jardim de recreio.

### ***Rés-do-chão***

- 2 Refeitórios com capacidade para 88 doentes
- 3 Salas de estar
  - 1 Sala composta por 4 mesas e sofás, equipada com TV e aparelhagem áudio, destinada a actividades recreativas e de ocupação
  - 1 Sala composta por sofás e equipada com aparelhagem áudio, TV e DVD, direccionada para o repouso
  - 1 Sala composta por sofás que funciona como sala para realização de actividades recreativas, existindo acesso directo a esta pelo exterior (jardim) da unidade
- 8 WC's
- 7 WC's interiores, sendo uma delas de uso exclusivo dos colaboradores
- 1 WC exterior (jardim)
- 1 Gabinete de enfermagem
- 1 Gabinete médico
- 2 Arrecadações
- 1 Rouparia, servindo também como vestiário dos colaboradores
- 1 Copa e 1 Despensa anexada a esta
- 1 Lavandaria
- 1 Quarto de isolamento com WC privativo que, actualmente, está ocupado por uma utente,

servindo de dormitório.

- 1 Compartimento exterior que contém uma caldeira
- 1 Jardim de livre acesso às utentes
- 1 sala de visitas

### **1º e 2º Andar**

- 25 Quartos equipados de 4 camas cada, com capacidade total de 84 camas
  - 7 Quartos semi-privados com capacidade para 2 utentes cada
  - 1 Quartos triplos
  - 15 Quartos quádruplos
  - 1 Quartos sêxtuplos
- 2 Quartos de urgência (1 em cada andar), com uma cama articulada e um armário com algum material para uso de Enfermagem, uma mesinha e uma bala de oxigénio.
- 2 Quartos de isolamento com uma cama (1 em cada piso)
- 13 WC's distribuídos por 2 blocos do edifício
  - 3 WC's com chuveiro
  - 2 WC's com banheira
  - 8 WC's de serviço
- 1 Arrecadação
- 1 Rouparia

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

## **2. Recursos humanos**

São fundamentais pessoas para cuidar de pessoas. No sentido de proporcionar à doente uma assistência global de qualidade, personalizada e humanizada, a equipa da Unidade conta com pessoas de formação diversa, nomeadamente:

- Médicos
  - 2 Psiquiatras
  - 1 Neurologista que pratica consultas de clínica geral na Unidade de S. Bento
  - 1 Ginecologista que pratica consultas de clínica geral na Unidade
  - 1 Internista que dá assistência á unidade na falta dos 2 clínicos anteriores
- 1 Enfermeira-chefe
- 8 Enfermeiros
- 17 Ajudantes de enfermagem diurnas
- 1 Ajudante de enfermagem nocturna

- 2 Psicólogas
- 1 Assistente social
- 1 Fisioterapeuta
- 1 Professor de ginástica
- 1 Terapeuta ocupacional (Educadora social)
- 1 Nutricionista
- Irmãs religiosas (1 irmã, enfermeira, responsável pela Unidade; noviças )

### **3. Caracterização geral das utentes**

#### ***Unidade de S. Bento***

Nesta unidade, os diagnósticos mais frequentes na área da psiquiatria são: psicoses esquizofrénicas, alterações do comportamento, alcoolismo crónico, psicoses maníaco-depressivas, oligofrenias, depressões, perturbações de adaptação, perturbações da personalidade, entre outras.

Na área de Clínica Geral apresentam alguns diagnósticos como: anemia, bronquite crónica, diabetes *mellitus*, dislipidémias, cataratas, hemorróides, hipertensão arterial, incontinência, insuficiência venosa crónica dos membros inferiores, letiase vesicular, otite crónica, neoplasias e algumas alterações cutâneas, ungueais e do couro cabeludo.

A maioria das utentes é abrangida pelo SNS, sendo quatro participadas pela ADSE e uma participada pela GNR. (Ministério da Administração Interna – Serviço de Assistência na doença)

Relativamente à ocupação das utentes, algumas ocupam-se em áreas recreativas existentes na Casa de Saúde do Bom Jesus, nomeadamente, nos ateliers, no grupo “tamborilando”, na cozinha pedagógica, no centro de formação “Percurso”,...

As visitas e idas a casa com familiares são permitidas e até incentivadas e verificam-se com alguma frequência num certo número de utentes. De realçar a época Natalícia e a Páscoa, assim como, as datas de aniversário, às quais as utentes atribuem especial relevância e preferência em ir a casa.

### **4. Estrutura funcional**

#### ***Internamento***

As Unidades de S. Bento é unidade de longo internamento, alojando utentes vindas de várias

regiões de Portugal, com os mais diversos diagnósticos na área da Saúde Mental e Psiquiátrica. A maioria destas utentes vem transferida de outras unidades da Instituição, nomeadamente da Unidade de S. João de Deus. Assim, estas utentes podem dar entrada entre as 9h e as 22h, diariamente, incluindo sábados, domingos e feriados.

Normalmente, a utente chega à unidade acompanhada pelo enfermeiro da unidade de onde vem transferida. Este enfermeiro transmite oralmente informações relevantes, sobre diagnóstico e estado geral da utente, ao enfermeiro de serviço.

### ***Modalidades de internamento***

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

### ***Consultas de Psiquiatria***

Existem consultas de Psiquiatria, em regra, todas as Segundas-feiras (Dr<sup>a</sup> Beatriz) e todas as quartas-feiras (Dr Duarte), excepto feriados. Cada utente tem atribuído um psiquiatra assistente, que se mantém no decorrer do internamento de longa duração, bem como, numa readmissão posterior.

As utentes transferidas para as unidades devem ser observadas, logo que possível, pelo psiquiatra assistente.

Sempre que uma utente pretenda mudança de psiquiatra assistente, terá que solicitar ao Director Clínico e fundamentar o seu pedido, em modelo próprio. No entanto, a utente só pode mudar dentro dos dois psiquiatras que exercem na unidade.

### ***Consultas de Clínica Geral***

As utentes admitidas na unidade S. Bento são, sempre que necessário, observadas pelo Clínico Geral, Dr Ilídio. Estas consultas têm lugar, conforme plano.

### ***Exames complementares de diagnóstico e consultas no exterior***

As colheitas de espécimes para análise são efectuadas na unidade (colheita de sangue é efectuada por uma técnica do laboratório de análises) à 5<sup>a</sup> feira. Situações urgentes, a realizar fora do dia estipulado para o efeito, são da responsabilidade do enfermeiro de serviço.

Procede-se ao registo das análises a efectuar no livro de ocorrências, sendo esta informação também afixada na agenda situado na rouparia e são advertidas as auxiliares de enfermagem no início do turno da manhã. Assim, estas são responsáveis por providenciar que todas as utentes

estejam em jejum na unidade até à hora da realização da colheita, normalmente pelas 8h.

As utentes são informadas das respectivas colheitas de sangue para análise e da necessidade de jejum, pelo enfermeiro de serviço.

Outros exames complementares de diagnóstico e consultas a realizar no exterior, previamente autorizados e do conhecimento do psiquiatra assistente, deve efectuar-se o contacto com familiares que procederão ao seu transporte. Na impossibilidade de acompanhamento por parte destes, e quando possível, um elemento da equipa da unidade fará esse acompanhamento e os custos posteriormente serão suportados pela doente/família.

O levantamento do respectivo exame é da responsabilidade da família. Na impossibilidade desta, o talão para esse efeito é entregue nos serviços administrativos, que se responsabilizará por esse mesmo levantamento. Deve ser acompanhado da data do levantamento e da unidade a que pertence a utente.

### ***Consultas de Psicologia***

O pedido de colaboração de Psicologia é efectuado pelo Psiquiatra assistente. Sempre que este o solicite, o enfermeiro de serviço, contacta a Psicóloga responsável.

### ***Atendimento de Serviço Social***

O pedido de colaboração de serviço social é efectuado pelo psiquiatra assistente. Sempre que este o solicite, o enfermeiro de serviço, contacta a técnica de serviço social responsável pela unidade.

### ***Actividades de ocupação***

Na unidade existe uma Terapeuta ocupacional, que está presente durante a manhã até as 17h, de 2ª a 6ª feira, e que se responsabiliza pelo desenvolvimento de actividades ocupacionais, contribuindo, desta forma, para o progresso terapêutico das utentes.

### ***Serviço de Ajudantes de enfermagem***

Na Unidade S. Bento são 7 as ajudantes de enfermagem, encontrando-se:

- 3 Segundas, Terças, Quartas e Sábados – 4 no horário da manhã e 3 no horário da tarde;
- 4 Quintas e Sextas-feiras - 5 no horário da manhã e 3 no horário da tarde;
- 5 Domingos – 2 no horário da manhã e 2 no horário da tarde.

Existem ainda uma ajudante de enfermagem no turno da noite. A rotatividade dos turnos diurnos é semanal.

As ajudantes de enfermagem são responsáveis pela prestação de cuidados directos às doentes, nas áreas da alimentação, higiene e conforto, eliminação, sono e repouso, sob orientação e supervisão do serviço de enfermagem. A limpeza da unidade encontra-se também a seu cargo.

## **5. Reuniões de serviço**

Anualmente a equipa técnica das unidades reúne para debater assuntos gerais, avaliar actividades desenvolvidas no decurso do ano transacto e planificar actividades para o ano seguinte. A reunião é presidida pelo coordenador clínico da unidade.

A equipa planifica a sua intervenção anualmente e elabora o respectivo relatório de actividades.

## **6. Regras da unidade**

### ***Refeições***

As refeições têm lugar no seguinte horário:

- 3 Pequeno-almoço – 8h30
- 4 Almoço – 12.30h
- 5 Jantar – 18:30h (as doentes mais dependentes/idosas jantam cerca das 18h)

### ***Medicação***

A medicação referente ao pequeno-almoço, almoço e jantar será administrada concomitantemente à refeição.

A medicação de *clínica geral* será economicamente suportada pela doente/família, embora a sua aquisição seja da responsabilidade da Unidade. Deste modo, toda a medicação de clínica geral, bem como, anticonvulsivos e antiepilépticos, necessita de receita médica. Está excluída a medicação psiquiátrica, como psicodélicos e antiparkinsonianos.

### ***Recepção de medicação***

Ao dia 10 de cada mês, toda a medicação de *psiquiatria* existente em stocks na unidade, com excepção das benzodiazepinas, deve ser enviada à farmácia da instituição, sendo posteriormente reposta nova medicação na unidade. No caso das *benzodiazepinas*, o procedimento é análogo,

sendo, no entanto, efectivado no final de cada mês, isto é, ao dia 30 de cada mês.

A medicação de clínica geral é recebida na unidade à medida que é pedida em receita médica.

### ***Período de sono e repouso***

Cerca das 7h as auxiliares de enfermaria responsabilizam-se pelo despertar das utentes. Após o jantar, as doentes têm acesso aos quartos, podendo proceder ao deitar. A hora limite para o deitar é às 22h. O acesso aos quartos pode ser permitido fora destes horários, devidamente autorizado pelo enfermeiro de serviço, quando a situação clínica da doente assim o justifique.

### ***Visitas***

As visitas têm lugar no seguinte horário:

- 2 Dias úteis: 14.30h – 17h
- 3 Fim-de-semana e feriados: 10:30h – 12h e das 14:30 – 17h

No entanto, desde que o familiar manifeste vontade e solicite autorização, este horário poderá sempre ser alterado. Bem como, por indicação médica, também pode haver lugar a restrição de determinadas visitas e a suspensão de visitas por um período de tempo

### ***Telefonemas***

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

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

É permitido o uso da cabine telefónica pelas utentes aos fins-de-semana, das 10h às 18h e em situações excepcionais, com a permissão do enfermeiro de serviço. O uso de telemóvel encontra-se interdito durante o internamento.

### ***Saídas***

As saídas temporárias durante o internamento são sempre autorizadas pelo psiquiatra assistente, devidamente registadas em diário clínico e aquando da sua efectivação, no diário de enfermagem. Estas saídas contemplam idas a consultas no exterior, exames complementares de diagnóstico, licenças de ensaio, entre outras.

As saídas são efectuadas a partir das 9.30h e o regresso até às 18.30h. Excepcionalmente, poderão ser estabelecidos novos horários, mas a sua autorização cabe à enfermeira-chefe do serviço e/ou médico assistente.

### ***Tabaco***

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

### ***Espólio***

O espólio da utente é devidamente guardado e identificado, no gabinete de enfermagem e registado em modelo próprio. Quando se trata de dinheiro existe um modelo de registo de movimento, para o efeito.

Grandes quantidades de dinheiro são guardadas nos serviços administrativos, em envelope fechado, com registo em modelo próprio, com menção da identificação da doente, data do envio e respectiva unidade.

### ***Outros objectos***

Outros objectos são alvo de revista aquando da admissão e curso do internamento, nomeadamente objectos cortantes ou potencialmente cortantes, secadores de cabelo, medicamentos, isqueiros, ou seja, todo e qualquer objecto que possa constituir perigo para a utente.

### ***Tratamento da roupa***

O tratamento (lavagem) da roupa pessoal das utentes fica a cargo destas e/ou familiares. A CSBJ presta serviço de lavandaria, sempre que solicitado pela doente/família, mediante o pagamento do serviço.

### ***Ofícios e Circulares***

Esta documentação encontra-se arquivada em capa própria e depois de lida, deve ser rubricada num dos cantos superiores para se saber quem tomou conhecimento.

## **7. Protocolos de serviço**

Actualmente não existe qualquer protocolo na unidade.

# **ANEXO IV**

---

**Formulário de Avaliação Inicial**



ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

## AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM

### ADMISSÃO

MOTIVO DA ADMISSÃO (OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM)

ACOMPANHADO POR

FONTE DE INFORMAÇÃO:  PRÓPRIO  FAMILIARES  OUTROS:

NOME DE TRATO

RELIGIÃO

NATURALIDADE

NACIONALIDADE

HABILITAÇÕES LITERARIAS

PROFISSÃO ACTUAL

PROFISSÃO ANTERIOR

PESSOA AFINIDADE

CONTACTO TELEFONICO

Nº PESSOAS AGREGADO FAMILIAR

### HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

DATA DO 1º SURTO

INTERNAMENTOS ANTERIORES

Nº DE ANOS DA DOENÇA

TRATAMENTO EM AMBULATÓRIO

ACOMPANHAMENTO  
PSIQUIÁTRICO:

NÃO  SIM LOCAL

PSIQUIATRA:

DATA ÚLTIMA CONSULTA:

MEDICAÇÃO HABITUAL:

NAP:

NÃO

SIM

ÚLTIMA TOMA

PRÓXIMA TOMA

ADESÃO À TERAPÊUTICA:

NÃO

SIM

SCORE ESCALA

MEIOS AUXILIARES DE  
DIGNÓSTICO:

DATA

RESULTADOS

### ANTECEDENTES PESSOAIS

## AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

DOENÇAS				
MEDICAÇÃO HABITUAL				
ADESÃO À TERAPÊUTICA:		<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	
ALERGIAS:		<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	QUAIS
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>				
DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS		<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	QUAIS
OUTROS				
<b>PARÂMETROS VITAIS</b>				
TA	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	DOR (Score)
PESO	ALTURA	GLICEMIA		
<b>USO DE SUBSTÂNCIAS</b> <input type="checkbox"/>				
USO DE ÁLCOOL:		<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	QUANT.
USO DE TABACO:		<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	QUANT.
USO DE DROGAS:		<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	QUAIS
<b>AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL</b>				
CONSCIÊNCIA:	ORIENTAÇÃO:	<input type="checkbox"/> AUTOPSÍQUICA	<input type="checkbox"/> ALOPSÍQUICA	
	DESORIENTAÇÃO:	<input type="checkbox"/> TEMPORAL	<input type="checkbox"/> ESPACIAL	
	<input type="checkbox"/> LÚCIDO	<input type="checkbox"/> VIGIL	<input type="checkbox"/> CONFUSO	<input type="checkbox"/> SONOLENTO
PENSAMENTO: (Curso)	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO	<input type="checkbox"/> BRADIPSQUIZISMO	<input type="checkbox"/> TAQUIPSQUIZISMO	
	<input type="checkbox"/> FUGA DE IDEIAS	<input type="checkbox"/> INIBIÇÃO	<input type="checkbox"/> CIRCUNSTANCIADO	
PENSAMENTO: (Forma)	<input type="checkbox"/> DESAGREGADO	<input type="checkbox"/> DISSOCIADO	<input type="checkbox"/> ILÓGICO	<input type="checkbox"/> NEOLOGÍSTICO
PENSAMENTO: (Conteúdo)	<input type="checkbox"/> ANSIOSO	<input type="checkbox"/> DEPRESSIVO	<input type="checkbox"/> FÓBICO	<input type="checkbox"/> OBSESSIVO
	DELÍRIOS:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	TIPO:
DISCURSO:	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> VERBORREIA	<input type="checkbox"/> MUTISMO	<input type="checkbox"/> LENTIFICADO
	<input type="checkbox"/> MONÓLOGO	CONTEÚDO:	<input type="checkbox"/> COERENTE	<input type="checkbox"/> INCOERENTE
LINGUAGEM NÃO VERBAL:	EXPRESSÃO FACIAL			
	OLHAR			

## AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

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

### AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS

<b>TEGUMENTOS:</b>	<input type="checkbox"/> ROSADOS	<input type="checkbox"/> PÁLIDOS	<input type="checkbox"/> CIANOSADOS	<input type="checkbox"/> DESIDRATADOS
	<input type="checkbox"/> EDEMAS	<input type="checkbox"/> TUMEFACÇÕES	<input type="checkbox"/> FERIDAS	OUTROS
<b>SENTIDOS:</b>	AUDIÇÃO:	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> REDUZIDA ESQ.	<input type="checkbox"/> REDUZIDA DTA. <input type="checkbox"/> USO PRÓTESE
	VISÃO:	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> REDUZIDA ESQ.	<input type="checkbox"/> REDUZIDA DTA. <input type="checkbox"/> USO ÓCULOS
<b>ALIMENTAÇÃO:</b>	APETITE:	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> DIMINUÍDO	<input type="checkbox"/> AUMENTADO <input type="checkbox"/> USO PRÓTESE
	<input type="checkbox"/> INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> NECESSITA DE AJUDA		DIETA:
	ESTADO DE NUTRIÇÃO:	<input type="checkbox"/> BEM NUTRIDA	<input type="checkbox"/> DESNUTRIDA	<input type="checkbox"/> OBESA
<b>ELIMINAÇÃO:</b>	<input type="checkbox"/> INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> SEM ALTERAÇÕES	<input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA	
	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	<input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA DE FEZES	<input type="checkbox"/> OBSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> USO LAXANTES
<b>LOCOMOÇÃO:</b>	<input type="checkbox"/> MARCHA NORMAL	<input type="checkbox"/> MARCHA ALTERADA	<input type="checkbox"/> PERDA DE EQUILÍBRIO	
	<input type="checkbox"/> CADEIRA DE RODAS	<input type="checkbox"/> PRÓTESES	QUAIS:	
	<input type="checkbox"/> DEAMBULA COM AJUDA	<input type="checkbox"/> ACAMADO	<input type="checkbox"/> OUTROS APOIOS	

### ASPECTO GERAL

<b>HIGIENE:</b>	<input type="checkbox"/> CUIDADA	<input type="checkbox"/> DESCUIDADA	<input type="checkbox"/> INDEPENDENTE	<input type="checkbox"/> AJUDA TOTAL	<input type="checkbox"/> AJUDA PARCIAL
-----------------	----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	--

## AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

---

PADRÃO:	<input type="checkbox"/> BANHO GERAL	<input type="checkbox"/> BANHO PARCIAL	
HIGIENE ORAL:	<input type="checkbox"/> CUIDADA	<input type="checkbox"/> DESCUIDADA	<input type="checkbox"/> USO PRÓTESE
VESTUÁRIO ADEQUADO:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	
IDADE APARENTE CORRESPONDENTE À REAL:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	

---

### SONO/REPOUSO

---

PADRÃO HABITUAL:	DIFICULDADES SONO:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
FACTORES FAVORECEDORES:			

---

### AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

---

<input type="checkbox"/> RIGIDEZ	<input type="checkbox"/> TREMOR	<input type="checkbox"/> MOV. ANORMAIS	<input type="checkbox"/> SONOLENTO	<input type="checkbox"/> CATATONIA
<input type="checkbox"/> AGITAÇÃO	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES:	CARACTERÍSTICAS:		

---

### RELAÇÕES INTERPESSOAIS

---

<input type="checkbox"/> BOAS	<input type="checkbox"/> REGULARES	<input type="checkbox"/> DIFÍCEIS		
REACÇÃO AO SERVIÇO:	<input type="checkbox"/> ACEITA	<input type="checkbox"/> NÃO ACEITA	<input type="checkbox"/> INDIFERENTE	<input type="checkbox"/> AGRESSIVO
	<input type="checkbox"/> HOSTIL	<input type="checkbox"/> IRRITÁVEL	<input type="checkbox"/> AGITADO	
ATITUDE:	<input type="checkbox"/> COLABORANTE	<input type="checkbox"/> NÃO COLABORANTE	<input type="checkbox"/> INDIFERENTE	<input type="checkbox"/> AGRESSIVA

---

### COMPORTAMENTOS DE RISCO

---

RELAÇÕES SEXUAIS DESPROTEGIDAS
CONSUMO DE DROGAS VIA E.V

---

## AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

---

### IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POR PRIORIDADES

---

#### **Insónia**

Sono com as características específicas: Incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar do posicionamento confortável num ambiente agradável; espertina, falta de sono; frequentemente associada a factores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas.

---

#### **Ansiedade**

Sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.

---

#### **Delírio**

Processo de Pensamento Distorcido -

---

#### **Agitação**

Hiperactividade com as características específicas: Condição de excitação psicomotora sem objectivo, actividade incessante, andar sem parar; descarga de tensão nervosa associada com ansiedade, medo ou stress mental.

---

#### **Alucinação**

Percepção com as características específicas: Aparente registo de estímulos sensoriais que realmente não estão presentes, classificam-se, de acordo com os sentidos, em alucinações auditivas, visuais, olfactivas, gustativas ou tácteis.

---

#### **Depressão**

Emoção com as características específicas: Estado no qual a disposição está reprimida, causando tristeza, melancolia, astenia, deterioração da compreensão, concentração diminuída, sensação de culpa e sintomas físicos incluindo perda de apetite, insónia e dor de cabeça.

---

#### **Obstipação**

Processo do Sistema Gastrointestinal com as características específicas: Diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas.

---

#### **ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE**

Aceitação com as características específicas

Reconciliação com as circunstâncias de saúde

---

#### **ATENÇÃO**

Concentração com as características específicas

Estado de concentração selectiva que facilita a recepção selectiva de certa informação e a supressão de outra.

---

## AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

---

### **COPING**

Atitude com as características específicas: Disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada individuo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto protectores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico.

---

### **AGNOSIA**

Processo de Pensamento Distorcido com as características específicas:

Perda total ou parcial da capacidade para reconhecer objectos ou pessoas familiares, através de estímulos sensoriais, em consequência de lesão cerebral que pode afectar qualquer dos sentidos, e que se classifica consoante estes em agnosia auditiva, visual, olfactiva, gustativa ou táctil

---

### **ANGÚSTIA**

Emoção com as características específicas

Sentimentos de dor intensa e forte, pena e aflição

---

### **ARRANJAR A CASA**

Actividade Executada pelo Próprio com as características específicas

Pratica de cuidados para ou atenção dedicada a construir o ambiente ou local de residência confortável, acolhedor; fazer com que o próprio e os outros se sintam em casa; conseguir um ambiente domestico seguro e bem gerido.

---

### **NERVOSISMO**

Emoção com as características específicas: Sentimentos de sobre excitação com instabilidade, tremores, tremuras das mãos, ruborização da face.

---

### **ILUSÃO**

Percepção com as características específicas: Interpretação falsa de estímulo sensorial registado, interpretação errónea de objectos ou estímulos externos.

---

### **TRISTEZA**

Emoção com as características específicas: Sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia

---

### **HIPERACTIVIDADE**

Actividade Psicomotora com as características específicas

Aumento anormal da actividade física do corpo, tremor, desassossego, dificuldade para se manter na mesma posição; pode estar associada a doenças como o hipertiroidismo ou perturbações mentais.

---

### **ESTADO MANÍACO**

Status Neurológico com as características específicas: Estado da emoção cheio de vitalidade positiva, negando preocupações e perdendo a inibição. Uma pessoa neste estado experimenta exaltação do ego, sentido de realização, hilariante, torna-se verborreico, hiperactivo, e desenvolve excitação psicomotora, tem ideias absurdas.

---

## AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

---

### **SONOLÊNCIA**

Consciência com as características específicas: Torpor pernicioso, adormecimento não natural.

---

### **SOLIDÃO**

Emoção com as características específicas

Sentimentos de falta de pertença, isolamento emocional, sentimentos de exclusão. Sentimento de melancolia e tristeza associado a falta de companheiros, de simpatia e de amizade acompanhada de sentimentos de perda de sentido, vazio, afastamento e baixa auto-estima.

---

### **PESADELO**

Percepção com as características específicas: Sonhar durante o sono de "movimento rápido dos olhos"; sentimentos crescentes de medo intenso a que é impossível fugir, terror, aflição ou extrema ansiedade que habitualmente acorda quem dorme.

---

### **ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO**

Adesão ao Regime Terapêutico é um tipo de Gestão do Regime Terapêutico com as características específicas

Desempenhar actividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidados ou apoiante.

---

### **AGITAÇÃO**

Hiperactividade com as características específicas: Condição de excitação psicomotora sem objectivo, actividade incessante, andar sem parar; descarga de tensão nervosa associada com ansiedade, medo ou stress mental.

---

### **APRENDIZAGEM COGNITIVA**

Aprendizagem com as características específicas: Aquisição de capacidades de resolução de problemas, associada a inteligência e a pensamento consciente.

---

### **EUFORIA**

Emoção com as características específicas:

Sentimento de júbilo; sentimento exagerado de bem-estar físico e emocional que se manifesta habitualmente por extrema alegria, optimismo e auto-satisfação, sem base na realidade ou na verdade, desproporcionado as causas e inapropriado a situação; associada ao estado maníaco de perturbações mentais, como doença bipolar ou ao uso de drogas.

---

### **INTERACÇÃO SOCIAL**

Interacção Social é um tipo de Acção Interdependente com as características específicas.

Acções de intercambio social mutuo, participação e trocas sociais entre indivíduos e grupos.

---

### **VONTADE DE VIVER**

Volição com as características específicas

A vontade é influenciada por pensamentos e desejos de continuar a viver, apesar das circunstâncias difíceis; forte ímpeto de viver, fazer escolha ou agir no sentido de continuar a viver.

---

### **PROCESSO DE LUTO**

Resposta Psicológica com as características específicas:

## **AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)**

Processo de resolver o luto, reacção emocional para ajudar a ultrapassar uma grande perda pessoal, sentimentos de pena ou perda extrema, que se processam através do pranto e do nojo, trabalho consciente com reacções e emoções de sofrimento.

---

### **OBSESSÃO**

Preocupação com as características específicas:

Pensamento ou ideia persistente, com o qual a mente esta continua e involuntariamente preocupada, pensamentos sugestivos de actos irracionais, repetição do pensamento, pensamentos sobre detalhes triviais e irrelevantes, ideias absurdas sem base na realidade, que não são passíveis de ser eliminadas pela lógica ou razão, associadas a comportamento compulsivo.

---

### **AUTOCONTROLO**

Volição com as características específicas:

Disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar activo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as actividades de vida.

Impulso: Volição com as características específicas: Força accionadora, urgência, força motivadora.

Auto controlo impulso: “Tipo de autocontrolo com as seguintes características específicas:

Disposições tomadas para dominar em si próprio os comportamentos compulsivos ou impulsivos pela identificação dos sentimentos que levam a um comportamento impulsivo e das suas consequências”

---

### **AUTO – ESTIMA**

Auto-Imagem com as características específicas:

Opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da critica construtiva.

---

### **AUTOMUTILAÇÃO**

Comportamento Autodestrutivo com as características específicas:

Execução de agressões auto-infligidas mas não letais, que produzem lesão dos tecidos, tais como cortes e queimaduras, com o objectivo de se agredir ou de aliviar a ansiedade.

---

### **SOCIALIZAÇÃO**

Comportamento interactivo com as características específicas:

Intercambio social mútuo, participar em actividades sociais.

---

### **ADAPTAÇÃO**

Processo de Coping com as características específicas:

Disposição para gerir novas situações e desafios

## AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

---

### **INQUIETAÇÃO**

Hiperactividade com as características específicas:

Sensação de inquietude, cansaço e formigamento na profundidade dos músculos, por vezes associada a fasciculação muscular e sensação de dor tipo picada.

---

### **INSEGURANÇA**

Emoção com as características específicas:

Sentimento de incerteza, falta de confiança, inadequação, vergonha, comportamento desastrado, desistência ou mudança de opinião quando confrontada com a opinião dos outros.

---

### **CRISE**

Resposta Psicológica com as características específicas:

Situação temporária de desequilíbrio, tensão, comunicações ineficazes, dificuldade na resolução de problemas, no reconhecimento das mudanças e recursos; no reconhecimento ou utilização das redes de apoio externas, associada a acontecimentos de perda ou stress, como morte ou o divórcio.

---

### **COMUNICAÇÃO**

Comportamento Interactivo com as características específicas:

Dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre indivíduos ou grupos, usando comportamentos verbais e não verbais, conversação face-a-face ou por meios de comunicação remota como o correio, correio electrónico e telefone.

---

### **DIAGNÓSTICOS DO UTENTE**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM (Cont.)

### Plano de Intervenção

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Avaliação da Intervenção

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

O Enfermeiro

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

CP

O Enfermeiro

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

CP

O Enfermeiro

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

CP

# **ANEXO V**

---

**Implementação da Consulta de Enfermagem**

# Centro Hospitalar do Alto Ave



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

## CONSULTA DE ENFERMAGEM

Guimarães, Junho 2010



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

III Curso de Mestrado de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da  
Universidade Católica Portuguesa

# CONSULTA DE ENFERMAGEM

**Elaborado:** Elvira Manuela Nogueira Ferreira

**Guimarães, Junho 2010**

---

## **SIGLAS**

CHAA – Centro Hospitalar Alto Aves

CIR – Programa Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

IPSS – Instituição Particular da Solidariedade Social

H. Dia – Hospital Dia

NAP – Neurolética de Acção Prolongada

PIC – Plano Individual de Cuidados

SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica

---

“A prestação de cuidados de saúde mental deve ser promovida prioritariamente a nível da comunidade, de forma a evitar o afastamento dos utentes do seu meio habitual e facilitar a sua inserção social”

*Lei da Saúde Mental*

---

# ÍNDICE

<b>0 – NOTA INTRODUTÓRIA.....</b>	<b>6</b>
<b>1 – O MODELO TEÓRICO QUE DÁ SUSTENTABILIDADE À CONSULTA DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>8</b>
1.1 – Linhas orientadoras.....	13
1.2 – Instrumentos .....	14
1.3 – Responsáveis pela Consulta.....	14
1.4 – Linhas orientadoras.....	14
<b>2 – ÉTICA DO CUIDAR PERANTE O UTENTE NA CONSULTA DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>20</b>
2.1 – Imperativos éticos.....	20
<b>3 – PROGRAMAÇÃO DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>24</b>
<b>4 – BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>26</b>

## ANEXOS

---

## 0 – NOTA INTRODUTÓRIA

O presente projecto para a Consulta de Enfermagem foi elaborado no âmbito do III Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP), da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Porto, enquadrando-se no Modulo I – promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção, a realizar-se no Serviço do Hospital Dia – CHAA no período de tempo compreendido entre 19 de Março a 19 de Junho de 2010.

A organização da consulta de enfermagem no campo de estágio surgiu uma necessidade proposta pelo Serviço. A Consulta de Enfermagem, pretende contribuir para que o utente e a família beneficiem de cuidados preventivos e promotores de saúde mental. É de salientar que o trabalho nesta área não deve contemplar apenas o aspecto patológico em si, mas sim abordar a doença dentro de um contexto mais amplo, que é o da saúde mental na comunidade. Deverá ser feita avaliação inicial que permita uma orientação, planeamento da actividade de enfermagem especializada e obtenção de resultados, no âmbito do exercício da profissão de enfermagem e mais particularmente em cuidados especializados.

A Consulta de Enfermagem funciona como um recurso para a identificação dos problemas de saúde do utente e seu estudo em profundidade e extensão, que contribui para a elaboração do plano de assistência e resolutividade dos problemas identificados, ou seja, o PIC – Plano Individual de Cuidados.

Embora o objectivo do enfermeiro possa ser o de restituir a autonomia ao utente, tendo em vista o respeito pela sua dignidade, a preocupação em reabilitá-lo, em melhorar a sua qualidade de vida e as suas próprias competências para lidar com o meio que o rodeia, tem de ter sempre em vista que o utente é o primeiro agente do seu próprio processo terapêutico.

Consideramos que a organização desta consulta permitirá um conjunto de intervenções que levem a um ganho de saúde com qualidade.

A implementação da consulta de enfermagem será um recurso valioso na assistência integral e personalizada, preconizada no Plano de Saúde Mental 2007-2016 e pelo

---

CIR e pela instituição onde projectamos a sua aplicação, criando situações de ensino/aprendizagem por excelência.

A Consulta de Enfermagem constituirá ainda um recurso de optimização de cuidados, permitindo o planeamento de intervenções específicas de enfermagem. Pretendendo também optimizar a articulação de enfermagem com outros profissionais, Psicólogo, Psiquiatria, Assistência Social.

Deverá ser feita uma entrevista de avaliação inicial, uma avaliação do estado do utente permitindo identificar as fases de atenção e diagnósticos de enfermagem para elaborar Plano de Cuidados onde podem ser utilizadas várias intervenções.

São vários os objectivos delineados para a implementação da consulta de enfermagem. Em seguida apresentamos os objectivos definidos para a implementação da consulta de enfermagem neste serviço específico.

Objectivos:

- Levantar diagnósticos de enfermagem (problemas, necessidades, alterações do estado de saúde no âmbito da acção de enfermagem);
- Planear e implementar intervenções de enfermagem específicas (psicoterapias, psicoeducação, contratos terapêuticos, promoção de aptidões sociais, consulta de relação de ajuda, promoção de resolução de problemas e promoção da adesão à terapêutica...);
- Estabelecer objectivos e metas terapêuticas com os utentes e pessoas significativas;
- Acolher os utentes na primeira entrevista (fazer avaliação inicial, exploração de dúvidas e a sua clarificação, fornecimento de informações sobre a dinâmica do Hospital Dia);
- Acolher a família ou pessoa significativa do utente (esclarecimento sobre a dinâmica do serviço, encaminhamento para outros profissionais, avaliação de duvidas e a sua clarificação...);

Este guia para a Consulta de Enfermagem é composto por uma breve apresentação da fundamentação teórica seguida para a estruturação das consultas (Teoria das Relações Interpessoais de H. Peplau e Relação de Ajuda Formal), constituindo estas duas teorias, com alicerce no paradigma humanista, o esqueleto da consulta de enfermagem por nós reestruturada.

---

# 1 – TEORIA À IMPLEMENTAÇÃO – CONSULTA EXTERNA

*Ajuda não significa oferecer ao outro soluções para o seu problema, mas sim orientá-lo e facilitar-lhe a descoberta dos seus próprios recursos para a resolução desse mesmo problema.*

José Manuel Santos

Para organização da Consulta de Enfermagem orientamo-nos pelo modelo teórico das Relações interpessoais de Hildegard Peplau, assim como na *Relação de Ajuda Formal*, segundo Hélène Lazure.

O modelo teórico de Hildegard Peplau fez com que a enfermagem psiquiátrica passasse de um modelo biomédico a um modelo interpessoal, no qual o enfermeiro tem um papel de destaque nas intervenções terapêuticas.

O foco central da teoria, que permite que ela se mantenha tão actual – a relação interpessoal enfermeiro/paciente – é parte integrante da própria natureza da enfermagem. A própria visão holística, que Peplau desenvolve na sua teoria, tem contribuído para justificar uma humanização dos cuidados de enfermagem.

A *Teoria das Relações Humanas* do modelo de Peplau dá ênfase à aprendizagem que o utente faz no decorrer da doença. Segundo a mesma autora, o Homem mantém-se saudável se atingir a satisfação das necessidades/metast. O facto de determinado objectivo não ser atingido, pode levar a frustrações, manifestadas por ansiedade e em alguns casos por agressividade. Como resposta, o individuo apresentará defesas, tais como: substituir o objectivo por outro mais adequado às suas possibilidades; abandonar estes objectivo e formular um novo ou desenvolver respostas delirantes/obsessivas.<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> PEPLAU, Hildgard E. – Relaciones interpersonales en Enfermeria. Barcelona: Salvat, 1990.264 p. ISBN

---

Compreender as causas e os efeitos da frustração (agressividade, ansiedade) é um aspecto muito importante dos cuidados de enfermagem e é através das diferentes fases delineadas por Peplau na relação terapêutica, que o enfermeiro ajudará o utente a ultrapassar os seus problemas. Assim a autora citada perspectiva quatro estádios:

**ORIENTAÇÃO** – a enfermeira e o utente encontram-se como estranhos; encontro iniciado pelo utente que expressa uma “necessidade sentida”; trabalham juntos para reconhecer, esclarecer e definir os factos relacionados com a necessidade. (Nota: a colheita de dados é contínua).

O utente esclarece a “necessidade sentida”;

**IDENTIFICAÇÃO** – estabelecimento independente de metas. O utente tem a sensação de pertencer e reage selectivamente a quem pode preencher as suas necessidades. Iniciativa do utente;

**EXPLORAÇÃO** – utente procura activamente e obtém conhecimento e especialização de quem pode ajudar, iniciativa do utente;

**RESOLUÇÃO** – ocorre após as outras fases serem completadas com sucesso; leva ao término do relacionamento.

Ao cuidar o indivíduo estabelece-se uma interacção e cria-se um espaço comum que é partilhado por ambos, produzindo uma aproximação e uma cumplicidade mútua. Esta dinâmica torna-se preponderante na prestação de cuidados ao íntimo do utente na medida em que gera mais confiança que lhe possibilita uma maior abertura e um contacto mais próximo do enfermeiro.

*“O ser humano é, fundamentalmente, a relação, não existe possibilidade de compreensão do ser humano que não seja a partir da relação”*

*Buber*

Através do modelo de Peplau estruturamos assim as fases que constituirão a consulta de enfermagem e que orientaram o enfermeiro na relação terapêutica com as utentes:

**Fase 1 – Inicial:** Colheita de dados / início da Relação terapêutica;

**Fase 2 – Transição:** Identificação

**Fase 3 – Exploração:** Manutenção / Consolidação da Relação;

---

#### **Fase 4 – Resolução:** Termo / Separação

As fases de uma relação terapêutica preconizadas por Peplau na sua teoria das Relações interpessoais vão de encontro ao processo de enfermagem, desde a avaliação inicial, definição de diagnósticos e implementação de intervenções, até ao momento da alta. Representam assim um modelo viável de implementação prática e adaptação às consultas de enfermagem numa unidade hospitalar.

Para a aplicação destas fases na relação terapêutica de Peplau serão necessárias determinadas habilidades. Esta autora propõe que o enfermeiro seja:

**Pessoa de recurso**, fornecendo informação;

**Conselheiro**, ajudando os utentes a explorar os seus sentimentos e pensamentos;

**Substituto**, pelo desempenho do seu papel, ou por outros meios, ajuda o utente a analisar e identificar sentimentos do passado;

**Apoio técnico**, coordenando serviços profissionais.

Para desenvolver a estruturação das consultas consideramos também útil introduzir alguns conceitos e objectivos da Relação de Ajuda Formal, segundo Lazure, Chaliffor, Phaneuf, Stuart & Laraia.

*“A relação de ajuda pode ser definida como uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas uma maior apreciação uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo”* Rogers.

Segundo Chaliffour, a relação de ajuda consiste numa interacção entre duas pessoas, enfermeiro e cliente, em que cada uma contribui pessoalmente para a procura e satisfação da necessidade de ajuda neste último.

Na opinião de Lazure, *“... o papel do Enfermeiro é oferecer ao cliente, sem os impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir e reconhecer os recursos pessoais a utilizar como quiser, para resolver o seu problema.”*

A relação de ajuda é uma das dimensões do cuidar em Enfermagem que implica a existência de uma relação interpessoal (enfermeiro/utente), num clima de confiança. O

---

enfermeiro deve tentar estabelecer um clima de confiança, respeito, aceitação e compreensão, para que o utente consiga ultrapassar os seus problemas.

O domínio da “*relação de ajuda*” engloba, não só a presença física do enfermeiro junto do utente, mas também de todo o seu ser. Ele não se limita a desempenhar um papel ou a executar uma tarefa, exige sim que dê do seu tempo; da sua competência; do seu saber; do seu interesse; da sua capacidade de escutar e de compreender sem julgar.

É possível ainda classificar a Relação de Ajuda em duas vertentes segundo Pheneuf, relacionadas com o modo como se estabelece a relação entre enfermeiro e utente:

**A Relação de Ajuda Informal:** Estabelece-se de uma forma espontânea, à medida que as necessidades vão aparecendo. Aqui o objectivo imediato é que a pessoa verbalize o seu problema, expressando as suas emoções, esperando do profissional compreensão empática, assim como todas as habilidades que devem estar presentes nesta relação.

**A Relação de Ajuda Formal:** Relação que se estabelece através de entrevistas bem estruturadas, com *timings* e objectivos bem definidos.

Segundo Stuart e Laraia podemos considerar sentimentos, fantasias e medos, analisando os pontos fortes e suas limitações profissionais. Obter dados sobre o cliente, quando possível:

**1 – Fase de pré-interação:** explorar os próprios sentimentos, fantasias e medos, analisando os pontos fortes e as suas limitações profissionais. Obter dados sobre o cliente, quando possível.

**2 – Fase introdutória ou de orientação:** determinar o motivo pelo qual o utente procurou ajuda, estabelecer confiança, aceitação e comunicação franca, explorar os pensamentos, os sentimentos e as acções do utente identificando os problemas, definir objectivos com o utente, bem como, estabelecer acordo mútuo no que respeita a nomes, funções, responsabilidades, expectativas, finalidade, local de encontro, condições para o término e confidencialidade.

**3 – Fase de trabalho:** investigar os factores de stress relevantes, promover o desenvolvimento da introspecção do utente e o uso de mecanismos de adequação construtivos, discutir e superar os comportamentos de resistência.

---

**4 – Fase de encerramento:** estabelecer a realidade da separação, rever o progresso da terapia e o alcance dos objectivos, explorar mutuamente os sentimentos de rejeição, perda, tristeza e raiva, ajudá-lo a transferir para as suas interações com os outros o que aprendeu no relacionamento, enfermeiro/utente.

Integrando as fases da Relação terapêutica de H. Peplau e da Relação de Ajuda, em muito similares e com origens comuns – *Teorias Humanistas*, delineamos a estrutura final da consulta de enfermagem a implementar no campo de estágio:

**Fase 1 – Inicial:** Colheita de dados / início da Relação terapêutica;

**Fase 2 – Transição:** Identificação

**Fase 3 – Exploração:** Manutenção / Consolidação da Relação;

**Fase 4 – Resolução:** Termo / Separação

O corpo de desenvolvimento desta estrutura é apresentado na segunda parte deste trabalho, para melhor compreensão destas diferentes etapas.

Através das diferentes etapas estipuladas para a consulta, consideramos que esta é o momento e espaço ideal para o estabelecimento de entrevistas de *relação de ajuda formal* com as utentes e suas pessoas significativas, indo além da mera *relação ajuda informal*.

Estes encontros de *relação de ajuda* podem permitir aos utentes expressar as emoções, reflectir e verbalizar o seu problema, encorajar a identificação de dificuldades, envolver o cliente num processo activo, mudança de condição de mero utente para interveniente na sua própria situação, colocar uma organização aos pensamentos e auxiliar a considerar o problema nas suas justas dimensões.

Para se exercer uma relação de ajuda, tem que se ser mais que um bom técnico. Tem que se preocupar com os utentes numa perspectiva holística, ajudando-os a enfrentar os seus problemas, ou a situação de crise, com todos os recursos que possuem.

Toda a relação de ajuda é comunicação, embora nem toda a comunicação seja uma relação de ajuda. O enfermeiro deve ajudar os utentes a sentir que vale a pena colaborar por inteiro, que vale a pena fornecer dados biográficos relevantes, e que

---

estes serão sempre escutados no âmbito da sua integridade bio-psico-sócio-cultural e espiritual, sem juízos, sem críticas, sem pressas.

É esta a visão que todos têm do enfermeiro, elo de ligação entre toda a equipa interdisciplinar e sobretudo entre utente/família ou pessoa referência prestando cuidados eficazes e personalizados conferindo um carácter de verdadeiro profissionalismo.

De encontro aos objectivos da implementação da consulta de enfermagem, Peplau ao longo da sua teoria das relações humanas defende também que a *Relação Terapêutica* que se estabelece com o utente e família/cuidador é um elemento chave, facilitador da nossa assistência enquanto enfermeiros qualificados no campo da Saúde Mental.

O envolvimento da família e/ou pessoas significativas para as utentes, significa reconhecer recursos neste que permitem ajudar as utentes, sentindo capacidades para satisfazer as suas necessidades de pertença.

Este processo de relação de ajuda formal, em que também consiste a consulta de enfermagem, poderá, deverá, levar o utente a descobrir os seus recursos pessoais para recuperar a sua auto-estima, geralmente afectada com o processo de doença.

Este envolvimento da família nas consultas de enfermagem e no processo terapêutico poderá ajudar a família a gerir momentos de crise.

Para a implementação da consulta de enfermagem tivemos em consideração e avaliação diversos aspectos contextuais e situacionais, definindo um conjunto de critérios para a implementação da consulta, que serão a seguir apresentados.

## **1.1 – Critérios de Implementação**

*Grupo Piloto:*

- Utentes do Hospital de Dia que fazem NAP
- Família ou pessoa referência do utente.

---

*Horário:*

- Manhã (08:30 às 15:30)

*Crítérios de Actuação:*

- Consulta a todas os utentes mensalmente ou conforme prescrições NAP ou SOS.
- Consulta no primeiro mês após alta do internamento.
- Consulta no primeiro mês após alta com as pessoas significativas às utentes, ou conforme disponibilidade das mesmas.

## **1.2 – Instrumentos**

- Folha de avaliação inicial;
- Registo diário da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental;
- Encaminhamento para psiquiatria;
- Formulários de encaminhamento dos utentes (Psicologia, Assistência Social...), pedido de colaboração (anexo IV);
- Elaborar Plano de Cuidados.

## **1.3 – Responsáveis pela Consulta**

- Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria ou enfermeiro com experiência na área;

### **Outros Intervenientes:**

- Alunos de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

## **1.4 – Linhas orientadoras**

Nesta parte será apresentado o corpo da estrutura delineada para a realização da consulta de enfermagem. Serão descritas as diferentes etapas da consulta, objectivos de cada etapa e aspectos relevantes a abordar.

---

O desenvolvimento da estrutura aqui apresentada representa as linhas orientadoras para cada etapa definida da consulta. De realçar que as etapas definidas não são estanques, mas flexíveis, podendo algumas etapas prolongar-se no tempo e outras etapas poderão ser incluídas noutras... dependendo da avaliação do enfermeiro de cada situação em particular.

Assim serão apresentadas quatro fases, que pretendem ser apenas um fio condutor para o desenrolar da consulta de enfermagem.

## **FASE 1 – Inicial: Colheita de dados / início da relação terapêutica**

### *Objectivos:*

- Conhecer o utente;
- Iniciar a relação terapêutica/ajuda;
- Acolher o utente no serviço e processo terapêutico.

### *Colheita de dados:*

- Aplicação de Avaliação Inicial.

### *Linhas Orientadoras:*

- Entrevista a efectuar aos utentes no primeiro mês após a alta do internamento;
- Entrevista à pessoa significativa/família para o utente no primeiro mês (se disponibilidade da família) após a alta de internamento;
- Conhecer a pessoa e apresentar-se;
- Explicar o funcionamento das sessões;
- Clarificar as necessidades, as expectativas e os objectivos da pessoa;
- Descrever o papel do enfermeiro e os objectivos da relação;
- Incentivar o utente a verbalizar ao seu problema; ajudar a definir com clareza as circunstâncias do problema (causas, factores precipitantes, factores associados, etc.);
- Esclarecimento da consulta – papel do enfermeiro e do utente;
- Informar sobre a dinâmica do serviço;
- Identificação de situações stressantes;
- Prevenção de problemas iminentes – dúvidas – falta de informação;
- Sentimentos presentes – abertura para o explorar;

- 
- Reacções do utente à consulta;
  - Programação da nova consulta;
  - Identificação Focos de Atenção e diagnósticos de enfermagem;
  - Início da delineação de um plano de cuidados.

## **FASE 2 – Transição: Identificação**

### *Objectivos:*

- Identificar problemas e necessidades do utente e família;
- Iniciar intervenções de enfermagem direccionadas aos problemas e necessidades.

### *Linhas Orientadoras:*

- Explorar assuntos com necessidade de esclarecimento da sessão anterior;
- Negociar os objectivos que se pretendem com as sessões (explorar experiências anteriores);
- O utente deve ser informado da importância da sua colaboração activa;
- Permitir que o utente explore a sua vivência em profundidade;
- Verificar com o utente as interpretações possíveis;
- Identificação de possíveis problemas/necessidades a explorar;
- Identificar o comportamento que necessita ser mudado;
- Incentivar a identificar os prós e contras do seu comportamento;
- Determinar a motivação do utentes para o mudar;
- Ajudá-lo a escolher meios para que ele atinja os seus objectivos e estabelecer prioridades;
- Detecção de Diagnósticos de Enfermagem;
- Elaboração de intervenções terapêuticas;
- Encaminhamento (assistente social, psiquiatra, psicólogo);
- Resumo e avaliação da sessão;
- Acordar a próxima consulta.

---

### **FASE 3 – Exploração: Manutenção / Consolidação da Relação**

#### *Objectivos:*

- Explorar necessidades e problemas da utente/família;
- Interpretar mutuamente (enfermeiro/utente) os problemas e necessidades;
- Consciencializar a utente/família e para os seus principais problemas;
- Atribuir papel activo/autonomia ao utente e família no processo terapêutico.

#### *Linhas Orientadoras:*

- Revisão mental, em conjunto com utente, da última consulta;
- Esclarecimento de dúvidas e informações relevantes para o utente e família;
- Exploração das necessidades identificadas anteriormente;
- Encorajar a reflectir sobre os estímulos associados ao comportamento;
- Debate de assuntos expostos pelo utente;
- Encorajar o utente a reconhecer e explorar sentimentos, pensamentos e comportamentos;
- Evidenciar a dinâmica do comportamento do utente;
- Incentivar à identificação por escrito dos estímulos que aumentam os comportamentos desajustados;
- Encorajar a avaliação do seu comportamento, tomando consciência das respectivas consequências;
- Promover a reflexão sobre os mecanismos de aprendizagem que o levaram à aquisição do comportamento e quais os factores que contribuem para a sua manutenção;
- Analisar as reacções perante situações imaginadas que evoquem ou levem ao aparecimento do comportamento, na tentativa de evitar impulsos;
- Consciencializar o utente para a necessidade de mudança;
- Utilizar técnicas de entrevista e comunicação para auxiliar o utente a consciencializar-se dos seus problemas;
- Analisar os meios utilizados pelo cliente para resolver os conflitos;
- Desenvolver em conjunto com o utente e família estratégias que facilitem a mudança;
- Discutir estratégias e formas de as operacionalizar;
- Assistir o utente a identificar os seus pontos positivos e reforçá-los;
- Treinar estratégias de modificação de comportamentos com utente;

- 
- Envolver a família ou outras pessoas significativas na mudança de comportamento do utente;
  - Manter contactos regulares com os utentes (continuar as intervenções de ajuda);
  - Manter a esperança e vontade de ultrapassar os problemas;
  - Integrar a pessoa no processo terapêutico – papel activo;
  - Intervenções centradas na pessoa;
  - Atribuir controlo ao utente sobre os seus problemas;
  - Centrar intervenções no essencial e relevante para o processo terapêutico;
  - Efectuar sessões de Psicoeducação/promoção da saúde (dirigidas ao utente e família), quando indicado;
  - Escolher actividades de partilha que visem responder às necessidades específicas do utente e família;
  - Utilização dos serviços disponíveis na instituição para auxílio na resolução dos problemas do utente;
  - Deve ser mantida uma relação terapêutica, através da transmissão de uma atitude de aceitação, preocupação e confiança;
  - Revisão e definição de contratos terapêuticos definitivos;
  - Negociar os objectivos que se pretendem que ele atinja durante o intervalo de tempo inter-sessões;
  - Analisar progressos observados;
  - Informar e analisar recursos formais e informais;
  - Resumo das avaliações.

#### **FASE 4 – Resolução: Termo/Separação**

##### *Objectivos:*

- Analisar os objectivos propostos;
- Avaliar o comportamento do utente;
- Avaliar capacidade do utente para autonomia no PIC;
- Rever todo o processo terapêutico – PIC.

##### *Linhas Orientadoras:*

- Efectuar uma avaliação sobre o funcionamento das sessões;
- Avaliar com utente e família aquilo que foi conseguido durante o PIC;

- 
- Encorajar o utente a exprimir aquilo que ele sente relativamente ao final da relação;
  - Verificar com o utente se todos os objectivos foram atingidos;
  - Fazer auto-avaliação da relação;
  - Ajudar o utente a fazer uma transferência positiva com um outro interveniente;
  - Confrontar com o papel activo e decisivo no seu PIC;
  - Resumir problemas e necessidades levantadas;
  - Resumir intervenções efectuadas e evolução do utente;
  - Definir problemas que ainda mantém.

---

## 2 – ÉTICA DO CUIDAR PERANTE O UTENTE NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

No âmbito da saúde, reconhecer a dignidade da pessoa e a sua diferença, significa, como mínimo ético aceitável, humanizar a relação terapêutica. Ou seja, colocar a pessoa humana no centro de qualquer decisão terapêutica, promovendo sempre e acima de tudo, a sua autonomia.

A ética humana orienta-nos sempre para o dever da responsabilidade pelos mais desprotegidos e vulneráveis. E aqui emerge uma ética da vulnerabilidade. As situações de vulnerabilidade humanas impelem assim, à responsabilidade e à preocupação central pelo outro em situação limite.

A ética do cuidar não é simplesmente uma questão de protecção paternalista dos incapazes. Trata-se de uma ética que se constrói sobre a premissa que *“todos nós somos potencialmente ameaçadas ou feridos pela indiferença das acções de quantos desprezam os direitos dos mais vulneráveis”*<sup>2</sup>.

Cuidar será também, conhecer, aceitar, integrar, expressar e defender a diferença. Não reconheceríamos a dignidade do ser humano na sua globalidade, se paralelamente não reconhecêssemos a sua diferença e unicidade. Cuidar desde o acolhimento da diferença, *“é personalizar os cuidados [...] acompanhar o outro no caminho único e distinto da sua própria biografia”*<sup>3</sup>.

### 2.1 – Imperativos éticos

Se a Bioética, etimologicamente, é a ética aplicada à vida e, se por outro lado, a ética do cuidar, refere-se directamente ao exercício de cuidar, estamos diante de duas realidades que têm muito em comum. O exercício de cuidar é requisito indispensável para o desenvolvimento, o crescimento e maturidade de qualquer vida humana.

---

<sup>2</sup> BARBERO, Javier – “La ética del cuidado”. In: GAFO, Javier; AMOR, José – “Deficiencia mental y final de la vida: dilemas éticos de la deficiencia mental”, p.4. Madrid: Universidade Pontificia de Comillas, 2000, p.135.

<sup>3</sup> IDEM.

---

Existem alguns imperativos próprios da ética de cuidar que importa salientar na nossa reflexão.

Um primeiro imperativo fundamental da ética do cuidar é a prática do **acolhimento**. O acolhimento do outro, do outro-utente, do outro-vulnerável constitui o axioma central da ética do cuidar. Antes de tudo, sou responsável pelo outro e devo acolhê-lo e este dever é anterior ao exercício da minha liberdade pessoal e profissional. A preocupação pelo outro-vulnerável constitui a força motriz do cuidar. Cuidar de alguém, não só é ocupar-se dele, aqui e agora, mas antecipar esta ocupação, pensar nele, prever as suas necessidades. O cuidar não é um acto pontual, mas uma acção que se desenvolve no tempo, que requer a fidelidade no tempo e se expressa por acções cronologicamente sucessivas. A acção de cuidar visa, sobretudo acompanhar o outro-utente na vivência e na experiência da doença<sup>4</sup>.

Outro imperativo fundamental na ética de cuidar é a **compaixão**. Podemos dizer que, dificilmente se pode desenvolver a acção de cuidar sem a experiência da compaixão. A compaixão é pois a virtude necessária à ética do cuidar. A compaixão consiste em perceber como próprio o sofrimento alheio, isto é, na capacidade de interiorizar a dor do outro ser humano e de vivê-lo como se se tratasse de uma experiência própria. Compadecer-se de alguém é um hábito do coração que exige um movimento pessoal para fora de si, para compreender o outro no seu contexto e assumir no próprio coração a sua dor. Trata-se de uma compaixão dinâmica, autêntica, que se traduz num movimento solidário que se desvela para melhorar a situação do próximo<sup>5</sup>.

Na ética de cuidar, a compaixão deve ser o imperativo fundamental da acção. A prática de compaixão não deve contrapor-se, de nenhum modo, à autonomia do utente, nem à sua capacidade para decidir responsabilmente sobre o seu futuro pessoal. A virtude da compaixão não deve limitar a liberdade alheia, mas desenvolvê-la. Compadecer-se de alguém, não significa substituí-lo ou decidir por ele. A autêntica compaixão procura o desenvolvimento da autonomia alheia e não a sua dependência.

A **competência profissional** constitui outro imperativo fundamental na ética de cuidar. Ser competente num determinado âmbito profissional significa estar capacitado para desenvolver a própria profissão de um modo óptimo. A competência profissional exige do profissional um profundo conhecimento da sua base disciplinar, obrigando-o a formar-se continuamente, pois o desenvolvimento tecnológico acelerado exige dos

---

<sup>4</sup> cf. TORRALBA, Francesc – “Lo ineludiblemente humano: hacia una fundamentación de la ética del cuidar”. In: *Labor Hospitalarias*. 1999 (253:3) p.140.

<sup>5</sup> cf. TORRALBA, Francesc – “Lo ineludiblemente humano: hacia una fundamentación de la ética del cuidar”. In: *Labor Hospitalarias*. 1999 (253:3) p.152.

---

profissionais respostas actuais às necessidades dos utentes. A arte de cuidar requer a integração por parte dos profissionais de conhecimentos de ordem espiritual e psicológica com conhecimentos técnicos e profissionais. O conhecimento da circunstância alheia é fundamental. Não se pode cuidar de uma pessoa sem se conhecer adequadamente o seu contexto envolvente, social e cultural. Todas as decisões devem tomar-se em função destas circunstâncias e jamais se deve converter a ética de cuidar numa aplicação sistemática e abstracta de determinados princípios morais<sup>6</sup>.

A **confidencialidade** é outro imperativo importante na ética do cuidar. O utente em determinadas circunstâncias de vulnerabilidade necessita de um confidente. Não poucas vezes este confidente é o profissional que passa longo tempo junto do utente. Este, tem necessariamente de desenvolver algumas características pessoais fundamentais, como sejam a escuta atenta, a capacidade de guardar segredo, de calar para si as mensagens que o outro vulnerável lhe comunicou numa situação-limite. A confidencialidade caracteriza-se pela capacidade de preservar a vida íntima do outro, quer dizer, a sua privacidade, o seu universo interior. Na ética de cuidar a confidencialidade está precisamente no repto de proteger o utente da sua exibição, é a virtude que permite ao profissional guardar os segredos que lhe foram confiados por um outro-vulnerável<sup>7</sup>.

Intimamente ligada com a confidencialidade, está um outro rasgo essencial no cuidar que é a **confiança**. Só é possível cuidar um ser humano vulnerável se entre o sujeito cuidador e o sujeito cuidado se estabelece uma relação de confiança, um vínculo de fidelidade. Confiar em alguém é acreditar nele, é colocar-se em suas mãos, é pôr-se à sua disposição. Isto só é possível quando se acredita no outro, pelo que é enquanto profissional, mas sobretudo, pelo que é como pessoa, desde a sua autoridade moral. Para isso é fundamental que o profissional saiba dar provas e garantias de confiança, não só pelas suas palavras, pelos seus gestos, mas sobretudo pela eficiência e eficácia da acção que desenvolve<sup>8</sup>.

Por último, a **consciência ética**, enquanto caminho de interioridade que significa reflexão, prudência e conhecimento de causa. No exercício de cuidar, é fundamental não perder de vista a consciência da profissionalidade e isto supõe, manter sempre a tensão, estar atento ao que se está a fazer e não esquecer jamais que o outro

---

<sup>6</sup> cf. IDEM.

<sup>7</sup> cf. TORRALBA, Francesc – “Lo ineludiblemente humano: hacia una fundamentación de la ética del cuidar”. In: *Labor Hospitalarias*. 1999 (253:3), p.152.

<sup>8</sup> cf. IDEM.

---

vulnerável que está sob os meus cuidados é um ser humano, com uma dignidade intrínseca. Ser consciente de todos os factores que influem no exercício de cuidar e ser consciente das dificuldades que implica cuidar bem um ser humano é uma das fundamentais da excelência profissional.

A arte de cuidar é então um caminho de dignificação para quem cuida e para quem é cuidado. É o processo humano e profissional que permanece quando a cura já não se vislumbra. É a via geradora de plenitude de sentido e de vida para o desenvolvimento da qualidade profissional.

---

### 3 – PROGRAMAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

As consultas devem ser programadas em função da disponibilidade do utente/família ou pessoa referencia, da evolução do seu estado clínico, respeitando o horário pré-estabelecido.

Operacionalização da Consulta de Enfermagem:

- Entrevista inicial (será realizada durante a primeira consulta para a colheita de dados, em folha própria, folha avaliação inicial (Anexo I).
- Entrevista de avaliação informal e administração de NAP (Anexo II).
- Identificação Focos de Atenção e diagnósticos de enfermagem.
- Elaboração do plano de cuidados (Anexo III), onde podem ser realizadas as seguintes intervenções:
  - ✓ Aconselhamento (medidas a tomar com vista a melhorar a qualidade de vida; promoção de estilos de vida saudáveis e modificação de comportamentos relacionados com a saúde);
  - ✓ Apoio às famílias;
  - ✓ Ensinos;
  - ✓ Intervenção motivacional;
  - ✓ Suporte / apoio emocional;
  - ✓ Estratégias de resolução de problemas;
  - ✓ Treino de competências sociais;
  - ✓ Relação de ajuda;
  - ✓ Estratégias de treino de memória;
  - ✓ Técnicas de relaxamento (Anexo IV),
  - ✓ Sessões de grupo (Anexo V);
  - ✓ Encaminhamento: psiquiatria via telefone; psicólogo e assistente social preencher impresso próprio (Anexo VI);
  - ✓ Vigilância de sintomas produtivos;
  - ✓ Informação / esclarecimento de dúvidas (sobre aspectos relacionados com a saúde / doença mental)
- Revisão de diagnósticos de enfermagem e Plano de cuidados
- Registos

- 
- Programação da nova consulta / alta de enfermagem

A Consulta de Enfermagem, pretende contribuir para que o utente e família beneficiem de cuidados preventivos e promotores de saúde mental. É de salientar que o trabalho nesta área não deve contemplar apenas o aspecto patológico em si, mas sim abordar a doença dentro de um contexto mais amplo, que é o da saúde mental na comunidade.

---

## 4 – BIBLIOGRAFIA

- Benjamim, A (1998). *Entrevista de Ajuda*. 9ª ed. Fontes, M. São Paulo
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Volume I – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta. Loures
- Johson, M.; Maas, M.; Moorhead, S. (2000). *Classificação dos resultados de Enfermagem (NOC)*. 2ª Edição. Artmed Editora. Porto Alegre
- Kaplan, S. (1997): *Componente de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria clínica*. Artes Médicas. Porto Alegre
- Karkhuff, R. *Destrezas Y Fases en el “Modelo de 1980”*
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lusodidacta. Lisboa
- McCloskey, J; Bulechek, G. (2004). *Classificação da Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 3ª Ed. Artmed Editora. Porto Alegre
- Phaneuf, M. (2005) – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en Enfermería*. Salvat. Barcelona: ISBN 84-345-16 73-X
- Stuart, W. & Laraia, T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica*. 6ª Ed. Artmed Editora. Porto Alegre
- Vazin, A. & Nery, M. (1996). *Consulta de Enfermagem: Uma necessidade Social*. Porto Alegre: RM&L Gráfica

---

# ANEXO I

---

**Avaliação Inicial (corresponde ao anexo VI do RCA)**

---

## ANEXO II

---

**Entrevista de Avaliação informal e administração de NAP**

## Registo Diário de Consultas de Enfermagem de Saúde Mental

N.º	Data	Nome	Tipo		Terapêutica			conta. telef.		Tipo Intervenções													
			1ª	s	NAP	Outra	Enc	ST	Sim	Não	AC	VSP		RA	ENS	TCS	TR	IM	AE	IF	Encaminhamento		

**Tipo:**

- S - Subsequente
- 1ª - Primeira

**Tipo de Intervenção:**

- AC - Aconselhamento
- RA - Relação de Ajuda
- Ens - Ensino
- TCS - Treino de competências sociais
- TR - Técnica de relaxamento
- IM - intervenção motivacional
- AE - Apoio Emocional
- IF - Intervenção familiar
- VSP - Vigilância sintomatologia psicótica: Presente / Ausente

**Enc - Encaminhamento:**

- Psiqu - Psiquiatria
- AS - Assistente Social
- PSIC - Psicólogo

Ad - adiantado

NAP - Neuroléptico de Acção Prolongada  
ST - soroterapia

---

# ANEXO III

---

## Plano de cuidados



---

# ANEXO IV

---

## Técnica de Relaxamento

# **GUIA RELAXAMENTO**

# GUIÃO 1

## **Imaginação Dirigida**

1. Deite-se de costas com uma almofada debaixo da cabeça para maior conforto. Descanse suavemente as mãos na parte superior do peito (abaixo das clavículas).

2. Procure respirar suavemente, de forma regular e profunda... (breve pausa) Feche os olhos suavemente.

3. Está a caminhar numa praia..... o mar está calmo....o sol emanava uma luz e um calor agradável e relaxante... (breve pausa) Sente-se cansado e resolve deitar-se na areia a descansar um pouco.

4. De olhos fechados e com o sol a aquecer-lhe o rosto sente-se tranquilo... (breve pausa) Completamente relaxado... (breve pausa)

5. Começa a sentir o corpo pesado, as pernas estão tão pesadas que mesmo que tentasse levantá-las não seria capaz... (breve pausa). Os seus braços estão pesados, muito pesados que não é capaz de levantá-los do chão. Sente-se preso ao chão, muito cansado... (breve pausa)

6. O mar calmamente vai chegando até si, molhando delicadamente os seus pés, as pernas, os seus braços... (breve pausa) Até que começa a boiar à superfície daquele mar calmo e é levado pela suave corrente. O seu corpo deixa de ter peso, aquele peso que o fazia estar colado ao chão... (breve pausa)

7. A boiar naquela imensidão azul o sol vai pousando e anoitece. Agora é a luz da lua que banha o seu rosto... (breve pausa) O único ruído que ouve é o ondular suave do mar e ao longe o som despreocupado dos golfinhos que mergulham alegremente.

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

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

10. Começa a despertar... (breve pausa)... lentamente abra os olhos e espreguice-se como se estivesse a acordar.

## GUIÃO 2

Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular e profunda. Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo, mais e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si. Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior.

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

**Testa:** Concentre-se agora nos músculos da testa e esqueça os restantes músculos de corpo. Enrugue a sua testa subindo-a para cima... Sinta a forte tensão sobre a ponta do nariz e ao redor das sobrancelhas... (Pausa). Agora pode relaxar muito lentamente, focando a sua atenção sobre os pontos que estavam mais tensos... É como se os seus músculos tivessem desaparecido, estando totalmente relaxados.

**Olhos:** Feche os olhos, apertando-os com força... Sinta a tensão em toda a zona à volta dos olhos, em cada pálpebra... Concentre-se nas zonas mais tensas... (Pausa). Relaxe lentamente e note as diferenças de sensações... Os músculos estão relaxados, sem tensão.

**Face:** Force um sorriso, todos os músculos da face e boca estão tensos... Os seus lábios e as bochechas estão tensos e rígidos... (Pausa). Relaxe agora esses músculos... Note as sensações nos diferentes músculos, sem pressão, sem tensão.

**Queixo:** Aperte os seus dentes, com força... Sinta os músculos contraídos, tensos... (Pausa). Pouco a pouco, relaxe a boca, sinta como os músculos se apagam e se relaxam.

**Pescoço:** Contraia os músculos do pescoço... Sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço... Os músculos estão tensos... (Pausa). Relaxe lentamente o pescoço... Os músculos perdem a sua tensão e relaxam pausadamente.

**Membros Superiores:** Levante o seu braço direito e com o punho fechado, faça força... O seu braço está o mais rígido possível, está tenso, desde a mão até ao ombro... Concentre-se na forma como aumenta a tensão... (Pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à

posição inicial... Sinta como os seus músculos estão perdidos, apagados... completamente relaxados.

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

**Membros Inferiores:** Contraia os músculos da sua perna direita, esticando o seu pé direito, exercendo a máxima tensão... Sinta a contracção do pé até à coxa... (Pausa). Relaxe lentamente a sua perna direita e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

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

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

**Região torácica:** Faça força no seu peito, torne-o mais rígido, tentando contraí-lo, como se quisesse reduzir os pulmões... Concentre-se nas zonas mais tensas... (Pausa). Relaxe gradualmente o seu peito... Sinta a sensação dos músculos soltos, sem tensão.

**Região abdominal:** Contraia fortemente os músculos da barriga, até que a sinta dura como uma tábua... Sinta a tensão ao redor do umbigo... (Pausa). Relaxe agora os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza... Todos os músculos estão completamente relaxados.

**Região sacro-coccígea:** Concentre-se nos músculos abaixo da cintura... Contraia todos os músculos dessa zona em contacto com o colchão... Contraia as nádegas e as coxas com toda a força... (Pausa). Pode relaxar lentamente todos os músculos... Sinta o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento.

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

Permaneça deitado apreciando o seu estado de relaxamento.

Faça uma contagem regressiva a partir de cinco e levante-se lentamente.”

### GUIÃO 3

#### Técnica de Relaxamento Muscular Progressiva - Adaptação da técnica de Jacobson

Assuma uma posição bem confortável, procurando respirar usando só a musculatura abdominal. Feche os olhos suavemente.

Feche a sua mão esquerda como se fosse dar um “soco”, e aperte o máximo possível, procurando ficar atento para a sensação de tensão e memorizando-a. Agora relaxe, deixe a mão confortavelmente apoiada na superfície em que está. Respire calmamente e tranquilamente, procurando perceber a diferença entre as duas sensações, a da contracção e a do relaxamento. Repita este movimento.

Agora, dobre o pulso esquerdo para cima, elevando a palma da mão, sem movimentar o braço, sinta a contracção e procure memorizar esta sensação. Relaxe, deixe a mão apoiada na superfície em que está, procurando comparar e discernir a diferença entre as duas sensações. Respire calma e tranquilamente, usando somente a musculatura abdominal. Repita.

Dobre o pulso para baixo tentando alcançar com os dedos o braço. Contraia o máximo possível. Sinta a contracção e, em seguida, relaxe comparando as duas sensações. Respire tranquilamente. Repita.

Dobre o cotovelo, sinta a contracção nesta musculatura e memorize-a. Agora, relaxe, acomode o braço confortavelmente, procure senti-lo como se não conseguisse movimentar. Respire calmamente, use somente a musculatura abdominal. Repita.

(Repita os mesmos movimentos com o braço direito)

Feche a sua mão direita como se fosse dar um “soco”, e aperte o máximo possível, procurando ficar atento para a sensação de tensão e memorizando-a. Agora relaxe, deixe a mão confortavelmente apoiada na superfície em que está. Respire calmamente e tranquilamente, procurando perceber a diferença entre as duas sensações, a da contracção e a do relaxamento. Repita este movimento.

Agora, dobre o pulso direito para cima, elevando a palma da mão, sem movimentar o braço, sinta a contracção e procure memorizar esta sensação. Relaxe, deixe a mão apoiada na superfície em que está, procurando comparar e discernir a diferença entre as duas sensações. Respire calma e tranquilamente, usando somente a musculatura abdominal. Repita.

Dobre o pulso para baixo tentando alcançar com os dedos o braço. Contraia o máximo possível. Sinta a contracção e, em seguida, relaxe comparando as duas sensações. Respire tranquilamente. Repita.

Dobre o cotovelo, sinta a contracção nesta musculatura e memorize-a. Agora, relaxe, acomode o braço confortavelmente, procure senti-lo como se não conseguisse movimentar. Respire calmamente, use somente a musculatura abdominal. Repita.

Agora, concentre a sua atenção na sua perna esquerda. Estique o seu pé o máximo possível, levando a ponta do pé o mais distante possível do seu corpo. Sinta a contracção, memorize esta sensação. Agora, solte e relaxe. Compare as duas sensações. Respire tranquilamente, use apenas a musculatura abdominal. Repita.

Dobre o pé, trazendo a ponta do pé em direcção ao seu corpo. Contraia mais e mais, sinta a contracção. Relaxe, compare essas sensações, procure memorizar a diferença entre elas. Respire calma e tranquilamente. Repita.

Eleve um pouco a coxa, a perna e o pé. Contraia essa musculatura para manter elevada, preste atenção na contracção. Agora, relaxe, apoie a coxa, a perna e o pé confortavelmente na superfície. Sinta toda a musculatura mais e mais relaxada, dando a impressão de não poder mover. Respire pausadamente. Use somente a musculatura abdominal. Repita.

(Repita os mesmos movimentos para a perna direita).

Agora, concentre a sua atenção na sua perna direita. Estique o seu pé o máximo possível, levando a ponta do pé o mais distante possível do seu corpo. Sinta a contracção, memorize esta sensação. Agora, solte e relaxe. Compare as duas sensações. Respire tranquilamente, use apenas a musculatura abdominal. Repita.

Dobre o pé, trazendo a ponta do pé em direcção ao seu corpo. Contraia mais e mais, sinta a contracção. Relaxe, compare essas sensações, procure memorizar a diferença entre elas. Respire calma e tranquilamente. Repita.

Eleve um pouco a coxa, a perna e o pé. Contraia essa musculatura para manter elevada, preste atenção na contracção. Agora, relaxe, apoie a coxa, a perna e o pé confortavelmente na superfície. Sinta toda a musculatura mais e mais relaxada, dando a impressão de não poder mover. Respire pausadamente. Use somente a musculatura abdominal. Repita.

Agora contraia ambos os ombros, elevando-os como se fosse encostá-los na ponta das orelhas. Contraia, mais e mais. Relaxe, deixe os ombros apoiados de maneira confortável,

sinta a diferença entre a sensação da contracção e a do relaxamento. Respire tranquilamente. Repita.

Eleve a cabeça como se fosse alcançar com o queixo o peito. Sinta a contracção, procure memorizar esta sensação. Agora, solte, relaxe, deixe a cabeça apoiada de forma bem confortável. Compare as duas sensações tentando memorizar a diferença entre elas. Respire pausadamente. Repita.

Franza a testa e os olhos e cerre os dentes. Aperte, preste atenção nessa sensação. Agora, solte, relaxe sinta o rosto pesado, os olhos fechados suavemente.

Memorize as duas sensações. Respire somente com a musculatura abdominal. Repita.

Aperte os dentes, os de baixo de encontro aos de cima. Sinta a tensão, e agora compare com a de relaxamento, soltando o seu rosto mais e mais. Respire calmamente. Repita.

Nos próximos minutos, mantenha o seu corpo todo relaxado, confortavelmente apoiado na superfície em que está, respirando tranquilamente, use apenas a musculatura abdominal, deixando o ar entrar e sair suavemente. Agora, espreguice-se e abra os olhos.

Avaliar a sessão:

Motivar os utentes a descrever como se sentiram ao longo da sessão (aspectos positivo e negativos, como dificuldades de concentração, de adopção de certas posturas, etc.) e o resultado final.

## GUIÃO 4

Acomode-se na cadeira em que está sentado ou na superfície em que está deitado, deixando que o peso do seu corpo se afunde nela. Feche os olhos. Para começar, gostaria que voltasse a sua atenção para a sua respiração...siga a próxima expiração...a seguir, deixe o ar entrar...sinta-o suavemente a encher os pulmões...faça uma pausa por um momento... e expire lentamente... a seguir, deixe que a sua respiração siga o seu ritmo natural: suave e lento...a ficar mais suave e mas lento...

Agora dê atenção aos músculos da cabeça. Comece a sentir uma onda de relaxamento quente e lenta a formar-se no cimo da cabeça e a começar a descer em direcção à testa... centrando-se nos músculos por cima dos olhos... sinta esses músculos a ficar pesados e relaxados... concentre-se na sensação de peso que eles provocam... agora volte a atenção para os músculos dos olhos e das bochechas e sinta-os também a ficar pesados e relaxados... agora, foque os músculos da boca e do queixo... deixe que eles fiquem mais pesados e relaxados...  
(pausa de 10 segundos)

E à medida que a cabeça e cara continuam a relaxar, deixe que a onda de relaxamento lentamente se estenda ao pescoço... foque a atenção nos músculos do pescoço e sinta-os a ficar soltos e mais relaxados a cada momento que passa...  
(pausa de 10 segundos)

A onda de relaxamento continua a desenrolar-se, desta vez a espalhar o calor pelos músculos dos ombros... concentre-se nesta área... deixe-a ficar pesada e relaxada à medida que concentra nela a sua atenção.  
(pausa de 10 segundos)

A cabeça, o pescoço e os ombros permanecem relaxados enquanto foca os seus braços... deixando que a onda de relaxamento lhe traga peso e calor... concentra-se nas sensações nos braços...  
(pausa de 10 segundos)

Agora sinta a onda de relaxamento a descer para as mãos à medida que se concentra nelas... sinta os músculos das palmas e dedos a relaxar... sinta o calor a fluir aos dedos à medida que ficam mais relaxados...  
(pausa de 10 segundos)

Agora enquanto a parte superior do seu corpo permanece em relaxamento profundo, volte a sua atenção para o abdómen e para a parede de músculos que cobre os órgãos internos... deixe que esses músculos se soltem e distendam... de seguida, sinta a onda de relaxamento a descer para os músculos da coxa... e, à medida que se concentra neles, sinta as vossas coxas a ficar pesadas... pesadas como chumbo...

(pausa de 10 segundos)

A onda de relaxamento continua a descer para a parte inferior das pernas... foque os músculos da barriga das pernas... sinta a sensação de peso e relaxamento da barriga das pernas...

(pausa de 10 segundos)

Agora, enquanto o resto do corpo permanece relaxado, volte atenção para os pés... sinta a onda quente de relaxamento a descer para os músculos dos pés... sinta-os a ficar mais quentes, pesados e relaxados...

(pausa de 10 segundos)

A seguir, quando sentir todos os músculos num estado de relaxamento, comece a repetir a frase “estou relaxado”, repita-o a cada expiração.

Depois de uma pausa de 5 minutos

Agora vou pedir que traga a sua atenção de volta para o quarto em que está em repouso. Vou contar de um até cinco, e à medida que conto, comece a sentir-se mais e mais desperto, mais e mais fresco, com a cabeça desanuviada. Quando eu chegar ao cinco gostaria que abrisse os olhos. Um comece a sentir-se alerta... dois... três, ainda mais alerta... quatro...cinco...abra os olhos, e suavemente estique os braços e as pernas...

Avaliar a sessão:

Motivar os utentes a descrever como se sentiram ao longo da sessão (aspectos positivo e negativos, como dificuldades de concentração, de adopção de certas posturas, etc.) e o resultado final.

## GUIÃO 5

### Relaxamento progressivo

*“O método que vão aprender chama-se treino de relaxamento progressivo e consiste na contracção e libertação da tensão em todo o corpo. O objectivo é atingir o relaxamento que ocorre após a libertação da tensão. Uma contracção forte pode levar a um relaxamento profundo, exactamente como um pêndulo balanceando em ambas as direcções.*

*Vou pedir-vos que se concentrem nas sensações que acompanham a tensão e o*

*relaxamento. Existem 16 grupos musculares prontos a ser contraídos e relaxados e demora*

*entre 20-30 minutos a completar todo o procedimento. Vou começar por expor todos os*

*itens, depois exemplifico-os, dando-vos hipótese de os experimentar”.*

#### Exemplificação:

O terapeuta exemplifica os itens seguintes:

Cerrar o punho com a mão dominante sem envolver a parte superior do braço;

*“Vamos começar com a mão e parte inferior do braço direito. Vou pedir que contraiam os músculos da mão direita e parte inferior do braço, fechando a mão em punho cerrado. Agora... contraia a mão... mantendo apertado... sinta a tensão nos músculos ao apertar... e... Relaxe... liberte a tensão de uma só vez e à medida que os dedos se desenrolam repare nas sensações nos músculos da mão... atente nas sensações nos músculos da parte inferior do braço, ao eliminar a tensão... sinta o relaxamento a fluir para essa zona à medida que os músculos se tornam mais, e mais profundamente relaxados... completamente relaxados... repare nas sensações provenientes dos músculos neste momento, compare com o que sentia anteriormente, quando tensos.”*

Os itens são realizados uma segunda vez, ao que se segue uma prolongada fase de relaxamento que dura um minuto.

Empurrar o cotovelo do mesmo braço contra a base do colchão (activando os bíceps), mantendo a mão relaxada.

*“Deixe a mão e parte inferior do braço relaxadas ao transferir a atenção para os músculos da parte superior do braço direito (bíceps). Gostaria que desta vez pressionasse o cotovelo contra a base do colchão. Faça-o sem envolver os músculos da mão e da parte inferior do braço... Agora... sinta a tensão no braço superior enquanto pressiona o cotovelo para baixo... e... Relaxe... relaxe completamente... dirija para os músculos relaxados... sinta a tensão a libertar-se... usufrua das agradáveis sensações dos músculos relaxados... sinta a sensação de profundo relaxamento e conforto... depois verifique se o braço superior se sente tão relaxado como o inferior...”*

O braço não dominante é trabalhado em separado.

Levantar as sobrancelhas.

Contrair os olhos e enrugar o nariz.

Cerrar os dentes e puxar os cantos da boca para trás.

Puxar o queixo para trás e pressionar a cabeça para trás contra um apoio, contraindo os músculos do pescoço.

Alongar os ombros para trás.

Apertar os músculos abdominais (endurecendo a barriga).

Contrair a coxa da perna dominante, contraindo simultaneamente os flexores e os extensores.

Direccionar a ponta do pé dominante para baixo (flexão plantar).

Levantar o pé dominante em direcção à cara (dorsiflexão).

A perna não dominante é trabalhada em separado.

#### **Realização da técnica por parte dos formandos:**

Não contraia nada até eu dizer a palavra chave "agora". Do mesmo modo, só descontraia quando eu disser "relaxe".

Por favor fechem os olhos.

#### **Finalização da sessão**

No fim o terapeuta termina:

*“Vou terminar a sessão contando por ordem decrescente de 4 para 1... quatro... comece a mexer as pernas e pés... três... flicta e alongue os braços e mãos... dois... mova devagar a cabeça... e... um... abra os olhos, repare como se sente em paz e relaxado... como se tivesse acordado de um breve sono”.*

# ANEXO V

---

## Sessões de Grupo

# **SESSÕES DE GRUPO**

## 0 – Nota Introdutória

Este anexo é um complemento para a consulta de enfermagem a implementar no Hospital Dia do Centro Hospitalar do Alto Ave, como auxílio na estruturação de terapias de grupo, contendo apenas alguns critérios a englobar no desenvolvimento destas terapias.

É característica dos seres humanos reunir-se em grupos: nascem, crescem e morrem dentro de grupos sociais. Em grupo trabalham, se divertem e descansam, e em grupo atravessam os momentos de alegria e crescimento, e tristeza e involução de seus ciclos vitais<sup>9</sup>. Segundo alguns autores<sup>10</sup> referenciados na área do grupo terapia, o ser humano é gregário por natureza e somente existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais, numa constante dialéctica entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social.

Assim a inclusão deste guia, como anexo na consulta de enfermagem visa a orientação de desenvolvimento de terapias de grupo em utentes com diagnósticos de enfermagem, em que esta modalidade de intervenção possa representar um auxílio no processo terapêutico.

---

<sup>9</sup> Osório, L. (1989). *Grupoterapia – Hoje*. Artes Médicas. 2ª Edição. Porto Alegre, pág. 15 – 16.

<sup>10</sup> Zimerman, D. e Osório, L. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Artes Médicas. 1ª Edição. São Paulo, pág 26 – 27.

## **PLANEAMENTO DA SESSÃO**

**DINAMIZADORES:**

**LOCAL:**

**DIA:**

**HORA INICIO:**

**HORA DE TÉRMINO:**

**SOLICITAÇÃO:**

**INTERVENIENTES:**

**MATERIAL:**

**OBJECTIVOS GERAL:**

**OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:**

**CONTEÚDO DA SESSÃO**

**Aquecimento**

**“Quebra-gelo”**

**Dinâmica inicial**

**Dinâmica central**

**Dinâmica Final**

**DADOS DE AVALIAÇÃO:**

- Observação e exploração dos temas abordados e dinâmica do grupo.
- Detecção de dificuldades e problemas a explorar em sessões futuras.

# ANEXO VI

---

**Impresso para encaminhamento**

Serviço \_\_\_\_\_

Nº Processo:

Nome:

Data Nascimento:

Colar etiqueta de Identificação

**Requisição Pedidos de Colaboração (Uso Interno)** Nº Folha:

**Proveniência**  Consulta Externa  Urgência  Internamento \_\_\_\_\_ Piso

Data       Requiritante \_\_\_\_\_ Nº Mec

**Informação Clínica**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Objectivo do pedido**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Pedido ao serviço:**

- Consulta Pré-Anestésica
- Consulta na especialidade \_\_\_\_\_
- Colaboração da especialidade \_\_\_\_\_
- Colaboração do Serviço Social
- Colaboração do Serviço de Nutrição
- Colaboração da Enfermagem de Reabilitação
- Outro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOTA** Só é permitido um pedido por Acção

Recebi \_\_\_\_\_ Nº Mec.     Data

Enviado ao destinatário Data

**Efectuado em:**

Data       Por, \_\_\_\_\_ Nº Mec



# ANEXO VI

---

**Projecto de Candidatura**



Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

**PROJECTO DE APOIO À COMUNIDADE NO  
AMBITO DO HOSPITAL DIA C.H.A.A**

**MARÇO 2011**

# 0 – INTRODUÇÃO

---

No contexto do Hospital de Dia e de forma a dar resposta aos objectivos do Plano Nacional de Saúde Mental, vamos elaborar um projecto que dê resposta às necessidades sentidas, de forma a dar um maior apoio á nossa população alvo.

No nosso entender só é possível existir Cuidados na área da Saúde Mental e psiquiatria se proporcionar melhor qualidade de vida das populações.

Este projecto é elaborado com o objectivo da criação de uma equipa multidisciplinar (Médico Psiquiatra, Enfermeiro com especialidade na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, Psicólogo, Assistente Social, Administrativo) de apoio a doentes mentais graves em contexto de Hospital Dia na prevenção de comportamentos de risco, prevenção de recaídas , reinserção comunitária e melhoria da interacção social.

# 1 – CARACTERIZAÇÃO DO PROJECTO

---

## 1.1 – Descrição do Projecto e Caracterização do Público-alvo

O “ **PROJECTO DE APOIO Á COMUNIDADE NO AMBITO DO HOSPITAL DIA C.H.A.A**” visa desenvolver acções ao nível da promoção da saúde mental, da prevenção de comportamentos de risco e promoção da Saúde Mental do indivíduo/sociedade, adesão ao regime terapêutico, administração de antipsicóticos de acção prolongada, intervenção/encaminhamento precoce em descompensação e crise, levantamento/apoio as necessidades sócio-familiares.

No campo da promoção da saúde, propõe-se efectuar uma intervenção especializada baseada numa abordagem integral da prevenção de comportamentos de risco, bem como a prática a longo prazo de uma intervenção intersectorial; o desenvolvimento de acções de luta contra o estigma, a desmistificação da doença mental e promoção de estilos de vida saudáveis e melhor interacção social.

Na prevenção dos problemas de saúde mental propõe-se reduzir os factores de risco e promover os factores de protecção; diminuir a incidência e a prevalência de recaídas e minimizar o impacto da doença nas pessoas, nas famílias e na comunidade.

A equipa é formada 8 por elementos: 1 Médico Psiquiatra, 3 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, 1 Enfermeiros, 1 psicólogo, 1 assistente social e 1 administrativo.

## 1.2 - Caracterização do grupo-alvo

### *Indicadores Demográficos*

O Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE situa-se no coração do Vale do Ave, encontrando-se as duas unidades hospitalares antes dos concelhos de Guimarães, Fafe, Felgueiras, Vizela, Celorico de Basto e Cabeceiras de Basto. A sua População residente caracteriza-se pela sua juventude, sendo uma das mais Jovens do país. Os quadros que se seguem espelham algumas particularidades da área de influência do Centro Hospitalar.



Os destinatários deste projecto são indivíduos com perturbação psiquiátrica crónica que evidenciam incapacidade funcional e dificuldade de integração social. Os utentes são referenciados pela unidade de internamento e consulta ambulatório.

Assim o publico alvo da nossa intervenção, propomo-nos a atingir em simultâneo o acompanhamento de 200 utentes.

O grupo alvo definido vai de encontro às prioridades referenciadas pelo Plano Nacional de Saúde Mental 2007- 2016.

## 2 – FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO E DA SUA LOCALIZAÇÃO

---

Segundo o Relatório Mundial de Saúde de 2001, uma em cada quatro pessoas será afectada por uma perturbação mental num determinado momento da sua vida.

No relatório sobre o estado da saúde mental, em 27 países da Europa, publicado no final de 2005 e adoptado pela Comissão Europeia como documento oficial, “estima-se que mais de 27% dos europeus adultos (entre os 18 e os 65 anos) são afectados pelo menos por uma modalidade de doença mental no decurso de um dado ano”.

Em Portugal, estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30%, sendo aproximadamente 12% o correspondente a perturbações psiquiátricas graves. Não existem dados de morbilidade psiquiátrica de abrangência nacional que permitam caracterizar melhor o país (Direcção Geral da Saúde, 2004).

Nos países desenvolvidos das dez doenças mais incapacitantes quatro são psiquiátricas: depressão, esquizofrenia, distúrbios ansiosos e alcoolismo.

Segundo a Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental “o alargamento da prestação de cuidados exige o estabelecimento de redes, não só hospitalares mas também comunitárias”.

Este projecto irá desenvolver-se na área de influência do CHAA, dado a inexistência de qualquer apoio especializado na comunidade direccionado a este grupo-alvo.

# 3 – DESCRIÇÃO DOS OBJECTIVOS DO PROJECTO

---

## **Objectivos gerais:**

- Promover o bem-estar mental;
- Prevenir os problemas de saúde mental;
- Desenvolver a reabilitação integrando socialmente as pessoas que sofrem de perturbações mentais;
- Promover a autonomia das actividades de vida diárias.
- Promover a autonomia das actividades de vida diária instrumentadas.
- Evitar a institucionalização;
- Promover a articulação entre a rede de saúde e de suporte social;

## **Objectivos específicos:**

- Aumentar a qualidade de vida das pessoas com problemas na área da saúde mental e psiquiatria;
- Aumentar o nível de satisfação do Individuo portador de doença mental grave, cuidador/família;
- Aumentar a acessibilidade a cuidados especializados de saúde mental e psiquiatria;
- Reduzir os factores de risco;
- Diminuir a comorbilidade psiquiátrica;
- Diminuir a prevalência de recaídas;
- Aumentar a autonomia nas actividades de vida diária;
- Aumentar a autonomia nas actividades instrumentais de vida diária;
- Capacitar os cuidadores para a prestação de cuidados;
- Criar um sistema de registo de dados epidemiológicos e sociológicos;
- Diminuir a exclusão social e a violência familiar;
- Avaliar as condições sócio-familiares;
- Orientar para estruturas de apoio social e de saúde;
- Lutar contra o estigma, a discriminação e a exclusão social;

- Prestar cuidados no quadro de serviços e de intervenções integrados na comunidade, prevendo a participação dos doentes e cuidadores/família

## 4 – ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E METODOLOGIAS UTILIZADAS

---

Este projecto visa a implementação de uma equipe de apoio a utentes mentais graves na comunidade a nível do Hospital Dia do CHAA de forma a melhorar prevenção de comportamentos de risco, a nível de prevenção de recaídas, adesão/gestão do regime terapêutico e reinserção, treino de competências sociais com o apoio num período temporal terça feira e quinta feira 9 horas às 13 horas.

Neste sentido, a intervenção visa prestar uma assistência individualizada, de carácter preventivo e reabilitador, com serviços e técnicas de intervenção (estratégias de treino de prevenção de recaída, psico-educação de prevenção de comportamentos de risco, dinâmicas de grupo, programas de mudança comportamental, treino resolução de problemas, vigilância de sintomatologia psicótica), executados pelos diferentes profissionais da equipa; a particularidade deste serviço é a prestação destes cuidados na sala de reuniões do departamento de psiquiatria e saúde mental, mantendo a sua integração sócio-familiares de forma a viver na sua casa o máximo de tempo que seja possível e em condições aceitáveis de dignidade pessoal.

## 5 – DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES A DESENVOLVER

---

- Reestruturação cognitiva;
- Aconselhamento e Encaminhamento;
- Treino de Habilidades e Competências Sociais;
- Estratégias de Resolução de Problemas;
- Psico-educação Familiar;
- Psico-educação social;
- Psico-educação comportamental;
- Intervenção em Crise;
- Execução do Plano individual de cuidados;
- Interação social;
- Psicoterapias individuais e de grupo;
- Dinâmicas de grupo
- Aplicação de indicadores de ansiedade/ delírio/ Auto-controlo agressividade/ Auto-controlo impulsividade / Auto-controlo pensamento distorcido / cognição / Comportamento de aceitação / Comportamento medicação / Alteração do humor / Esperança / Nível ansiedade /Resiliência familiar / Conhecimento adesão terapêutica NOC

## 6 – IMPACTO PREVISTO DO PROJECTO NA CONCRETIZAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

---

Considera-se que com a criação da equipe se implementa e desenvolve uma estrutura capaz de dar uma resposta integrada quer para os utentes a necessitar de cuidados e de vigilância no pós-alta, quer para os que devido à quase inexistência destes cuidados se encontram em vias de hospitalização. Com a prestação de cuidados em ambulatório assertivos pretende-se desenvolver uma abordagem integral da doença mental, uma vez que esta problemática se repercute em todas as dimensões da vida humana. Por esta razão urge implementar intervenções que articulem práticas profissionais com sectores dentro e fora da Saúde – intersectorialidade.

Tendo em conta esta acção interdisciplinar importa combater os mitos e crenças culturais subjacentes à Doença Mental, melhorando assim o conhecimento e informação da sociedade em geral acerca da mesma. Neste seguimento, o envolvimento da família no processo terapêutico tal como a formação aos cuidadores informais assume-se como uma mais-valia tanto para a equipa como para o utente.

Considera-se que o conjunto articulado de todas estas acções poderá influir na diminuição do número de recaídas e do número de reinternamentos, promovendo o bem-estar global e a autonomia dos utentes do serviço, como também promover o bem-estar bio-psico-socio-cultural. Pretendemos criar uma estrutura a nível do Hospital Dia do CHAA de suporte com sustentabilidade e solidez.

# 7 – ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJECTO

---

## 1. Quais os principais resultados que espera atingir com o projecto

- Diminuição do número de recaídas;
- Diminuição do número de reinternamentos;
- Diminuição da estigmatização social
- Aumento da qualidade de vida;
- Melhor integração social
- Intervenção precoce na prevenção de comportamentos de risco
- Diminuição dos comportamentos de risco
- Monitorização de factores desencadeantes de comportamentos de risco

## 2. Como tenciona avaliar o seu cumprimento?

### 2.1 – Aplicação de indicadores da classificação dos resultados de Enfermagem (NOC)

- Nível ansiedade
- Auto-controlo agressividade
- Auto-controlo impulsividade
- Auto-controlo pensamento distorcido
- Cognição
- Vontade de Viver
- Conhecimento: medicação
- Equilíbrio do humor
- Resiliência familiar

- Conhecimento: procedimento tratamento
- Auto cuidado: Actividades de Vida Diária
- Auto cuidado: Actividades Instrumentais de Vida Diária
- Sono

## 8 – INDICADORES DE SAÚDE

---

- 70% dos utentes encaminhados adiram ao programa terapêutico
- 70% dos utentes com alterações nas actividades de vida diária tenham ganhos de autonomia
- 50% dos utentes com alterações nas actividades instrumentais de vida diária tenham ganhos de autonomia
- 50% dos utentes apresentem melhoria da interacção social
- 90% dos utentes/família tenham acompanhamento técnico adequado às circunstâncias
- 75% de detecção e intervenção precoce em crise.

## 9 – CRONOGRAMA

---

TEMPO	MAIO – AGOSTO	SETEMBRO – DEZEMBRO
ACTIVIDADE	CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES  AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES ESPECIFICAS DO UTENTE  ELABORAÇÃO DE UM PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS MULTIDISCIPLINAR PARA CADA UTENTE  REUNIÕES MULTIDISCIPLINARES	EXECUÇÃO DO PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS MULTIDISCIPLINAR PARA CADA UTENTE  AVALIAÇÃO DOS GANHOS EM SAÚDE  READAPTAÇÃO DO PLANO ÀS NECESSIDADES ACTUAIS DO UTENTE  REUNIÕES MULTIDISCIPLINARES

# BIBLIOGRAFIA

---

Direcção Geral da Saúde, 2004; Direcção da Saúde – Senso Psiquiátrico de 2001

Direcção Geral da Saúde, 2004; Rede de referência de Psiquiatria e Saúde Mental, p. 5

Murray, C. J. L. [et all] (1996). The Global Burden of Disease, p. 270

# ANEXO VII

---

Formação do CIR

*Programa  
Integrado na  
Recuperação de  
Pessoas com  
Doença Mental  
Grave*

## *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

O Programa de Cuidados Integrados na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave consiste numa série de sessões semanais nas quais os profissionais de saúde mental ajudam as pessoas, que tiveram a experiência de sintomas psiquiátricos, a desenvolver estratégias **personalizadas** para lidar com a sua doença mental e prosseguir com as suas vidas. Este programa pode ser realizado de forma individual ou em grupo, tendo duração de 3 a 6 meses.

## *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

Destina-se a doentes com o diagnóstico:

- ✓ *Esquizofrenia;*
- ✓ *Perturbações esquizoafectivas;*
- ✓ *Perturbações psicóticas (induzidas por substâncias);*
- ✓ *Perturbação bipolar tipo I;*

# *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

Constituído por 2 manuais contendo orientações para profissionais e material informativo para a pessoa em recuperação:

*O material informativo aborda os seguintes temas:*

1. Estratégias de Recuperação
2. Dados Práticos sobre a Doença Mental
3. O Modelo Vulnerabilidade-Stress e Estratégias de Tratamento
4. Criar Redes de Suporte Social
5. Utilizar a Medicação de Modo Eficaz
6. Reduzir as Recaídas
7. Lidar com o Stress
8. Lidar com os Problemas e Sintomas
9. Obter Resposta às suas Necessidades através do Sistema de Saúde Mental

## *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

**Recuperação** tem significados diferentes para pessoas diferentes.

- deixarem de ter sintomas ou sinais de doença mental;
- desafios, desfrutar dos prazeres da vida, tentar alcançar sonhos e objectivos pessoais, e aprender a lidar com e aceitar a DM, apesar dos sintomas ou reveses.

# *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

## ***Objectivos do CIR:***

- ✓ Inculzir esperança de que a mudança é possível;
- ✓ *Desenvolver uma relação de colaboração com a equipa de tratamento;*
- ✓ Ajudar as pessoas a estabelecer objectivos significativos;
- ✓ *Transmitir informação sobre a doença mental e as opções de tratamento;*
- ✓ Desenvolver competências para reduzir as recaídas, lidar com o stress e gerir sintomas;
- ✓ *Fornecer informação sobre como aceder aos recursos necessários;*
- ✓ Auxiliar as pessoas no desenvolvimento ou melhoria da sua rede de suporte para lidar com a doença e prosseguir seus objectivos.

## *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

Sessões individuais ou em grupo.

### ***Vantagens do método individual:***

- ✓ Material mais facilmente adaptado às necessidades da pessoa e pode-se dedicar mais tempo à abordagem das suas preocupações específicas.

### ***Vantagens do método grupo:***

- ✓ Providencia as pessoas com mais fontes de comparação, motivação, ideias, apoio e exemplos a seguir. Mais económico.

# *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

Socialização e identificação de problemas relevantes	1-3 min
Resumo das sessões anteriores	1-3 min
Revisão dos trabalhos de casa	3-5 min
Verificação de objectivos	1-3 min
Apresentação do plano da presente sessão	1-2 min
Apresentação de novos materiais ou revisão de materiais de sessões prévias	30-40 min
Acordo relativamente as tarefas a realizar em casa	3-5 min
Resumo do progresso feito na sessão	3-5 min

## *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

Duração das sessões: 45-60 min. Sendo o factor determinante a capacidade da pessoa se manter interessada e aprender informação relevante.

### *Proporcionar:*

- ✓ ambiente tranquilo;
- ✓ Livre de distrações desnecessárias;
- ✓ Propício aprendizagem e prática do material.

## *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

Apresentar o material informativo em tom de conversa, resumindo pontos-chave. A pessoa lê o material e discute nas sessões.

Personalizar informação do material.

Preenchimento do material.

Trabalhos de casa para revisão de parte da informação ou prática do material ensaiado nas sessões.

Entregar determinado material informativo a familiares, a discussão do material facilita aprendizagem.

## *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

- Envolvimento de pessoas próximas
- Fornecer informação correcta sobre a doença mental:
- reduz criticismo;
  - Apoio e ajuda para alcançar metas;
  - Aumenta hipóteses de sucesso.

# *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

## **Valores centrais do CIR**

1. Manter a esperança e uma atitude positiva.
2. A pessoa tem a **sua** experiência de vivenciar os problemas de saúde mental.
3. A escolha e a capacidade de decisão da pessoa são fundamentais.
4. Os profissionais desenvolvem um processo de colaboração com a pessoa em recuperação.
5. Os profissionais demonstram respeito pelas pessoas em seguimento.

## *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

- A pessoa é o perito na sua experiência pessoal da doença mental.
- A escolha pessoal é essencial. Evitar pressionar a pessoa a tomar certas decisões relativas ao tratamento, aceitar as decisões e trabalhar no sentido de avaliar as consequências em termos de objectivos pessoais.
- Os profissionais são colaboradores.
- Os profissionais demonstram respeito pelas pessoas com experiência de sintomas psiquiátricos.

# *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

Princípios pedagógicos:

## **1. Estratégias Motivacionais:**

Porque é que uma pessoa deveria estar interessada em aprender a informação e competências que fazem parte do CIR.

Ajudar a pessoa a ver como aprender informação e competências a ajudará a atingir os seus objectivos a curto e longo prazo.

# *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

## ***2. Estratégias Educacionais***

Disponibilizar à pessoa informação essencial sobre a natureza da doença mental, os princípios de tratamento, e estratégias de prevenção da recaída e para lidar com os sintomas.

O ensino deve ser interactivo para ser efectivo.

Transmitir à pessoa que tem contribuições a fazer no processo de aprendizagem e que o profissional está interessado no que ela tem para dizer.

*Reconhecer e aplicar a informação nas suas experiências pessoais é uma importante estratégia educacional.*

# *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

## **3. Estratégias cognitivo-comportamentais**

### **3.1 Reforço**

Reforço positivo (aumento de algo agradável) e negativo (diminuição de algo desagradável). Não confundir com castigo (punição por algo desagradável)

### **3.2 Moldagem**

Reforço de aproximações sucessivas a um objectivo. “Devagar se vai ao longe!”

## *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

### *3.3 Modelagem*

Refere-se à demonstração da competência com o propósito de ensinar.

### *3.4 Treino e dramatização*

"a prática leva à perfeição". De modo a aprender novas competências, é necessário praticá-las dentro e fora das sessões.

# *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

## *3.5 Trabalhos para casa*

São um veículo essencial para ajudar as pessoas a por em prática as competências por si sós. A pessoa deverá estar familiarizada com a competência e ter algum plano específico relativamente a quando e onde pôr em prática.

## *3.6 Reestruturação cognitiva*

O que as pessoas pensam sobre si próprias e sobre o mundo e os seus estilos pessoais de processar e compreender informação influencia como respondem aos eventos. É uma estratégia cognitivo-comportamental que implica ajudar a pessoa a desenvolver um modo de olhar as coisas alternativo, mais adaptativo e muitas vezes mais preciso

# *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

## ***Equipa de saúde mental Comunitária e Terapeuta de Referência***

As equipas / unidades comunitárias de saúde mental (USMC) são úteis, necessárias mas não suficientes. É necessário integrar vários componentes nas suas intervenções (ex: intervenções familiares, psicoeducacionais, psicoterapêuticas, modelo case manager ...) baseadas na evidência.

- Vantagens na continuidade de cuidados, acessibilidade, satisfação, qualidade de vida, integração social e prevenção de recaídas e internamentos .

## *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

- Trabalho Multidisciplinar
- Abordagem integrada com a participação de psiquiatra na equipa
- Número de casos por TR : 20 a 25 (estudo UK 700)
- Visitas domiciliárias, seguimento assertivo.
- Abordagem holística em que os cuidados de saúde e sociais são prestados em simultâneo.
- Continuidade e a qualidade da relação terapêutica estabelecida são fundamentais nos cuidados prestados.

# *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

- **Participação do utente no processo**
  - O doente deverá ser encorajado a participar no seu projecto de recuperação e acompanhamento (Bacharach, 1993)
  - A individualização de cuidados pressupõe também flexibilidade, importante na intervenção do TR bem como rigor na sua prática
  - Atender à realidade cultural e social dos utentes

# *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

## **Os TR devem:**

### **( Documento de consenso da reunião da Curia, 2008 )**

1. Servir de interface entre a ESMC e a pessoa doente, a família e outras figuras significativas.
2. *Centralizar a informação acerca do doente (sempre vertida num processo clínico único).*
3. Desenhar, em conjunto com a pessoa doente e sempre que possível com a família, um plano de cuidados.
4. *Monitorizar o percurso e a evolução da pessoa doente, ao longo do tempo.*
5. Identificar, em cada momento, os problemas e necessidades do doente.

## *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

- 6. Referenciar, em reunião de Equipe, a pessoa doente ao(s) técnico(s) cuja competência específica (ou própria) mais se adequa a uma intervenção que responda aos problemas e ou necessidades identificadas.*
- 7. O TR poderá ser qualquer um dos técnicos da Equipe. Considera-se indispensável, para desempenhar a função de TR, que este técnico possua formação prévia, e as competências que lhe permitam reconhecer a psicopatologia mais importante no campo das doenças mentais graves.*

***O TR não tem de fazer tudo, mas sim assegurar-se que tudo é feito!***

# *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

## ***PIC-Plano Individual de Cuidados***

O plano de cuidados deve incluir a identificação das principais necessidades e problemas dos pacientes, propor respostas ou intervenções e identificar quem as irá desenvolver.

O doente deverá contribuir para a elaboração deste plano, bem como a sua família/pessoa significativa (caso o doente concorde). Deverá também ser obrigatoriamente definida uma data para revisão do plano, habitualmente por períodos nunca superiores a 6 meses.

# *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

## **Características essenciais do PIC:**

1. Avaliação sistemática e individualizada das necessidades de saúde, sociais e psicossociais;
2. Designação de um coordenador de cuidados/técnico de referência que elabora o PIC;
3. O PIC deve ser escrito, explícito e objectivo;
4. Na formulação do PIC devem ser identificadas as várias intervenções e cuidados e quem os realiza.
5. Colaboração multidisciplinar.

# *Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com Doença Mental Grave*

## **Participam na elaboração do PIC:**

- Técnico de referência (que elabora)
- Médico Psiquiatra
- Utente / paciente
- Família do utente
- Outros elementos da equipa de SM e em particular os que vão intervir
- Médico de Família nomeadamente se comorbilidade somática
- Outros profissionais e instituições envolvidas

**Continua....**

# 1. Estratégias para a Recuperação

## **Objectivos:**

- Estimular a pessoa a acreditar que poderá conseguir realizar objectivos pessoais importantes.
- Ajudar a pessoa a identificar e a pôr em prática algumas estratégias que ajudarão ao progresso na recuperação.
- Ajudar a pessoa a identificar objectivos que lhe são importantes.
- Ajudar a pessoa a desenvolver um plano para atingir um ou dois objectivos pessoais.

# 1. Estratégias para a recuperação

2 a 4 sessões

*Estrutura das sessões:*

1. Parte informal e identificação de problemas mais importantes.
2. Revisão da sessão anterior.
3. Discussão dos trabalhos pedidos na sessão anterior. (Reforçar esforços e resolver obstáculos para a conclusão do trabalho).
4. Estabelecer objectivos ou avaliar objectivos já estabelecidos.
5. Fazer agenda da sessão actual.
6. Apresentar nova informação.
7. Fazer o sumário do progresso da sessão.
8. Acordar o trabalho a completar antes da próxima sessão.

# 1. Estratégias para a Recuperação

## ■ **Estratégias motivacionais**

As estratégias deste módulo incidem sobre a forma de ajudar uma pessoa a identificar os benefícios de um percurso em direcção à recuperação e na ajuda ao desenvolvimento de um sentimento de confiança quanto à possibilidade de conseguir alguns objectivos.

- identificar os benefícios pessoais de encetar o processo.
- ajudar avaliar as vantagens e desvantagens em deixar as coisas como estão e o mesmo para a mudança.

# 1. *Estratégias para a Recuperação*

## ■ ***Estratégias Educativas***

Aprendizagem da recuperação e na familiarização com estratégias que podem ajudar à progressão quanto aos objectivos.

## ■ ***Estratégias cognitivo-comportamentais***

Pensar mais positivamente sobre elas próprias e a procurarem activamente a concretização dos objectivos de recuperação.

# 1. *Estratégias para a Recuperação*

- ✓ Identificar estratégia de recuperação (“Estratégias de recuperação”);
- ✓ Decidir como pode usar a estratégia;
- ✓ Identificar objectivo com o qual não está satisfeita (“Satisfação com áreas da minha vida”);
- ✓ Desenvolver plano para chegar a um ou vários objectivos (“Resolução de problemas e alcançar objectivos passo-a-passo”)
- ✓ Identificar e praticar uma estratégia para ultrapassar obstáculos, para atingir os fins.

# 1. Estratégias para a Recuperação

## ■ **Trabalhos de casa**

No final de cada sessão deste módulo, ajude cada pessoa a identificar o que poderá fazer antes da próxima sessão para rever os pontos abordados. Este trabalho poderá envolver o aprofundar de um tema, rever o que foi conversado ou completar um dos questionários. Por vezes este trabalho pressupõe por em prática/uso uma estratégia desenvolvida.

## *2. Factos Práticos sobre a doença mental Grave*

As pessoas ganham poder através do conhecimento (“empowerment”). Quanto mais compreendem os factos básicos sobre a sua problemática, melhor equipados ficam para falar por si próprios e para ter um papel activo no seu tratamento e recuperação.

## *2. Factos Práticos sobre a doença mental Grave*

Dar resposta a algumas perguntas comuns das pessoas com doença mental:

- ✓ Como é feito o diagnóstico de doença mental?
- ✓ Quais são os sintomas?
- ✓ Quais são os tratamentos?
- ✓ Quão comum é?
- ✓ Qual o futuro?

Cria oportunidade das pessoas educarem os profissionais quanto ao que experienciam.

## *2. Factos Práticos sobre a doença mental Grave*

### **Objectivos:**

1. Dar uma mensagem de optimismo relativamente ao futuro.
2. Assegurar as pessoas que ter uma doença mental não é culpa de ninguém.
3. Ajudar as pessoas a identificar exemplos de sintomas que experienciaram.
4. Apresentar o modelo stress-vulnerabilidade.
5. Familiarizar as pessoas com exemplos de indivíduos que têm doença mental e levam vidas produtivas e com significado.

## 2. Factos Práticos sobre a doença mental Grave

2 a 4 sessões

### ***Estrutura das sessões:***

1. Socialização informal e identificação dos principais problemas.
2. Revisão da sessão anterior.
3. Discussão do trabalho de casa da sessão anterior. Elogie todos os esforços e resolva obstáculos à conclusão do trabalho de casa.
4. Seguimento de objectivos.
5. Estabelecimento da agenda da sessão em curso.
6. Ensino de novo material (ou caso necessário, revisão de material de uma sessão anterior).
7. Resumo do progresso feito na sessão actual.
8. Acordo quanto ao trabalho de casa que deve ser completado até a próxima sessão.

## *2. Factos Práticos sobre a doença mental Grave*

- ***Estratégias Motivacionais***

Ajudar a pessoa a compreender a relevância pessoal de aprender sobre a sua problemática.

“Porque poderá ser útil saber como reconhecer os sintomas?”

## 2. Factos Práticos sobre a doença mental Grave

- **Estratégias educacionais**

Garantir que as pessoas compreendem a informação básica sobre a sua problemática.

- **Estratégias cognitivo-comportamentais**

Ajudar as pessoas a aprender como utilizar a informação do módulo para pensar ou agir de modo diferente relativamente à sua doença. Útil para as pessoas pensarem em como aprender sobre a doença mental pode melhorar algo na sua própria vida ou ajudar a alcançar metas pessoais.

## 2. Factos Práticos sobre a doença mental Grave

### ■ **Trabalhos de casa**

Ajudar a pessoa a identificar situações fora das sessões onde a informação que acabou de aprender sobre a doença mental poderá ser aplicada. Implica ajudar a pessoa a planear a forma de utilizar as aprendizagens antes da próxima sessão.

### *3. O Modelo Vulnerabilidade-Stress e estratégias de tratamento*

Explica o que causa a doença mental e que factores afectam o seu curso. Ter conhecimentos sobre as causas e tratamentos para a doença mental ajuda as pessoas a tomar decisões informadas e envolve-as activamente no seu processo de tratamento.

### *3. O Modelo Vulnerabilidade-Stress e estratégias de tratamento*

#### ***Objectivos:***

1. Explicar o papel do stress e a vulnerabilidade biológica no surgimento dos sintomas.
2. Transmitir a mensagem que o tratamento pode ajudar as pessoas a reduzirem os sintomas e atingir os seus objectivos.
3. Ajudar as pessoas a familiarizarem-se com as diferentes opções de tratamento.
4. Ajudar as pessoas a decidir que opções de tratamento preferem.

### 3. O Modelo Vulnerabilidade-Stress e estratégias de tratamento

2 a 4 sessões

#### ***Estrutura das sessões***

1. Socialização informal e identificação de problemas relevantes.
2. Revisão da sessão anterior.
3. Discussão do trabalho de casa da sessão anterior. Elogie todos os esforços e resolução de obstáculos.
4. Verificação de objectivos.
5. Estabelecimento do plano da sessão em curso.
6. Apresentação de novo material (ou caso necessário, revisão de material de uma sessão anterior).
7. Resumo do progresso feito na sessão em curso.
8. Acordo quanto ao trabalho de casa a ser completado até a próxima sessão.

### 3. O Modelo Vulnerabilidade-Stress e estratégias de tratamento

Estratégias a ser utilizadas em cada sessão

- ***Estratégias motivacionais***

Ajudar a pessoa a ver como o tratamento pode melhorar a sua vida.

“Como pode o tratamento diminuir os sintomas de sofrimento da pessoa?”

“Como pode o tratamento ajudar a pessoa a atingir os seus objectivos pessoais?”

### 3. O Modelo Vulnerabilidade-Stress e estratégias de tratamento

- **Estratégias educacionais**

Ajudar a compreender o modelo

*Vulnerabilidade-Stress*. De acordo com este modelo os tratamentos efectivos devem abordar quer os factores causadores de stress quer os factores biológicos.

É útil relacionar a informação da ficha informativa com a experiência efectiva da pessoa.

### *3. O Modelo Vulnerabilidade-Stress e estratégias de tratamento*

- ***Estratégias cognitivo-comportamentais***

Auxiliar as pessoas a decidir como utilizar a informação fornecida e para pensar agir de modo diferente relativamente ao tratamento. Útil pensarem como podem utilizar o tratamento para melhorarem algum aspecto das suas vidas.

## *4. Criação de Redes de Suporte Social*

O stress contribui para o aparecimento dos sintomas de doença mental.

Ter apoio social ajuda as pessoas a lidar com o stress de modo mais eficaz, o que ajuda às recaídas.

## 4. Criação de Redes de Suporte Social

### **Objectivos:**

1. Fornecer informação sobre os benefícios do apoio social.
2. Transmitir confiança que as pessoas podem fortalecer a sua rede de apoio social.
3. Ajudar a pessoa a identificar e praticar estratégias para contactar ou conhecer mais pessoas.
4. Ajudar as pessoas a identificar e praticar estratégias para se aproximar de outras pessoas.

## 4. Criação de Redes de Suporte Social

2 a 4 sessões

### ***Estrutura das sessões:***

1. Socialização informal e identificação de problemas relevantes.
2. Revisão da sessão anterior.
3. Discussão do trabalho de casa da sessão anterior. Elogie todos os esforços e resolução de obstáculos.
4. Verificação de objectivos.
5. Estabelecimento do plano da sessão em curso.
6. Apresentação de novo material (ou caso necessário, revisão de material de uma sessão anterior).
7. Resumo do progresso feito na sessão em curso.
8. Acordo quanto ao trabalho de casa a ser completado até a próxima sessão.

## 4. Criação de Redes de Suporte Social

Estratégias a ser utilizadas em cada sessão

- ***Estratégias motivacionais***

Ajudar as pessoas a identificar os benefícios de ter uma rede de apoio social mais forte e ajudá-las a ganhar confiança de que podem ser eficientes em aumentar o número e/ou qualidade dos seus relacionamentos.

## 4. Criação de Redes de Suporte Social

- **Estratégias educacionais**

Aumentar o conhecimento das pessoas sobre os benefícios do apoio social e ajudá-las a tornarem-se familiares com ideias para aumentar o número e qualidade dos seus relacionamentos.

## 4. Criação de Redes de Suporte Social

- **Estratégias Cognitivo-comportamentais**

Ajudar a pessoa a praticar activamente e utilizar estratégias para aumentar o número e qualidade dos seus relacionamentos. Providenciar oportunidades nas sessões para fazer o role-play de estratégias para conhecer outras pessoas ou aumentar a proximidade pode ser eficaz. Ajudar a planear como podem utilizar as estratégias no seu dia-a-dia.

## 4. Criação de Redes de Suporte Social

### ■ **Trabalhos de casa**

As pessoas irão identificar maneiras em que gostariam de aumentar o número e qualidade dos seus relacionamentos. Os trabalhos de casa podem incluir estabelecer e seguir os planos para atingir esses objectivos.

## *5. Utilizar eficazmente a Medicação*

Transmitir mais conhecimentos acerca da medicação e de como esta pode contribuir para o seu processo de recuperação.

Discussão sobre vantagens e desvantagens da medicação e ajuda as pessoas a tomar uma decisão informada com base nas suas opções.

## 5. Utilizar eficazmente a Medicação

### **Objectivos:**

1. Fornecer informação adequada sobre a medicação para a doença mental incluindo as respectivas vantagens e desvantagens.
2. Promover oportunidade das pessoas falarem abertamente acerca das suas crenças sobre a medicação e as suas experiências com os vários tratamentos.
3. Ajudar as pessoas a considerarem as vantagens e desvantagens de fazer a medicação.
4. Ajudar as pessoas que decidiram fazer medicação a desenvolver estratégias para o fazerem de um forma regular. Estas estratégias incluem medidas comportamentais e abordagem do regime posológico.

# 5. Utilizar eficazmente a Medicação

2 a 4 sessões

## ***Estrutura das sessões***

1. Socialização informal e identificação dos principais problemas.
2. Revisão da sessão anterior.
3. Discussão do trabalho de casa da sessão anterior. Elogie todos os esforços e resolva obstáculos à conclusão do trabalho de casa.
4. Seguimento de objectivos.
5. Estabelecimento da agenda da sessão em curso.
6. Ensino de novo material (ou caso necessário, revisão de material de uma sessão anterior).
7. Resumo do progresso feito na sessão actual.
8. Acordo quanto ao trabalho de casa que deve ser completado até a próxima sessão.

## 5. Utilizar eficazmente a Medicação

### ■ **Estratégias motivacionais**

Atitude neutral e mente “aberta”, ajudando as pessoas a chegar às suas próprias conclusões, nomeadamente acerca do que será melhor para elas.

Encorajar as pessoas a considerar as vantagens e desvantagens, no seu ponto de vista, em fazer a medicação.

## *5. Utilizar eficazmente a Medicação*

- ✓ Diminuição dos sintomas, das recaídas e das hospitalizações. Vida mais autónoma e melhoria das relações sociais.
- ✓ Manter presente os objectivos pessoais identificados
- ✓ Abordar experiências pessoais
- ✓ Questionário “prós e contras da medicação” .

## 5. Utilizar eficazmente a Medicação

### ■ *Estratégias educacionais*

Melhorar a informação da pessoa em tratamento sobre a medicação, os seus benefícios e efeitos secundários.

Mensagem chave acerca da medicação é que esta é geralmente eficaz na redução de sintomas e na prevenção de recaídas. Os efeitos secundários variam de fármaco para fármaco e habitualmente não são problemáticos.

# 5. Utilizar eficazmente a Medicação

- **Estratégias cognitivo-comportamentais**

Ajudar as pessoas a melhorar a forma como estas utilizam informação nomeadamente em relação aos seus pensamentos, atitudes e comportamentos.

- **Trabalho/tarefas de casa**

Desenvolver uma rotina que facilite a toma da medicação.

## *6. Prevenção de recaídas*

Ajuda as pessoas a analisar a sua experiência anterior em situações de crise, a fim de desenvolver um plano de prevenção de crise. Identificar objetivos pessoais, sinais precoces de alarme e estratégias para evitar recaídas. As pessoas são incentivadas a incluir familiares e outras pessoas de suporte, na leitura do folheto, na participação em sessões e no desenvolvimento de um plano de prevenção de recaída.

## 6. Prevenção de recaídas

### **Objectivos:**

1. Transmitir a certeza de que as pessoas podem reduzir as possibilidades de ter recaídas no futuro.
2. Ajudar as pessoas a identificar objectivos e sinais precoces de alerta de uma crise iminente.
3. Ajudar as pessoas a desenvolver o seu próprio plano de prevenção de crise.
4. Incentivar as pessoas a incluir membros da família e outras pessoas de suporte no desenvolvimento de planos para reduzir as recaídas.

# 6. Prevenção de recaídas

2 a 4 sessões

## ***Estrutura das sessões:***

1. Socialização informal e identificação de problemas.
2. Revisão da sessão anterior.
3. Discussão do trabalho de casa da anterior sessão. Elogie todos os esforços e a capacidade de resolução de problemas.
4. Avaliação e monitorização dos objectivos.
5. Ajuste os tempos disponíveis à sessão actual.
6. Transmite a matéria nova (ou reveja se necessário o material da sessão anterior).
7. Reforce o progresso feito na sessão.
8. Confirme que o trabalho de casa deve ser terminado antes da sessão seguinte.

## 6. Prevenção de recaídas

### ■ **Estratégias motivacionais**

As pessoas que viveram situações com sintomas psiquiátricos graves, que conduziram ao internamento, geralmente estão muito motivadas para evitar futuras recaídas. As recaídas e os novos internamentos são acontecimentos preocupantes e frequentemente traumáticos. As pessoas reduzem as possibilidades de recaída, com a elaboração de um Plano de Prevenção de Recaída que promove um maior controlo sobre suas vidas.

## 6. Prevenção de recaídas

### ■ *Estratégias educacionais*

Crescente conhecimento da pessoa sobre os conceitos chave na prevenção da recaída, desenvolvimento de objetivos, os sinais precoces de alerta e o desenvolvimento de um plano de prevenção de recaída. P.ex. aprender que o stress pode contribuir para a recaída pode ajudar as pessoas a compreender como as vivências geradoras de stress podem ter contribuído para anteriores recaídas.

# 6. Prevenção de recaídas

## ■ **Estratégias cognitivo-comportamentais**

Centram-se na aprendizagem e no desenvolvimento de estratégias que ajudam as pessoas na prevenção de recaída. Desenvolver e executar um plano da prevenção de recaída envolve uma prática sistemática, através da repetição das etapas do plano e do trabalho de casa.

No fim de cada sessão, o profissional promove role-plays através dos quais se pratica estratégias específicas e etapas do Plano de Prevenção de Recaídas.

## ■ **Trabalho de Casa**

Ajuda as pessoas a por em prática o que aprenderam sobre prevenção de recaídas.

# 7. Lidar com o stress

Lidar eficazmente com a tensão, ou seja o stress, pode reduzir os sintomas e prevenir as recaídas.

Ajudar a pessoa a reconhecer diferentes tipos de stress e a identificar os sintomas que indicam que estão sob stress e diferentes estratégias para lidar com o stress.

A prática de estratégias de adaptação durante as sessões e os trabalhos de casa ajudam a diminuir os sintomas e as dificuldades, assim como a aumentar a capacidade de cada um para melhor lidar com a sua doença.

# 7. Lidar com o stress

## **Objectivos:**

1. Transmitir um sentimento de confiança de que as pessoas podem reduzir o stress e podem melhorar a sua capacidade para lidar eficazmente com o seu stress.
2. Ajudar as pessoas a identificar os acontecimentos e alterações na vida diária que os fazem sentir sob tensão.
3. Ajudar as pessoas a identificar e a praticar estratégias para prevenir algumas fontes de stress ou de tensão.
4. Ajudar as pessoas a identificar e a praticar estratégias de adaptação para reduzir os efeitos do stress.
5. Estimule as pessoas a envolverem familiares e outras pessoas de suporte nos seus planos de adaptação ao stress.

# 7. Lidar com o stress

2 a 4 sessões

## ***Estrutura das sessões***

1. Socialização informal e identificação de algum problema grave.
2. Revisão da última sessão.
3. Discussão dos trabalhos de casa solicitados na última sessão.  
Elogie todos os esforços e obstáculos ultrapassados.
4. Avaliação e monitorização dos objectivos alcançados.
5. Faça um sumário da actual sessão.
6. Ensinar a matéria nova (ou revisão de alguns pontos da sessão anterior se necessário).
7. Resumo do progresso feito na sessão actual.
8. Combinar a realização do trabalho de casa antes da próxima sessão.

# 7. Lidar com o stress

## ■ ***Estratégias motivacionais***

A maioria das pessoas está motivada para reduzir ou controlar o stress, de forma a melhorar a sua vida quotidiana e ajudar a reduzir os sintomas e as recaídas.

## ■ ***Estratégias educacionais***

Aumentar a capacidade das pessoas em reconhecer fontes geradoras de stress, reconhecendo sinais de tensão, prevenindo o stress e lidando com o stress nas suas vidas.

# 7. Lidar com o stress

- ***Estratégias cognitivo-comportamentais***

Ajudam as pessoas a desenvolver mais e melhores estratégias para reconhecer e responder ao stress.

Treinar a utilização do material informativo.

- ***Trabalhos de casa***

No sentido da elaboração de planos para a prática de estratégias pessoais.

## *8. Lidar com os problemas e sintomas*

Ajuda as pessoas a identificarem problemas que estão a vivenciar, incluindo sintomas que causam desconforto. 2 abordagens gerais para lidar com os problemas:

1. Método passo-a-passo de resolução de problemas e de atingir os objectivos.
2. Estratégias de coping para lidar com sintomas e problemas específicos.

# 8. Lidar com os problemas e sintomas

## **Objectivos:**

1. Transmitir confiança que as pessoas podem lidar com os problemas e sintomas com efectividade.
2. Ajudar as pessoas a identificar os problemas e sintomas que vivenciam.
3. Apresentar o método passo-a-passo para a resolução de problemas e atingir os objectivos.
4. Ajudar as pessoas seleccionar e praticar estratégias para lidar com problemas e sintomas específicos.
5. Encorajar as pessoas a incluir membros da família e outras pessoas da rede de suporte social, nos seus planos para lidar com os problemas e sintomas.

# 8. Lidar com os problemas e sintomas

2 a 4 sessões

## ***Estrutura das sessões:***

1. Socialização informal e identificação de algum problema grave.
2. Revisão da última sessão.
3. Discussão dos trabalhos de casa solicitados na última sessão.  
Elogie todos os esforços e obstáculos ultrapassados.
4. Avaliação e monitorização dos objectivos alcançados.
5. Faça um sumário da actual sessão.
6. Ensinar a matéria nova (ou revisão de alguns pontos da sessão anterior se necessário).
7. Resumo do progresso feito na sessão actual.
8. Combinar a realização do trabalho de casa antes da próxima sessão.

# 8. Lidar com os problemas e sintomas

- ***Estratégias motivacionais***

Ajudar a pessoa a desenvolver estratégias efectivas para lidar com os problemas e sintomas específicos com que a pessoa se está a deparar.

- ***Estratégias educacionais***

Aumentar o conhecimento da pessoa sobre duas abordagens gerais para lidar com os problemas: um método para resolver problemas e atingir objectivos passo-a-passo, e estratégias de coping para lidar com sintomas e problemas específicos.

## 8. Lidar com os problemas e sintomas

- **Estratégias cognitivo-comportamentais**

Ajudar as pessoas a aprender como utilizar as estratégias selecionadas através da modelagem e role-plays de competências.

- **Trabalhos de casa**

Ajudar as pessoas a pôr em prática o que estão a aprender sobre como lidar com os problemas e sintomas. Identificação de estratégias de coping que gostariam de utilizar na sua vida.

## *9. Obter respostas às suas necessidades através do sistema de saúde mental*

Resumo dos serviços de saúde mental, incluindo uma descrição das respostas e programas habitualmente disponíveis nas estruturas de saúde mental comunitárias bem como os apoios financeiros a que as pessoas poderão ter acesso.

## *9. Obter respostas às suas necessidades através do sistema de saúde mental*

### ***Objectivos:***

1. Transmitir confiança em relação às pessoas poderem tomar as suas decisões.
2. Fornecer informação sobre os serviços de saúde mental e sobre eventuais apoios sociais.
3. Criar a oportunidade para as pessoas discutirem as respostas a que têm acesso ou que gostariam de ter acesso.
4. Providenciar estratégias para uma defesa dos direitos efectiva.

## 9. Obter respostas às suas necessidades através do sistema de saúde mental

2 a 4 sessões

### ***Estrutura das sessões***

1. Socialização informal e identificação de algum problema grave.
2. Revisão da última sessão.
3. Discussão dos trabalhos de casa solicitados na última sessão.  
Elogie todos os esforços e obstáculos ultrapassados.
4. Avaliação e monitorização dos objectivos alcançados.
5. Faça um sumário da actual sessão.
6. Ensinar a matéria nova (ou revisão de alguns pontos da sessão anterior se necessário).
7. Resumo do progresso feito na sessão actual.
8. Combinar a realização do trabalho de casa antes da próxima sessão.

## 9. Obter respostas às suas necessidades através do sistema de saúde mental

### ■ **Estratégias motivacionais**

Ajudar as pessoas a identificar se existe um programa ou resposta em particular da rede de serviços de saúde mental que poderia contribuir para a melhoria de algum aspecto das suas vidas ou ajudá-las a atingir os seus objectivos.

### ■ **Estratégias educacionais**

Aumentar o conhecimento e compreensão no que diz respeito aos serviços que estão disponíveis e às estratégias para defender com efectividade os seus direitos.

## *9. Obter respostas às suas necessidades através do sistema de saúde mental*

### **■ Estratégias cognitivo-comportamentais**

Ajudar as pessoas a aprender estratégias para ganhar acesso aos serviços e defender os seus direitos. Modelagem, role-play e treino.

*FIM*

# ANEXO VIII

---

## Planeamento da Formação



## Formação em Serviço – Conteúdos Formativos

**Serviço:** Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

**Data:** 12.05.2010

**Tema:** Cuidados Integrados de Recuperação para doentes com patologia Psiquiátrica grave

**Tempo de Duração:** 2 horas

**Prelectores:** Enf.<sup>a</sup> Carla e Enf.<sup>a</sup> Elvira

### Conteúdos

Programa integrado na recuperação de pessoas com doença mental grave.

Estratégias para a recuperação: motivacionais, educacionais e cognitive – comportamentais.

Factores práticos sobre a doença mental grave.

Criação de redes de suporte social.

Modelo de vulnerabilidade – stress e estratégias de tratamento.

Utilização eficaz da medicação.

Lidar com o stress.

Lidar com problemas e sintomas.

Obter resposta às necessidades através do sistema de saúde mental.

### Medidas correctivas a implementar (se aplicável)

---

---

---

---

---

---



## Ficha da Acção de Formação

**Acção:** Cuidados Integrados de Recuperação para Doentes com Patologia Grave II

### 1.1. Fundamentação:

O novo Plano de Saúde Mental preconiza um forte acompanhamento em ambulatório, a doentes mentais graves. É importante aumentar o leque de conhecimentos nesta área.

### 1.2. Objectivos Gerais (deve conter pelo menos um objectivo mencionado na descrição do projecto):

Desenvolver competências para o acompanhamento em Consulta dos Doentes Mentais Graves.

### 1.3. Objectivos Específicos (com indicação do indicador e da meta):

Dar a conhecer o Programa Integrado na Recuperação de Pessoas com doença mental grave.  
Sensibilizar para as estratégias a utilizar.  
Especificar a quem se destina o programa.

### 1.4. Metodologia:

Expositivo       Demonstrativo       Prática simulada

### 1.5. Avaliação:

Introdução – 20 minutos

Desenvolvimento – 60 minutos

Conclusão e discussão – 40 minutos

### 1.6. Destinatários:

Enfermeiros       Médicos       TDT       A.O.       Outro \_\_\_\_\_

### 1.7. Conteúdo Programático:

Estratégias para a recuperação: motivacionais, educacionais, cognitiva – comportamentais.  
Criação de rede de suporte social.  
Factores práticos sobre a doença mental grave.

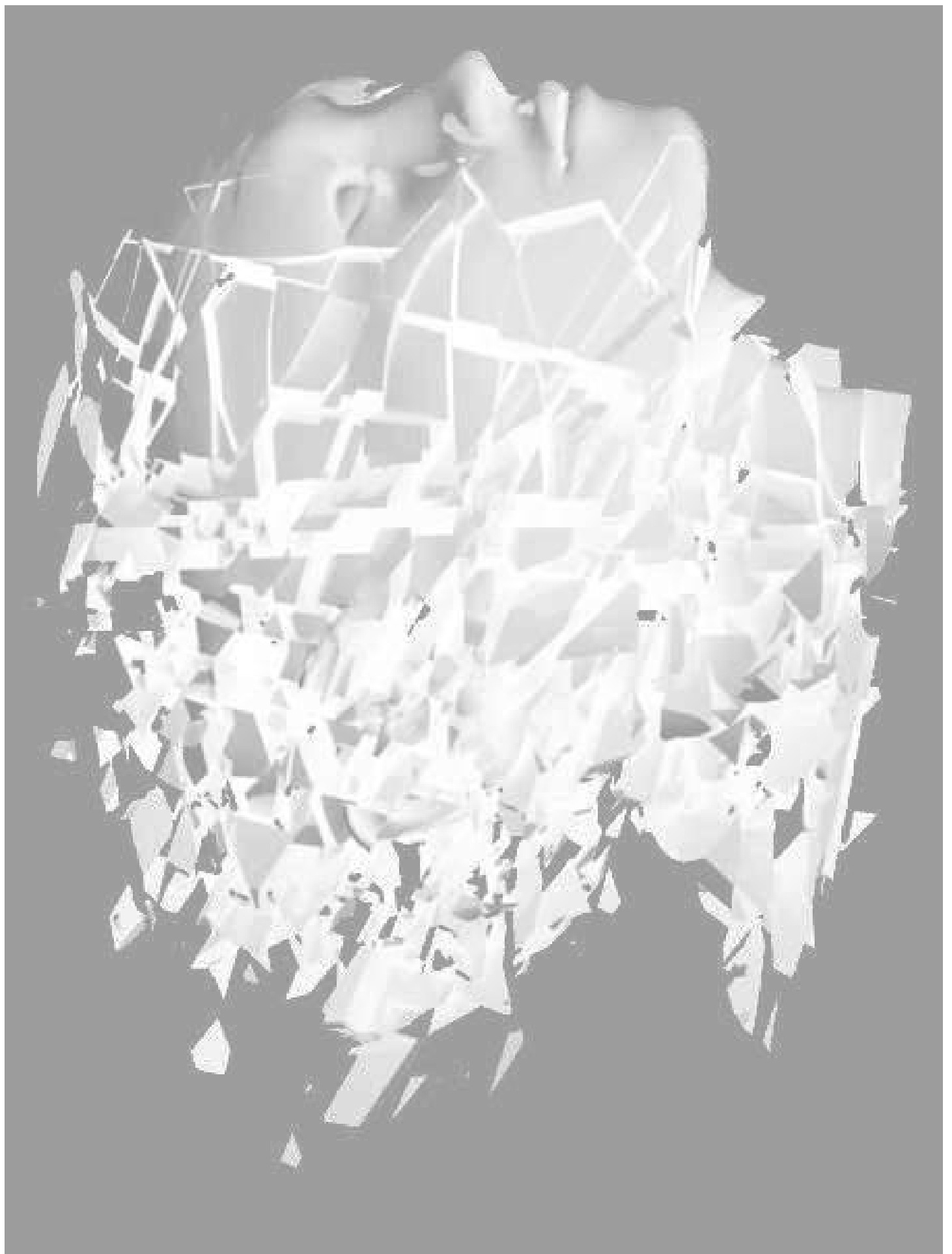
### 1.8. Horário:

14 às 16 horas.

# **ANEXO IX**

---

**Formação “Reabilitação Psicossocial”**



Universidade Católica Portuguesa

Instituto de Ciências da Saúde

Reabilitação Psicossocial

Reabilitação Psicossocial

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Trabalho realizado por:

Elvira Ferreira e Jorge Araújo

Porto, 19 de Maio de 2010

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL



## Objetivos Gerais:

- Aprofundar conhecimentos na área da reabilitação psicossocial;

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

## Objectivos Específicos:

- Definir reabilitação;
- Abordar os princípios gerais a atender na reabilitação;
- Salientar o papel da família na reabilitação.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL



Reabilitação para uns uma utopia inatingível.

Para outros um desafio constante.

Aceitar na pessoa para além do horizonte da  
doença e das incapacidades.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Para Yves Pélicier *reabilitar é a vida em toda a sua potência.*

O que por vezes se perdeu (por ex. capacidades) devido à doença não é essencial.

Os recursos do ser humano são incrivelmente variados e surpreendentes.

Por vezes é preciso permitir-lhes aparecerem à luz ou despertá-los.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

J. Silva considera-a “um processo que pretende facilitar a possibilidade de cada pessoa com doença mental desenvolver as suas potencialidades máximas, no sentido de tomar o mais autónomo possível o seu funcionamento dentro de um ambiente comunitário específico”

A reabilitação psicossocial surge como um processo activo, centrado na pessoa enquanto actor/protagonista da sua vida.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Bennett defende a importância de um trabalho específico e individual com pessoas com perturbações mentais, incidindo sobretudo no desenvolvimento das capacidades individuais e na sua integração no meio ambiente e define como sendo:

*“como um processo de ajuda a pessoas doentes física e psiquicamente; no sentido de fazerem o melhor uso das suas capacidades a fim de funcionarem o mais normal possível nos seus ambientes vivenciais”.*

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Benefício desenvolve o conceito de reabilitação psicossocial em seis aspectos básicos:

- 1) **Tentar modificar a incapacidade psiquiátrica;**
- 2) **Alcançar uma actividade remunerada;**
- 3) **Promover a desinstitucionalização;**
- 4) **Desenvolver as aptidões sociais;**
- 5) **Desenvolver as competências e capacidades “coping”;**
- 6) **Processo de ajuda aos doentes;**

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Segundo estes conceitos, podemos identificar duas principais vertentes de intervenção na reabilitação psicossocial: por um lado, **a pessoa** com uma perturbação mental, e por outro, **a rede social**, na medida em que pode facilitar a redução dos efeitos incapacitantes provocados pela própria doença.

Nesta perspectiva situa-se a definição de Saraceno que entende a reabilitação psicossocial como um processo que visa diminuir a incapacidade e desvantagem produzida por uma doença mental e as respostas por vezes inadequadas, dadas por psiquiatras e instituições sociais. Considera que a reabilitação psicossocial exige uma abordagem integrada na qual a intervenção se oriente não apenas para a pessoa, mas também para o contexto social de suporte.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A reabilitação psicossocial como um processo que visa diminuir a incapacidade e desvantagem produzida por uma doença mental e as respostas por vezes inadequadas, dadas por psiquiatria e instituições sociais.

A reabilitação psicossocial exige/implica uma abordagem integrada na qual a intervenção se oriente não apenas para a pessoa mas também para o contexto social de suporte.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Dos vários conceitos enunciados, podemos identificar duas grandes dimensões:

- é um processo orientado para o desenvolvimento pessoal, favorecendo a melhoria da qualidade de vida, autonomia da pessoa, a partir de um processo de maximização das oportunidades e potencialidades, desenvolvimento de aptidões, (re) aprendizagem de competências e aptidões pessoais;
- um processo orientado para a intervenção com a rede social de suporte, por forma a que esta se torne espaço integrador, favorecendo a segurança e a reabilitação pessoal.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Princípios gerais da reabilitação psicossocial

A pessoa

A rede social

A equipa

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Princípios referentes à pessoa

O primeiro princípio de reabilitação psicossocial é o **empowerment** – **envolvimento da pessoa** – em todo o **processo de reabilitação**.

Este **envolvimento** pressupõe um olhar global, atencioso e capaz de **escutar** as várias mensagens – verbais ou não verbais – da pessoa com uma perturbação mental.

**Valoriza o protagonismo da pessoa..**

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Segundo Únger, o **envolvimento** facilita a criação de um espaço de confiança que favorece a partilha de valores, experiências, sentimentos, ideias e objectivos ao longo das várias fases de reabilitação. O que exige da parte do técnico/equipa criatividade e empatia relacional, que facilite exprimir ideias e sentimentos, preferências e expectativas.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

O segundo princípio é o *aproveitamento integral das capacidades humanas*. Este princípio, assenta na convicção de que cada um é capaz de melhorar o seu nível funcional.

Um bom conhecimento sobre a pessoa e suas capacidades facilita a avaliação das competências a aprender ou reaperender. Este princípio reforça a ideia nuclear da reabilitação psicossocial de que é fundamental incidir o processo sobre as capacidades e aptidões, e não centrar-se demasiado nas incapacidades.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

O terceiro princípio é a *aprendizagem / reaprendizagem de competências ou aptidões*. Muitas pessoas com uma perturbação mental não aprenderam ou esqueceram as aptidões necessárias que lhes possibilite viver com maior autonomia.

O quarto princípio de reabilitação é o das *necessidades e cuidados diferenciados*.

As pessoas com perturbações mentais têm necessidades físicas, emotivas, sociais, intelectuais diversas.

Isto exige que a aprendizagem de aptidões seja individualizada e específica.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

O quinto princípio da reabilitação psicossocial é a *auto-determinação*. Com este princípio, Ugo Formigoni realça a importância de ajudar a pessoa a tomar decisões e opções, a fazer a experiência da sua própria independência e autonomia, isto é, assumir o protagonismo da sua vida.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Princípios referentes à rede social

Os princípios que iremos enunciar enraízam-se na convicção de que a pessoa deve viver num meio o menos restritivo possível.

O sexto princípio é a **integração na comunidade**. No meio comunitário a pessoa com doença mental pode aprender a viver com maior autonomia, segundo as suas capacidades

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

O sétimo princípio é a **abordagem ambiental**. Este princípio orienta-se para a intervenção no contexto/rede social de suporte, pois é fundamental a intervenção reabilitadora também ao nível daqueles que constituem a rede reacional do doente, na medida em que podem aumentar as oportunidades reabilitativas.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

## Princípios referentes a equipa

A reabilitação psicossocial exige não apenas o envolvimento da pessoa, como também da rede social e da equipa.

O outro princípio de reabilitação é o *comprometimento da equipa*.

Todo o processo de reabilitação exige um sério compromisso da equipa, uma proximidade estimuladora, uma confiança audaz que transmite esperança.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

O nono princípio refere-se precisamente à qualidade humana e humanizante da reabilitação psicossocial – a “*desprofissionalização*” do serviço ou *humanização do programa*.

A relação que se estabelece entre a pessoa e a equipa é próxima e marcada pela confiança e empatia.

Este princípio pressupõe uma outra dimensão que se refere aos programas de intervenção que devem ser individualizados, e humanizantes.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

O décimo princípio é a **intervenção precoce** ou **intervenção rápida**. As intervenções na crise devem ocorrer o mais rápido possível. Esta intervenção precoce implica o desenvolvimento de uma relação próxima entre os vários intervenientes no processo de reabilitação: a pessoa com uma perturbação mental, a rede de suporte e a equipa.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

O décimo primeiro princípio de reabilitação psicossocial é a *participação sem limites*. O processo de reabilitação não impõe limites à participação, antes pelo contrário procura fomentar o mais possível a participação activa de todos os intervenientes no processo, tendo como ponto de partida a maximização das capacidades e aptidões da pessoa por forma a enfrentar melhor as dificuldades e aumentar a sua qualidade de vida.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Após este súmula de princípios gerais da reabilitação psicossocial, podemos identificar algumas dimensões nucleares:

— a primeira refere-se à **centralidade da pessoa** em todo o processo, como protagonista da sua própria história;

— a segunda refere-se ao **envolvimento do staff**, que não substitui a pessoa, mas colabora e ajuda-a a assumir a responsabilidade da sua vida;

— e a terceira salienta a importância da **rede social de suporte**, cujo envolvimento poderá facilitar a integração, realização e qualidade de vida da pessoa.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

## A Família no processo de reabilitação

O sistema familiar tem uma cultura vivencial própria, com seus significados, suas vivências, seus projectos e sentidos de vida e, em certo modo, o aparecimento da doença levanta questões de fundo, abala o (des) equilíbrio familiar, põe em causa o futuro.

C. Cazzullo, referindo-se à vivência da **família** numa situação de doença mental, salienta que esta **vive uma dupla condição**: são sujeitos activos de suporte psicológico para o seu familiar doente; e são sujeitos passivos que necessitam directamente suporte e informação que ajude a clarificar o que é realmente a doença mental e como melhor lidar com esta situação.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL



## A Família no processo de reabilitação

Um **trabalho conjunto** entre a pessoa com uma perturbação mental e a sua família, no sentido de potenciar os recursos pessoais e familiares existentes e reabilitar as suas competências socializadoras, ou seja ajustar a família a reencontrar a sua identidade.

É necessário encorajar as famílias a escutar as suas dificuldades, tratando-as **como parceiros iguais** no planeamento e disponibilização dos tratamentos é algo que soa ainda estranho, mas que se afigura fulcral para assegurar a adesão a intervenções não apenas válidas, mas adequadas, na óptica da promoção da saúde.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Será indispensável avaliar os recursos e limitações dos membros da família no apoio dado ao doente, de forma a guiar os passos subsequentes da intervenção, entre os quais:

- **ajudar a resolver os conflitos familiares através de uma resposta construtiva e sensata,**
- **abordar os sentimentos de perda,**
- **providenciar a informação necessária a doentes e famílias, de forma faseada e nas alturas mais adequadas,**
- **providenciar um plano para as situações de crise, incluindo explicitamente a resposta profissional,**
- **ajudar a melhorar a comunicação entre os membros da família,**
- **treinar as famílias em técnicas estruturadas de resolução de problemas.**

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL



Para a família esta dimensão temporal da existência, na perspectiva do reabilitando, desafia-a à descoberta de si mesma, dos seus recursos, num processo de aprendizagem de competências e aptidões, na descoberta de um tempo presente que simboliza uma abertura à esperança.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A background image showing a hand holding a magnifying glass over a stack of books. The magnifying glass is positioned over the top book, which is slightly open. The books are stacked vertically, and the hand is visible from the side, holding the handle of the magnifying glass. The overall scene suggests a focus on research, learning, or a detailed examination of the subject matter.

Ao nível da família, acreditar no processo de reabilitação pressupõe uma aprendizagem não apenas de competências e aptidões, mas também conhecer-se a si mesma, não incidindo nas dimensões negativas de culpabilização e negação, mas reconhecendo-se como um grupo que tem ou pode ter um potencial de crescimento.

Isto reflecte o seu papel de reabilitando. Ao assumir-se também como protagonista do processo de reabilitação, torna-se reabilitadora para o seu familiar – apoiando, incentivando e motivando –, e também para a equipa, pois a reabilitação não é um processo apenas dos técnicos, mas implica uma maior participação da família, e exige ouvi-la, integrá-la no processo.

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A equipa técnica assume o papel reabilitador na elaboração dos programas de reabilitação: avaliação, acompanhamento específico sobretudo nos momentos de maior stress e vulnerabilidade e, em determinados casos, com uma intervenção mais incisiva ao nível clínico e ao nível da rede social de suporte.



# Reabilitação Psicossocial



A reabilitação torna-se assim um **acontecimento existencial** no qual cada um (pessoa – família – equipa) está em crescimento como pessoa que é. É neste sentido que consideramos a **reabilitação como um processo recíproco de personalização/dignificação.**

Reabilitação Psicossocial

obrigado

# ANEXO X

---

Trabalhos sobre Reabilitação

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

---

**Trabalho realizado por:**

Elvira Ferreira

Jorge Araújo

# INTRODUÇÃO

Falar de reabilitação foi no seu início, e continua ainda hoje a ser para alguns uma utopia inatingível. Para outros é um desafio constante a acreditar na pessoa para além do horizonte da doença e das incapacidades. Neste sentido, poderemos considerá-la uma revolução ao nível da intervenção técnica e uma *mudança de paradigma*<sup>1</sup>, na medida em que se preconizam novos conceitos, terminologias, uma nova visão da pessoa e seu contexto vivencial, assim como novas técnicas e novos elementos – recursos no processo reabilitador.

A Reabilitação Psicossocial teve a sua origem na prevenção terciária – reabilitação e inserção social da pessoa – e na prevenção quaternária – evitar a iatrogenização do doente e o hospitalismo<sup>2</sup>.

## 1 – Conceitos

A reabilitação psicossocial foi definida de diferentes formas pelos vários autores, relevando-se algumas dimensões/vertentes comuns.

Para Yves Pélicier *“reabilita é a vida em toda a sua potência”*<sup>3</sup>. O que por vezes se perdeu (por ex. capacidades) devido á doença não é essencial. Os recursos do ser humano são incrivelmente variados e surpreendentes. Por vezes é preciso permitir-lhes aparecerem à luz ou despertá-los. Esta noção de *reabilitação-despertar* ou *reabilitação-iluminação* é essencial<sup>4</sup>.

J. Silva considera-a *“um processo que pretende facilitar a possibilidade de cada pessoa com doença mental desenvolver as suas potencialidades máximas, no sentido de tomar o mais autónomo possível o seu funcionamento dentro de um ambiente comunitário específico”*<sup>5</sup>. A reabilitação psicossocial surge como um processo activo, centrado na pessoa enquanto actor/protagonista da sua vida. O fundamental é trazer *“ao dia”* as capacidades existentes e potenciar a aprendizagem daquelas que podem possibilitar uma vida mais autónoma. Desenrola-se num ambiente comunitário específico, no qual a pessoa se integra e cresce em autonomia e funcionalidade.

---

<sup>1</sup> A. GAMEIRO – *“Filosofia, princípios e técnicas de reabilitação em psiquiatria”*. In: A. GAMEIRO et all., *“Reabilitação Recíproca. Famílias e Comunidades com doentes e deficientes”*, Editorial Hospitalidade: 1994, p. 61.

<sup>2</sup> Cf. HUME e I. PULLEN, *o.c.*, p.9.

<sup>3</sup> Y. PELICIER – *“Prólogo. In Ier Congrès Internacional: La Rehabilitació psicossocial integral a la comunitat i amb la comunitat”*. Barcelona: 1995, p.6.

<sup>4</sup> Cf. *Ibidem*

<sup>5</sup> J. SILVA – *“Prólogo”*, in *Ibidem*.

É um processo que preconiza a restituição e a reconstrução da pessoa como cidadão, isto é, dos seus direitos políticos, sociais e legais. Para Y. Pelicier a reabilitação psicossocial é um processo global que pressupõe um modelo integrado e integral promotor da vida humana em todas as suas dimensões<sup>6</sup>.

Esta perspectiva global é valorizada por Hume e Pullen, os quais definem a reabilitação psicossocial como um processo que visa *“restituir ao indivíduo o máximo grau de independência, psicologicamente, socialmente, fisicamente e economicamente”*<sup>7</sup>. Salienta-se a realização da pessoa nas várias dimensões da sua existência humana, incluindo nesta construção realizadora todos os que constituem o seu meio vivencial, a sua rede de suporte: amigos, familiares e vizinhos.

Segundo estes autores a reabilitação psicossocial é um processo que favorece/facilita à pessoa, atingir um bom funcionamento psicossocial, com o maior grau de autonomia e independência possível<sup>8</sup>.

Outros autores consideram a reabilitação psicossocial como um processo normalizador, isto é, que leve a pessoa a funcionar de forma adaptada em determinado meio. Wolfensberger foi um dos autores que desenvolveu a teoria da normalização na reabilitação psicossocial, incidindo sobre a valorização do papel social. Definiu a reabilitação como um processo de facilitação da utilização de meios para estabelecer e/ou manter um comportamento e características tanto quanto possíveis adaptadas a uma determinada cultura<sup>9</sup>. Neste conceito o ênfase é colocado na comunidade que define o padrão normalizador e os comportamentos normais, daí a reabilitação ser perspectivada como um processo integrador – normalizador<sup>10</sup>.

Bennet, acentua a importância de um trabalho específico e individual com pessoas com perturbações mentais, incidindo sobretudo no desenvolvimento das capacidades individuais e na sua integração no meio ambiente e, quando necessário, a criação de contextos especiais. Este autor, define a reabilitação psicossocial *“como um processo de ajuda a pessoas doentes física e psiquicamente, no sentido de fazerem o melhor uso das suas capacidades a fim de funcionarem o mais normal possível nos seus ambientes vivenciais”*<sup>11</sup>.

---

<sup>6</sup> Cf. Y. PELICIER – *“Prólogo”*. In: *Ibidem*.

<sup>7</sup> C. HUME e I. PULLEN, *o.c.*, p.43-44.

<sup>8</sup> Cf. A. SANCHEZ, *o.c.*, p. 22

<sup>9</sup> Citado por S. PILLING – *“Rehabilitation and Community Care*. Routledge, New York”: 1991, p.14.

<sup>10</sup> Pilling considera que este enfoque social empobrece fortemente a especificidade e o tratamento individual. Contudo, esta teoria tem levantado importantes questões sobretudo no que se refere ao papel social das pessoas com doença mental.(Cf. S. PILLING, *o.c.*, p.14).

<sup>11</sup> Citado por S. PILLING, *o.c.*, p.14-15.

Bennet, desenvolve o conceito de reabilitação psicossocial em seis aspectos básicos:

- 1) tentar modificar a incapacidade psiquiátrica, compensá-la através do desenvolvimento de capacidades/aptidões e finalmente colocar a pessoa num ambiente onde pode utilizar as novas capacidades adquiridas;
- 2) alcançar uma actividade remunerada;
- 3) reabilitar a pessoa de forma .a poder ser desinstitucionalizada;
- 4) desenvolver as aptidões sociais, de modo a que possa ser inserida na família ou comunidade, na escola ou no trabalho;
- 5) desenvolver as competências e capacidades, com ênfase no “coping” (estratégias de confronto adequadas) e não na cura;
- 6) processo de ajuda aos doentes para utilizar ao máximo as suas capacidades para que possa funcionar num nível óptimo e num contexto social, o mais normal possível<sup>12</sup>.

O desenvolvimento das aptidões individuais, potencialidades e recursos pessoais, é reforçado por outros autores. Entre eles salientamos K. Unger para quem a reabilitação é "*um processo que permite a indivíduos com problemas psiquiátricos melhorarem o seu funcionamento, de forma a terem mais êxito e satisfação nos seus ambientes de escolha*"<sup>13</sup>.

Liberman, nesta mesma linha, considera que a Reabilitação visa essencialmente aumentar as capacidades das pessoas com perturbações mentais, de modo a que estes possam alcançar o máximo do seu potencial, para uma vida independente e um desenvolvimento útil e significativo. Processa-se através de uma série de programas de intervenção cujo objectivo fundamental é melhorar quanto possível as capacidades das pessoas com perturbação mental, ajudando-as a superar os handicaps inerentes às disfuncionalidades psiquiátricas resultantes da evolução da própria patologia<sup>14</sup>.

Segundo estes conceitos, podemos identificar duas principais vertentes de intervenção na reabilitação psicossocial: por um lado, a pessoa com uma perturbação mental, e por outro, a rede social, na medida em que pode facilitar a redução dos efeitos

---

<sup>12</sup> Cf. M. EKDA WI e A CONNING – “*Psychiatric Rehabilitation: a practical guide*”, Chepman & Hall, London: 1994, p.16-17

<sup>13</sup> K. UNGER – “*Reabilitação psiquiátrica*”. Filosofia, princípios e investigação. In: *Análise Psicológica*, Lisboa: 2 (1990), p.164.

<sup>14</sup> Cf. R. LIBERMAN, *o.c.*, 1991, p.1.

incapacitantes provocados pela própria doença<sup>15</sup>.

Nesta perspectiva situa-se a definição de Saraceno que entende a reabilitação psicossocial como um processo que visa diminuir a incapacidade e desvantagem produzida por uma doença mental e as respostas por vezes inadequadas, dadas por psiquiatras e instituições sociais<sup>16</sup>. Considera que a reabilitação psicossocial exige/implica uma abordagem integrada na qual a intervenção se oriente não apenas para a pessoa, mas também para o contexto social de suporte.

Este olhar global da reabilitação reflecte-se na definição da World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR), de 1996, que entende a reabilitação psicossocial como um processo que facilita a obtenção de oportunidades para pessoas que sofrem de uma doença mental, incapacidade ou desvantagem, de forma a que possam alcançar um nível de funcionamento independente na comunidade. Isto implica tanto o desenvolvimento de competências pessoais como o desenvolvimento dos recursos ambientais favorecendo a obtenção de uma vida com a melhor qualidade possível<sup>17</sup>.

Dos vários conceitos enunciados, podemos identificar duas grandes dimensões: por um lado, é um processo orientado para o desenvolvimento pessoal, favorecendo a melhoria da qualidade de vida, autonomia da pessoa, a partir de um processo de maximização das oportunidades e potencialidades, desenvolvimento de aptidões, (re) aprendizagem de competências e aptidões pessoais; e por outro, um processo orientado para a intervenção com a rede social de suporte, por forma a que esta se tome espaço integrador, favorecendo a segurança e a realização pessoal.

O *tempo da reabilitação psicossocial*<sup>18</sup> é o tempo da esperança e da aprendizagem, o tempo em que a história se toma testemunha de um processo de criação – personalização – dignificação do ser humano.

---

<sup>15</sup> Y. PELICIER – “*Réhabilitation Psychosociale*”, In: *Ier Congrès Internacional: La Rehabilitació psicossocial integral a la comunitat i amb la comunitat*. Barcelona: 1995, p.19

<sup>16</sup> B. SARACENO – “*Psychosocial Rehabilitation: the need for a global perspective*”. In: *ibidem*, p.108.

<sup>17</sup> Cf. WAPR – *Declaração Consensual*. 1º Congresso Nacional. Lisboa: 1996.

<sup>18</sup> Cf. 1. GONZÁLEZ – “*El tiempo de la rehabilitación*”. In: *Informaciones Psiquiátricas*. Barcelona: 131 (1993), p.27-32.

Mas este processo enraíza-se numa série de princípios gerais orientadores, desafiadores e definidores da intervenção. É o tema que desenvolveremos no próximo ponto.

## **2 – Princípios gerais da reabilitação psicossocial**

Na elaboração deste ponto temos como referência os princípios que os vários autores definem, ou seja, as premissas fundamentais que devem enformar o processo de reabilitação.

Estes princípios orientam-se em três vertentes: a primeira refere-se à pessoa, a segunda à rede social de suporte, e a terceira a equipa de reabilitação ou staff.

### **2.1 – Princípios referentes à pessoa**

O primeiro princípio de reabilitação psicossocial é o "*empowerment*"<sup>19</sup> – *envolvimento da pessoa* – em todo o processo de reabilitação<sup>20</sup>. Este envolvimento pressupõe um olhar global, atencioso e capaz de escutar as várias mensagens – verbais ou não verbais – da pessoa com uma perturbação mental no sentido de clarificar/identificar as suas reais dificuldades<sup>21</sup>. Mas também um conhecimento mais objectivo das capacidades e aptidões pessoais.

Este princípio valoriza o protagonismo da pessoa no seu processo de reabilitação e favorece a criação de condições estimuladoras de decisões e opções em relação ao presente e ao futuro<sup>22</sup>.

Segundo K Unger o envolvimento facilita a criação de um espaço de confiança que favorece a partilha de valores, experiências, sentimentos, ideias e objectivos ao longo das várias fases de reabilitação. O que exige da parte do técnico/equipa criatividade e empatia relacional, que facilite exprimir ideias e sentimentos, preferências e expectativas<sup>23</sup>.

---

<sup>19</sup> Por "*empowerment*" entende-se o envolvimento da pessoa que a capacite a tomar-se o mais possível autónoma e capaz de gerir a sua própria vida

<sup>20</sup> Cf. K. UNGER, *o.c.*, p.166. S. PILLING, *o.c.*, p.17

<sup>21</sup> Cf. C. HUME e I. PULLEN, *o.c.*, p.47.

<sup>22</sup> Cf. S. PILLING, *o.c.*, p.17.

<sup>23</sup> Cf. K. UNGER, *o.c.*, p.166.

O segundo princípio é o *aproveitamento integral das capacidades humanas*. Este princípio, assenta na convicção de que cada um é capaz de melhorar o seu nível funcional.

A competência da pessoa para se apropriar das oportunidades oferecidas pelas actividades de reabilitação é avaliada de acordo com as suas potencialidades e capacidades de aprender, progredir e mudar. O importante é motivar para “usar” o seu potencial social, emocional e intelectual e as suas capacidades instrumentais, de um modo o mais adequado possível e realizador.

Um bom conhecimento sobre a pessoa e suas capacidades facilita a avaliação das competências a aprender ou re-aprender. Este princípio reforça a ideia nuclear da reabilitação psicossocial de que é fundamental incidir o processo sobre as capacidades e aptidões, e não centrar-se demasiado nas incapacidades<sup>24</sup>.

O terceiro princípio é a *aprendizagem / re-aprendizagem de competências ou aptidões*. Muitas pessoas com uma perturbação mental não aprenderam ou esqueceram as aptidões necessárias que lhes possibilite viver com maior autonomia<sup>25</sup>.

Estas aptidões podem ser emocionais, cognitivas e relacionais. A sua aprendizagem deverá ser individualizada, isto é, de acordo com as necessidades de cada pessoa, o que exige um bom conhecimento (diagnóstico) para se definirem as aptidões a desenvolver<sup>26</sup>.

O quarto princípio de reabilitação é o das *necessidades e cuidados diferenciados*. Este princípio situa-se na continuidade do anterior, pois as pessoas com perturbações mentais têm necessidades físicas, emotivas, sociais, intelectuais diversas. Isto exige que a aprendizagem de aptidões seja individualizada e específica, isto é, de acordo com a necessidade de cada um e segundo os lugares e situações em que irão ser aplicadas<sup>27</sup>.

---

<sup>24</sup> Cf. C. HUME e I. PULLEN, *o.c.*, p.56.

<sup>25</sup> Cf. B. SARACENO, *o.c.*, 1995: p.108.

<sup>26</sup> Cf. K. UNGER. *o.c.*, p. 167

<sup>27</sup> Cf. *Ibidem*, p.167.

Um plano individualizado contribuirá para que a pessoa com doença mental aprenda a viver com maior autonomia e realização pessoal numa variedade de lugares e situações. Este aspecto é reforçado por Pilling, o qual considera que é a avaliação individual e o plano individual que constituem uma plataforma essencial para uma aprendizagem de competências adequada e potencializadora de uma maior autonomia e independência da pessoa, além de contribuir para uma melhor integração na vida comunitária<sup>28</sup>.

O quinto princípio da reabilitação psicossocial é a *auto-determinação*. Com este princípio, Ugo Formigoni realça a importância de ajudar a pessoa a tomar decisões e opções, a fazer a experiência da sua própria independência e autonomia, isto é, assumir o protagonismo da sua vida<sup>29</sup>.

Passar da dependência para a independência é um processo pessoal que exige um período mais longo ou mais curto segundo as pessoas. Embora grande parte dos programas de saúde mental valorizem a independência do utente, K. Unger considera que a dependência não deve ser completamente desvalorizada, pois de certo modo o reconhecimento de uma certa dependência e a sua limitação pode maximizar o funcionamento do utente em outros ambientes<sup>30</sup>.

Hume e Pullen, salientam que neste processo de autonomização “relativa” da pessoa, o foco principal em termos funcionais / instrumentais deve ser a melhoria da qualidade de vida<sup>31</sup>. Para Saraceno, esta vertente da qualidade de vida, marca a orientação personalizadora do processo reabilitador: tudo deverá estar orientado para a promoção da pessoa<sup>32</sup>.

## 2.2 – Princípios referentes à rede social

Os princípios que iremos enunciar enraízam-se na convicção de que a pessoa deve viver num meio o menos restritivo possível.

O sétimo princípio da reabilitação psicossocial é a *integração na comunidade*. No meio comunitário a pessoa com doença mental pode aprender a viver com maior

---

<sup>28</sup> Cf. S. PILLING, *o.c.*, p.17. A reabilitação pode utilizar o método da "terapia educativa" baseada na experiência de que melhorando a aprendizagem e as aptidões, se melhoram também os contextos psicológicos e sociais, fortalecem-se as capacidades de resolução de problemas e evita-se a exacerbação dos sintomas psiquiátricos

<sup>29</sup> Cf. U. FORMIGONI – “Reabilitação que transforma”. In: *V Congresso de Psiquiatria S. João de Deus: Doente \* Família \* Comunidade*. Lisboa: 1994, p.29.

<sup>30</sup> Cf. K. UNGER, *o.c.*, p.166.

<sup>31</sup> C. HUME e I. PULLEN, *o.c.*, 56. Cf. S. PILLING, *o.c.*, p.18.

<sup>32</sup> Cf. B. Saraceno, *o.c.*, 1995, p.108

autonomia, segundo as suas capacidades (esta aprendizagem encontra verdadeiro sentido, se as competências e aptidões se projectam para uma melhor integração sócio-profissional), integrando-se num meio o mais normal possível, vivendo numa casa adequada e utilizando os serviços da comunidade<sup>33</sup>.

S. Pilling considera que a reabilitação, além de promover a integração na comunidade natural, deve potenciar o desenvolvimento de um modelo normal de vida através do estabelecimento de regras sociais apropriadas<sup>34</sup>.

Este princípio salienta a importância de uma intervenção não apenas com a pessoa, mas também com a rede de suporte social.

O oitavo princípio é a *abordagem ambiental*. Este princípio orienta-se para a intervenção no contexto/rede social de suporte, pois é fundamental a intervenção reabilitadora também ao nível daqueles que constituem a rede relacional do doente, na medida em que podem aumentar as oportunidades reabilitativas<sup>35</sup>.

A rede social de suporte é constituída, além dos familiares, por todos os outros elementos que se relacionam mais de perto com a pessoa, podendo ser também instituições de apoio.

Saraceno considera que o impacto do modelo teórico na reabilitação, depende do contexto micro e macro, onde se pretende implantar, daí a importância de um trabalho cuidado das redes de suporte que constituem o meio envolvente onde vive ou se insere o doente<sup>36</sup>. Daí a importância do maior envolvimento e a maximização dos recursos das redes de suporte, em todo o processo de reabilitação<sup>37</sup>.

### **2.3 – Princípios referentes ao staff**

A reabilitação psicossocial exige não apenas o envolvimento da pessoa com uma perturbação mental, como também da rede social e do staff.

O nono princípio de reabilitação é o *comprometimento do staff*. Todo o processo de reabilitação exige um sério compromisso da equipa, uma proximidade estimuladora,

---

<sup>33</sup> Esta perspectiva normalizadora no âmbito da reabilitação, como vimos no ponto anterior, poderá ser questionada. De facto, além dos aspectos questionado por S. Pilling, considera-se que a reabilitação deve promover a pessoa na sua originalidade. O processo reabilitador individual evidencia precisamente esta diferença, pois cada pessoa é uma e irrepetível (S.PILLING, *o.c.*, p.17)

<sup>34</sup> Cf. *Ibidem*.

<sup>35</sup> Cf. U. FORMIGONI, *o.c.*, p.31.

<sup>36</sup> Cf. B. SARACENO, *o.c.*, 1995, p.108.

<sup>37</sup> Cf. C. HUME e I. PULLEN, *o.c.*, p.57.

uma confiança audaz que transmita esperança. Este espírito transmitido pela equipa tem efeitos reabilitadores, na medida em que revela à pessoa que se acredita que ela é capaz de aprender, de progredir, de “fazer o melhor para o resto da sua vida”<sup>38</sup>, de ser ela mesma.

O décimo princípio refere-se precisamente à qualidade humana e humanizante da reabilitação psicossocial – a “desprofissionalização” do serviço ou humanização do programa<sup>39</sup>. A relação que se estabelece entre a pessoa com doença mental e a equipa é próxima e marcada pela confiança e empatia. Esta proximidade ajuda a pessoa a sentir-se mais segura, a acreditar em si, a gostar de si e a acreditar que o futuro pode ser melhor que o presente e o passado. Este princípio pressupõe uma outra dimensão que se refere aos programas de intervenção que devem ser individualizados, e humanizantes, isto é, orientados para a pessoa e elaborados a partir da pessoa enquanto actor/protagonista do seu processo reabilitador.

O décimo primeiro princípio é a *intervenção precoce* ou *intervenção rápida*<sup>40</sup>. As intervenções na crise devem ocorrer o mais rápido possível. Esta intervenção precoce implica o desenvolvimento de uma relação próxima entre os vários intervenientes no processo de reabilitação: a pessoa com uma perturbação mental, a rede de suporte e a equipa.

Alguns autores consideram que o gestor de casos pode ser uma figura de referência importante, quer ao nível do acompanhamento de todo o processo, contribuindo para uma intervenção mais personalizadora, quer enquanto referência directa da pessoa em qualquer situação problemática<sup>41</sup>.

O décimo segundo princípio de reabilitação psicossocial é a *participação sem limites*. O processo de reabilitação não impõe limites à participação, antes pelo contrário procura fomentar o mais possível a participação activa de todos os intervenientes no processo<sup>42</sup>, tendo como ponto de partida a maximização das capacidades e aptidões da pessoa por forma a enfrentar melhor as dificuldades e aumentar a sua qualidade de vida. Os esforços reabilitadores orientam-se para a melhoria do espaço existencial, da situação concreta de vida e dos recursos vitais que possam ajudar a pessoa a sentir-se realizada<sup>43</sup>.

---

<sup>38</sup> *Ibidem*. 56.

<sup>39</sup> Cf. U. FORMIGONI. *o.c.*, p. 30.

<sup>40</sup> Cf. *Ibidem*. p.31

<sup>41</sup> Cf. *Ibidem*.

<sup>42</sup> Cf. K. UNGER, *o.c.*, p.167.

<sup>43</sup> Cf. FORMIGONI, *o.c.*, p.31.

Para alguns autores a *orientação para o trabalho* é também um princípio de reabilitação, na medida em que favorece o desenvolvimento da independência e estima pessoal e produz contactos e reconhecimento pessoal<sup>44</sup>. Daí que além das aptidões vocacionais, a pessoa deve ser ajudada a procurar, obter e manter uma ocupação laboral.

Após esta súpula de princípios gerais da reabilitação psicossocial, podemos identificar algumas dimensões nucleares: a primeira refere-se à centralidade da pessoa em todo o processo, como protagonista da sua própria história; a segunda refere-se ao envolvimento do staff, que não substitui a pessoa, mas colabora e ajuda-a a assumir a responsabilidade da sua vida; e a terceira salienta a importância da rede social de suporte, cujo envolvimento poderá facilitar a integração, realização e qualidade de vida da pessoa.

### **3 – A Família no processo de reabilitação**

Os familiares são considerados também agentes prioritários no processo de reabilitação, pois pertencem às redes primárias; contudo não possuem normalmente as aptidões e recursos para apoiar os seus membros de forma adequada. São integrados no processo de reabilitação no sentido de adquirirem ou desenvolverem as capacidades e os meios necessários para uma melhor relação com o doente.

O sistema familiar tem uma cultura vivencial própria, com seus significados, suas vivências, seus projectos e sentidos de vida e, em certo modo, o aparecimento da doença levanta questões de fundo, abala o (des) equilíbrio familiar, põe em causa o futuro.

C. Cazzullo, referindo-se à vivência da família numa situação de doença mental, salienta que esta vive uma dupla condição: são sujeitos activos de suporte psicológico para o seu familiar doente; e são sujeitos passivos que necessitam directamente suporte e informação que ajude a clarificar o que é realmente a doença mental e como melhor lidar com esta situação<sup>45</sup>.

Daí a necessidade de um trabalho conjunto entre a pessoa com uma perturbação mental e a sua família, no sentido de potenciar os recursos pessoais e familiares existentes e reabilitar as suas competências socializadoras, ou seja ajudar a família a

---

<sup>44</sup> Cf. *Ibidem*.

<sup>45</sup> C. Cazzullo, *o.c.*, p. 83.

re-encontrar a sua identidade<sup>46</sup>.

A família é para a pessoa o seu principal suporte sócio-afectivo (salvo alguns casos em que esta não existe). Daí a importância fundamental de integrar a família, sempre que possível, no projecto de reabilitação.

As vivências que a família tem em relação à situação de doença afectam a sua capacidade de maior ou menor ajuda e de participação neste processo. Vê-se afectada nas suas raízes mais profundas; também ela é sofre marginalização e o estigma social em relação à perturbação mental. Em muitos momentos fechou-se ao futuro, perdeu a esperança que o amanhã pudesse ser diferente, deixou-se “aprisionar” pelo medo de enfrentar a realidade<sup>47</sup>.

Ao olhar para o seu familiar, com longos anos de internamento, incide por vezes mais na “incapacidade” do que no potencial que possa existir. Esta atitude poderá ser um reflexo sobre a realidade da descrença que lhe vai na alma. Tem a tendência a ver mais o negativo, a doença, os sintomas, o “não ser capaz”, o “ser necessário acompanhar”, “não poder andar sozinho”, “nunca vai ser possível viver noutra sítio”.

No início alguns familiares têm receios, medos e até pensam que se está “a ir longe de mais”. Este desacreditar, à medida que o processo se desenrola, vai-se alterando e o principal agente desta mudança é a pessoa em reabilitação. Ela própria diz à família o que aprende, o que gosta e sabe fazer, a preocupação com a sua auto-imagem, a casa, as colegas. Lentamente a família vai compreendendo que algo está a mudar.

É necessário encorajar as famílias a escutar as suas dificuldades, tratando-as como parceiros iguais no planeamento e disponibilização dos tratamentos é algo que soa ainda estranho, mas que se afigura fulcral para assegurar a adesão a intervenções não apenas válidas, mas adequadas, na óptica da promoção da saúde. Nesse sentido, dever-se-ão explorar, caso a caso, as expectativas dos membros da família em relação aos programas de tratamento e ao doente.

Como ponto inicial, será indispensável avaliar os recursos e limitações dos membros da família no apoio dado ao doente, de forma a guiar os passos subsequentes da intervenção, entre os quais:

- ajudar a resolver os conflitos familiares através de uma resposta construtiva e sensata,

---

<sup>46</sup> D. MOUSSAOUI – Terapia de rehabilitación en psiquiatria. In: Dolentium Hominum, 1997-34, p. 197.

<sup>47</sup> Cf. A. ANDRETTA, *o.c.*, p. 59.

- abordar os sentimentos de perda,
- providenciar a informação necessária a doentes e famílias, de forma faseada e nas alturas mais adequadas,
- providenciar um plano para as situações de crise, incluindo explicitamente a resposta profissional,
- ajudar a melhorar a comunicação entre os membros da família,
- treinar as famílias em técnicas estruturadas de resolução de problemas.

Até ao momento, a família tinha-se adaptado à situação de “doença” e, embora de forma mais ou menos integrada/frustrante, tinha aprendido a viver assim, sem projecto de futuro, porque todos os projectos se desmoronaram. Agora é preciso aprender a viver a situação da pessoa, da vida, da autonomia, da liberdade e das opções. Em alguns casos a transição para a comunidade é palco de conflitos de interesses entre o que é bom para a família e o que o seu familiar deseja e gostaria. Aprender a ver a realidade com o sinal positivo não é muito fácil, pois é-se sempre assaltado interiormente pela desconfiança, pelos raciocínios devidamente calculados de que aparentemente não resultará.

A esperança é de facto uma potencialidade reabilitadora também para a família, na medida em que a ajuda a descobrir o sentido novo da realidade, a deixar a atonia e a resignação passiva, a abandonar a pseudo segurança de uma “irremediável situação de doença”. Desafia a olhar em frente e mais longe, a acreditar nas suas potencialidades e nas do seu familiar, ajuda a olhar o positivo e a sentir-se em caminho. A esperança mobiliza, compromete, dá novos sentidos e desafia-os a tornarem-se também protagonistas de um processo de reabilitação que também é seu<sup>48</sup>.

Reflexo deste processo reabilitador entre outros factos é a maior frequência de visitas e melhor relação com o seu familiar. Quando se integram num processo de reabilitação começam lentamente a aproximar-se e são convidados assíduos de grupos inseridos em apartamentos terapêuticos. Este facto permite-nos certificar que em grande parte do processo, é a pessoa com uma perturbação mental que se toma agente reabilitador da própria família.

Se nos relacionamos com a pessoa com uma perturbação mental como um “doente”, e se olhamos para ela enquanto tal, a pessoa nunca terá a motivação e a capacidade

---

<sup>48</sup> Cf. IHSCJ, *Projecto Hospitalareiro Integral*, p. 18.

para empreender uma nova experiência de vida. Se pelo contrário, a ajudamos a integrar a situação de perturbação dentro de uma imagem realista, ampla e positiva de si mesma, valorizamos as potencialidades e capacidades existentes, a pessoa sentirá a força interior para iniciar um novo projecto de vida.

As recaídas, motivadas por diversos factores “stressantes”, com por exemplo a própria adaptação ao meio (que implica competências instrumentais e sociais, aprendizagens, alguma insegurança), o apoio familiar reduzido, a perda de motivação perante uma situação que provoca insegurança, a activação dos sintomas positivos da doença, exigem uma intervenção conjunta da psicofarmacologia, uma redução dos acontecimentos stressantes, o alargamento da rede de suporte e também o treino de aptidões<sup>49</sup>. O processo de reabilitação não é linear, e é fundamental que a equipa aprenda a viver com esta fragilidade e vulnerabilidade, não de uma forma passiva, sem esperança, mas activamente conscientes de que o caminho se faz assim.

A reabilitação psicossocial põe em interacção três sub-sistemas: a pessoa, a família/rede social de suporte e a própria equipa. Entre eles não se gera apenas uma relação “funcional”, em que cada um sabe como tem de actuar para que a reabilitação aconteça, mas uma relação em si mesma personalizadora, em que todos se descobrem como seres em crescimento.

O processo de reabilitação inicia-se com a avaliação global e integrada da pessoa, família, rede social. Com base nesta avaliação, a qual inclui recursos/potencialidades e limitações, realçando-se sobretudo as aptidões e capacidades já existentes, definem-se em conjunto metas e objectivos, à luz dos quais se elabora o plano de reabilitação. É um processo centrado na pessoa, mas também integra a intervenção com a família/rede social de apoio. A concretização do plano implica uma avaliação constante, reajustes oportunos, redefinição de objectivos.

O processo de reabilitação é gradual, dinâmico e específico. Pretende-se que potencie o desenvolvimento/aprendizagem de aptidões sociais<sup>50</sup> que facilitem uma maior autonomia e independência<sup>51</sup>, reflectindo-se numa melhoria da qualidade de vida<sup>52</sup>, numa possibilidade de integração sócio-comunitária e/ou familiar, na aprendizagem da responsabilidade, capacidade relacional, assim como fomentar a ajuda mútua e cooperação inter-grupal, levando cada pessoa a assumir-se como actor do seu processo de reabilitação.

---

<sup>49</sup> Cf. LIBERMAN, *o.c.*, 1991, p. 10-12.

<sup>50</sup> Cf. PILLING, *o.c.*, p. 18.

<sup>51</sup> Cf. HUME e PULLEN, *o.c.*, p. 43-44.

<sup>52</sup> Cf. S. PILLING, *o.c.*, 18. HUME e PULLEN, *O.C.*, 56. SARACENO, *o.c.* 1995, p. 108.

É fundamental que a família sinta elemento activo e participante em todo o processo de reabilitação procurando o melhor para o seu familiar<sup>53</sup>. Não pensando que a pessoa lhe pertence e por isso poderá decidir por ela, mas respeitando a sua decisão (a não ser que se ponha em perigo a si próprio ou a terceiros), promovendo o seu máximo bem possível, sem cair em paternalismos ou protecções ou então revelando uma descrença em relação ao futuro e preferindo manter-se na falsa segurança de um “irremediável estado de doença”.

Para a equipa a pessoa em reabilitação é apelo a descobrir que para além das incapacidades e handicaps resultantes da própria patologia, existe uma pessoa. Mas também é interpelação a respeitar a liberdade, a potenciar a autonomia e a capacidade de decisão, pois a cada um cabe a responsabilidade de construir a sua vida, a sua existência, que será a sua obra-prima<sup>54</sup>. Reconhecer no outro um outro, com uma integridade única, impõe limites éticos de intervenção no âmbito do consentimento, da adequação das respostas terapêuticas às necessidades da pessoa e não apenas em função do “olhar clínico”, estabelece a ilegitimidade da instrumentalização e da manipulação, da exploração e da substituição nas decisões, do “anulamento” dos direitos e deveres, espaço de cidadania<sup>55</sup>.

Para a pessoa com uma perturbação mental, enquanto reabilitanda, o tempo presente é momento para passar da apatia, do sem futuro e sem esperança, da monotonia à criação de expectativa, à possibilidade de viver novas experiências, à descoberta de sentido e de projecto de vida<sup>56</sup>. Nesta revalorização do tempo, como tempo humano, tem um papel importante a família e a equipa. Enquanto reabilitadora, a pessoa ajuda a família a descobrir o sentido do presente, sem viver ancorada num passado permanente, angustiante e culpabilizador. Ensina aos técnicos que o tempo da reabilitação não se mede nem avalia pela concretização das fases do processo, nem pela aprendizagem já feita; são importantes os pequenos passos, as pequenas aprendizagens, umas mais lentas que outras, mas este é o tempo da reabilitação. Nem sempre ele é vivido por todos de forma semelhante, cada um valoriza-o segundo o seu ritmo e expectativas.

Para a família esta dimensão temporal da existência, na perspectiva do reabilitando, desafia-a à descoberta de si mesma, dos seus recursos, num processo de aprendizagem de competências e aptidões, na descoberta de um tempo presente que

---

<sup>53</sup> Cf. W. OSSWALD, *o.c.*, p. 8.

<sup>54</sup> Y. PELICIER – *Ética e Psiquiatria* – in Hospitalidade, 1997-67, p. 27.

<sup>55</sup> Cf. A. GAMEIRO – *Referencias éticas no âmbito da Psiquiatria* – in Hospitalidade, 1997-61, p. 63-64.

<sup>56</sup> Cf. J. GARCIA, *o.c.*, p. 30-31.

simboliza uma abertura à esperança. Mas também a família é reabilitadora ao vivenciar o tempo da reabilitação como momento único, irreversível<sup>57</sup>, como momento de mudança de atitude em relação ao seu familiar (acreditando e interessando-se mais por ele). Este papel reabilitador da família estende-se também à própria equipa e reflecte-se na capacidade de transmitir entusiasmo e incentivar o processo mesmo quando há crises e recaídas, no empenho que põe na participação e na aprendizagem.

A dimensão temporal da existência ao nível da equipa técnica reflecte também o dinamismo recíproco da reabilitação. Enquanto reabilitadores ajudam a pessoa a descobrir e a definir o seu projecto de vida, a dar corpo às expectativas e sonhos que tem. O papel de equipa reflecte-se na relação com a família sobretudo ao ajudá-la a assumir o seu papel de suporte afectivo, estimulando-a a descobrir a mudança que está a realizar-se, levando-a a comprometer-se neste processo como elemento cooperante na realização do mesmo. A equipa no seu papel de reabilitanda aprende a viver o tempo da autonomia e da liberdade da pessoa, da sua capacidade de decisão e opção. Aprende a sensibilidade e a capacidade de lidar com o sofrimento, a não rotular situações nem diagnosticar levemente, mas a conhecer as vivências e os significados interiorizados e sentidos por cada um.

A terceira dimensão é a *social e interpessoal*. Reflecte a “estrutura dialogal” constitutiva do ser humano<sup>58</sup>, tomando-o um ser aberto ao outro, à relação, à escuta, ao respeito. Esta coexistência é momento personalizador e essencial na reabilitação. Ser-com-os-outros é o itinerário dignificador de cada uma das pessoas envolvidas. Aprende a conhecer o outro e a conhecer-se; apercebe-se de que é um ser desafiado a crescer<sup>59</sup> como pessoa.

Esta dimensão interpessoal reflecte a passagem de uma identidade mais negativa ou menos construtiva para uma positiva e personalizadora, ao nível dos três subsistemas: para a pessoa com uma perturbação mental é passar de “objecto passivo” de um tratamento, a sujeito protagonista do seu projecto de vida; para a família é passar de espectador de um processo que não resultará ou que gera grandes dúvidas, a recurso essencial no mesmo; para a equipa passar das técnicas e estratégias esquemáticas de reabilitação, à descoberta da pessoa, à prioridade da relação, à motivação ética de ajudar o outro a ser ele mesmo.

---

<sup>57</sup> Cf. *Ibidem*, p. 31.

<sup>58</sup> Cf. J. GEVAERT, *o.c.*, p. 239-240.

<sup>59</sup> Cf. A. LOBATO, *o.c.*, 1996, p. 324.

Este processo de transidentidade é possível apenas no espaço da interacção entre os vários sub-sistemas, ou seja, a pessoa apenas será capaz de se tornar protagonista da sua existência, assumindo-se como reabilitanda, se interiorizar a presença estimulante da família e da equipa. Mas o “sentir-se bem”, o “ser capaz de”, o “querer aprender e fazer”, são pequenas atitudes reabilitadoras para a própria família e para a equipa.

#### **4 – Conclusão**

A reabilitação não é um processo linear nem unilateral (do técnico para o doente) mas um processo global, pluridimensional e complexo, que se desenvolve na interacção entre todas as pessoas intervenientes: a pessoa com uma perturbação mental, a família / rede social de suporte e a equipa técnica. Esta complexidade pressupõe determinadas condições de realização e exigências do processo, sobretudo numa vertente personalizadora.

Ao nível da família, acreditar no processo de reabilitação pressupõe uma aprendizagem não apenas de competências e aptidões, no sentido de conhecer o que é a doença e como lidar com a situação, activar os recursos familiares para melhor se integrar no processo, favorecer atitudes de aceitação do seu familiar que facilitem a sua reintegração, mas também conhecer-se a si mesma, não incidindo nas dimensões negativas de culpabilização e negação, mas reconhecendo-se como um grupo que tem ou pode ter um potencial de crescimento<sup>60</sup>. Isto reflecte o seu papel de reabilitando. Ao assumir-se também como protagonista do processo de reabilitação, torna-se reabilitadora para o seu familiar – apoiando, incentivando e motivando –, e também para a equipa, pois a reabilitação não é um processo apenas dos técnicos, mas implica uma maior participação da família, e exige ouvi-la, integrá-la no processo.

A equipa técnica assume o papel reabilitador na elaboração dos programas de reabilitação: avaliação, acompanhamento específico sobretudo nos momentos de maior stress e vulnerabilidade e, em determinados casos, com uma intervenção mais incisiva ao nível clínico e ao nível da rede social de suporte. Contudo, passar dos esquemas terapêuticos e por vezes “clinizantes” e normalizantes para a descoberta da pessoa, sem “máscaras” de doença, como alguém diferente e único, em descoberta de sentido da vida, que quer viver o seu projecto de vida de modo

---

<sup>60</sup> Cf. A. MARTINEZ e S. MOLLER – *Programas específicos de rehabilitación psiquiátrica* – in *Informaciones Psiquiátricas*, Barcelona. 1993,66.

realizante, é assumir o papel de reabilitando, em processo de aprendizagem de tudo aquilo que é original e específico para cada situação.

A reabilitação torna-se assim um acontecimento existencial no qual cada um (pessoa – família – equipa) está em crescimento como pessoa que é. É neste sentido que consideramos a reabilitação como um processo recíproco de personalização/dignificação.

## **Bibliografía**

Cazzullo, C. – La aceptación de la enfermedad mental. In *Dolentium Hominum*, 1997-34, 81-84.

Ekdawi, M. e Conning, A. – *Psychiatric Rehabilitation: a practical guide*. Chepman & Ball, London: 1994

Formigoni, U. – Reabilitação que transforma. In V Congresso de Psiquitria S. João de Deus. Doente / Família / Comunidade. Lisboa: 1994, 29-35.

Pelicier, Y. – Réhabilitation Phychosociale. In *her Congrès International : La Rehabilitació psicosocial integral a la comunitat i amb la comunitat*, Barcelona, 1995, 19-20.

# **ANEXO XI**

---

## **Planeamento e Fundamentação da Sessão**



## Formação em Serviço – Conteúdos Formativos

**Data:** 19.05.2010

**Tema:** Reabilitação Psicosocial

**Tempo de Duração:** 1:30 hora

**Prelectores:** Enf.<sup>a</sup> Elvira e Enf.<sup>o</sup> Jorge

### Conteúdos

Reabilitação Psicosocial.

Princípios a atender no doente a reabilitar.

Projectos de Reabilitação no Hospital Magalhães Lemos e de uma IPSS (Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.)



## Ficha da Acção de Formação

**Acção:** Reabilitação Psicossocial

### 1.1. Fundamentação:

Numa Unidade de Internamento é muito importante o cuidar numa perspectiva holística. Todo o nosso agir deve ser no sentido de potencializar ao máximo as capacidades do doente, tornando-o mais autónomo possível, ou seja, reabilitando-o.

### 1.2. Objectivos Gerais (deve conter pelo menos um objectivo mencionado na descrição do projecto):

Aprofundar tema da reabilitação.

### 1.3. Objectivos Específicos (com indicação do indicador e da meta):

Definir reabilitação.  
Abordar os princípios gerais a atender na reabilitação.  
Salientar o papel da família na reabilitação.

### 1.4. Metodologia:

Expositivo       Demonstrativo       Pratica simulada

### 1.5. Avaliação:

Introdução – 10 minutos  
Desenvolvimento – 40 minutos  
Conclusão – 20 minutos  
Discussão – 20 minutos

### 1.6. Destinatários:

Enfermeiros       Médicos       TDT       A.O.       Outro \_\_\_\_\_

### 1.7. Conteúdo Programático:

Reabilitação.  
Princípios a atender na reabilitação: pessoa, equipa, rede social/família.  
Expor programadas de reabilitação do Hospital Magalhães Lemos e uma IPSS – Instituto das Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus.

### 1.8. Horário:

14 às 15:30 horas.

# **ANEXO XII**

---

**Formação “Gestão de Conflitos”**

Universidade Católica Portuguesa  
Instituto de Ciências da Saúde

# GESTÃO DE CONFLITOS

Realizado por:

Elvira Ferreira

Jorge Araújo

Porto, Junho de 2010



## OBJECTIVOS

- Dotar os profissionais de estratégias para actuar em situações de conflito;
- Diminuir a incidência de reacções provocadoras de conflito por parte dos profissionais;
- Favorecer a relação inter-pessoal entre os profissionais e os utentes.

16-06-2010

Serviço de Psiquiatria – CHAA  
Guimarães

# GESTÃO DE CONFLITOS



*Os enfermeiros pertencem ao grupo profissional que mais vezes é vítima da agressividade de doentes e familiares, estando o número de ocorrências a aumentar no nosso país*

16-06-2010

Serviço de Psiquiatria – CHAA  
Guimarães

## Gestão de Conflitos

- **Conflito**  
" ...discordâncias internas, resultantes de diferenças quanto a ideias, valores ou sentimentos entre duas ou mais pessoas..." (Marquis e Muston, 1999)

16-06-2010

Serviço de Psiquiatria – CHAA  
Guimarães

## Gestão de Conflitos



- Comportamento gera comportamento.  
Se somos agressivos, os outros serão agressivos.  
Se somos atenciosos, os outros serão atenciosos.
- O comportamento é moldável.  
É algo que podemos mudar e escolher.

16-06-2010

Serviço de Psiquiatria – CHAA  
Guimarães

## Gestão de Conflitos



- Apelo ao comportamento assertivo.  
Não existe duas pessoas que reajam da mesma forma, mas todos temos um modo, mais ou menos, estável de comunicar e de nos relacionarmos. Assim como todos nós temos um modo preferencial de nos relacionarmos.
- Ter uma postura profissional.  
ex: o utente não tem culpa do que se passou na vida familiar do profissional.

## Gestão de Conflitos



A comunicação constitui uma fonte de conflitos;

A comunicação contribui para a resolução de conflitos.

O processo de comunicação é, também ele, a capacidade de entender o ponto de vista do outro, de ouvir ou receber o que tem para nos dizer

16-06-2010

Serviço de Psiquiatria – CHAA  
Guimarães

## ASPECTOS A TER EM CONTA QUANDO NOS RELACIONAMOS COM OS UTENTES

Quando comunicarmos com os utentes devemos:

- Saber escutar;
- Saber deixar falar,
- Falar num tom de voz calmo e baixo;
- Tratar o utente pelo nome que este gosta de ser tratado;
- Não confrontar directamente;

16-06-2010

Serviço de Psiquiatria – CHAA  
Guimarães

## ASPECTOS A TER EM CONTA QUANDO NOS RELACIONAMOS COM OS UTENTES

- Controlar as emoções pessoais
- Não mentir nem criar falsas expectativas;
- Não emitir juízos de valor;
- Preservar a intimidade do utente;
- Tentar acalmar o utente quando estiver ansioso ou agitado;
- Não revelar/comentar nenhuma informação do utente fora do contexto da unidade (Sigilo Profissional).

# ACTUAÇÃO PERANTE UM UTENTE IRRITADO, AGITADO OU AGRESSIVO

- Manter-se calmo;
- Ouvir atentamente;
- Manter contacto ocular (sem intimidar);
- Ser cortês e respeitoso(a);
- Procurar manter a situação controlada;
- Fazer sinal a um colega se necessitar de ajuda;
- Utilizar técnicas verbais de inversão da escalada da violência.

16-06-2010

Serviço de Psiquiatria – CHAA  
Guimarães

# TÉCNICAS VERBAIS DA INVERSÃO DE ESCALADA DA VIOLÊNCIA

O controle de si mesmo

Postura física

A utilização das técnicas

16-06-2010

Serviço de Psiquiatria – CHAA  
Guimarães

# TÉCNICAS VERBAIS DA INVERSÃO DE ESCALADA DA VIOLÊNCIA

## O controle de si mesmo

- Tentar parecer calmo, controlado e seguro de si, mesmo que não o sinta;
- Usar um tom de voz moderado, tendencialmente baixo e uniforme;
- Não se sentir na obrigação de se defender, mesmo que os comentários e insultos lhe sejam dirigidos;

# TÉCNICAS VERBAIS DA INVERSÃO DE ESCALADA DA VIOLÊNCIA

## O controle de si mesmo

- Ser correcto e respeitoso no trato, mesmo quando tiver que ser firme ou chamar ajuda;
- Estar consciente de todos os recursos disponíveis de que se pode socorrer (saídas, betoneiras anti-pânico, técnica da toalha);
- Face a uma situação de potencial agressão física, não controlável se tiver tempo para isso retirar eventuais adornos, símbolos religiosos, políticos ou desportivos, antes de entrar em contacto com o doente (nunca em frente dele).

# TÉCNICAS VERBAIS DA INVERSÃO DE ESCALADA DA VIOLÊNCIA

## Postura física

- Nunca apontar nem abanar o dedo, em tom imperativo, ameaçador ou acusatório, em direcção ao doente;
- Não tocar fisicamente no doente;
- Manter as mãos fora dos bolsos, livres e, se necessário, preparadas para se defender.

16-06-2010

Serviço de Psiquiatria – CHAA  
Guimarães

# TÉCNICAS VERBAIS DA INVERSÃO DE ESCALADA DA VIOLÊNCIA

## Utilização das técnicas

- Lembrar-se de que as técnicas verbais de inversão da escalada de violência não têm outro objectivo a não ser reduzir a agitação/exaltação para níveis mais seguros;
- Não gritar, nem tentar fazer ouvir-se falando mais alto que o utente, esperar que ele faça uma pausa e fale então. Fale calmamente, com um volume de som médio;

# TÉCNICAS VERBAIS DA INVERSÃO DE ESCALADA DA VIOLÊNCIA

## Utilização das técnicas

- Responder selectivamente às questões que lhe são colocadas, por exemplo questões informativas, não responder a questões provocatórias ou abusivas, por exemplo: “ Porque é que os funcionários deste serviço são tão antipáticos? ”;
- Explicar as regras e os limites de um modo claro e firme, mas sempre num tom respeitoso;

# TÉCNICAS VERBAIS DA INVERSÃO DE ESCALADA DA VIOLÊNCIA

## Utilização das técnicas

- Sempre que possível oferecer ao utente opções de escolha em que todas as alternativas sugeridas são seguras, por exemplo: “prefere continuar a conversar calmamente, ou prefere interromper agora e voltarmos a falar amanhã quando as coisas estiverem mais tranquilas”;

# TÉCNICAS VERBAIS DA INVERSÃO DE ESCALADA DA VIOLÊNCIA

## Utilização das técnicas

- Pode demonstrar compreensão relativamente aos sentimentos, mas não aos comportamentos, por exemplo: “ Percebo que se sinta irritado, mas não é correcto ameaçar-me ou tratar incorrectamente as pessoas”;
- Não tentar ser herói, nem utilizar técnicas verbais de inversão da escalada quando a doente tem na sua posse um objecto perigoso, neste caso simplesmente cooperar.

# ACTUAÇÃO PERANTE ALGUÉM QUE AMEAÇA COM UM OBJECTO PERIGOSO

- ❖ Procurar manter-se calmo;
- ❖ Manter contacto ocular;
- ❖ Pedir ajuda o mais discretamente possível;
- ❖ Tentar ganhar tempo;
- ❖ Continuar a falar – mas seguir as instruções dadas pelo utente que tem o objecto perigoso;

16-06-2010

Serviço de Psiquiatria – CHAA  
Guimarães

# ACTUAÇÃO PERANTE ALGUÉM QUE AMEAÇA COM UM OBJECTO PERIGOSO

- ❖ Não correr o risco de causar danos físicos a si próprio ou a outras pessoas;
- ❖ Nunca tentar agarrar o objecto ou desarmar o agressor enquanto estiver só;
- ❖ Estar atento a uma oportunidade para se retirar para uma área segura.

# GESTÃO DE CONFLITOS

*O papel do enfermeiro passa pela prevenção primária das respostas desadaptadas perante um evento stressante identificado.*

16-06-2010

Serviço de Psiquiatria – CHAA Guimarães

## Referências Bibliográficas

- COUTER, Mary; ROBBINS, Stephen – “Administração”; 5ª edição, Brasil: Prentice-Hall, 1996. Pag.311-332.
- DAFT, Richard – “Teoria e projecto das organizações” 6ª edição, Rio de Janeiro: LTC Editora, Pag.311-333.
- DUBRIN, Andrew – “Princípios de administração”; 4ª edição, Rio de Janeiro: LTC Editora, 1996. Pag.220-252.
- HUSTON, Carol; MARQUIS, Bessic – “Administração e liderança em Enfermagem: teoria e aplicação” 2ª edição; Porto Alegre: Artmed, 1999. Pag.334-413.
- <http://web.porto.ucp.pt/rco/2000/conflicto.htm>
- <http://www.terravista.pt/meiaprata/2292/GestaoConflito.htm>

O . . . . brigado



# **ANEXO XIII**

---

**Planeamento e Fundamentação da Sessão**



## Ficha da Acção de Formação

<b>Acção:</b>	Gestão de conflitos na relação profissional/utente
---------------	--

### 1.1. Fundamentação:

O fenómeno da situação de conflito é transversal, a agressividade e comunicação disfuncional, fontes por vezes de situações de conflito em serviço tem vindo a aumentar nos últimos anos. Parece-nos pertinente a realização de esta acção de formação em serviço para enfermeiros que diariamente se confrontam com doentes portadores de patologia mental.

### 1.2. Objectivos Gerais:

Desenvolver conhecimentos específicos e adequados que permitam adaptar-se melhor à área da gestão de conflitos.

### 1.3. Objectivos Específicos:

Dotar os profissionais de estratégias para actuar em situações de conflito.  
Diminuir a incidência de reacções de conflito por parte dos profissionais.  
Favorecer a relação interpessoal entre os profissionais e os utentes.

### 1.4. Metodologia:

Expositivo

Demonstrativo

Pratica simulada

### 1.5. Avaliação:

Introdução: 10 minutos  
Desenvolvimento: 40 minutos  
Conclusão: 20 minutos  
Discussão: 20 minutos

### 1.6. Destinatários:

Enfermeiros

Médicos

TDT

A.O.

Outro \_\_\_\_\_

### 1.7. Conteúdo Programático:

Aspectos a ter em conta quando nos relacionamos com os utentes;  
Actuação perante um utente irritado, agitado ou agressivo;  
Técnicas verbais da inversão de escalada da violência;  
Actuação perante alguém que ameaça com um objecto perigoso.



**1.8. Horário:**

Das 14 horas às 15.30 horas

**1.9. Realização do Projecto Formativo (calendarização):**

Este campo só deve ser preenchido quando se trata de uma acção de formação extra Plano Anual de Formação.

N.º da Acção	Data		Designação da Acção	Nº For- mandos	Duração (nº horas formação)	
	Início	Fim			Teórica	Prática

**Identificação de recursos:**

**Formador**  Externo à Instituição  Externo ao Serviço  Interno

**Necessidade sala CFC**  Sim, lotação \_\_\_\_\_  Não

**Necessidade Data show CFC**  Sim  Não **Necessidade computador CFC**  Sim  Não

**Necessidade de financiamento**  Não  Sim Se sim, qual \_\_\_\_\_ €

# **ANEXO XIV**

---

**Trabalho sobre “Relaxamento”**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

# **RELAXAMENTO**

Braga, Novembro 2010

**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

# **RELAXAMENTO**

Trabalho realizado:

*Elvira Ferreira*

Braga, Novembro 2010

# Resumo

---

O relaxamento é uma actividade psicomotora na qual tem como objectivo a redução das tensões psíquicas levando à descontração muscular. O relaxamento proporciona um melhor conhecimento da estrutura corporal do espaço temporal e equilíbrio contracção e descontração. A finalidade básica do relaxamento é o afinamento, valorizando e integração dos diferentes estados e promovendo progressivamente a unificação psicossomática. Pretende atingir o estado de repouso e calma interior.

A utilização do Relaxamento por parte dos enfermeiros, particularmente dos enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, é uma mais-valia no alívio dos sintomas presentes no doente mental, sendo esta intervenção diversas vezes mencionada na bibliografia consultada como um recurso terapêutico não farmacológico.

Iniciaremos o trabalho com uma abordagem ao relaxamento em saúde mental e psiquiatria, sendo posteriormente abordado o relaxamento muscular e dirigido e debatidos os “aspectos a ter no procedimento”, riscos das abordagens musculares. Em seguida é descrito o procedimento do Treino de Relaxamento Progressivo, e Passivo e de Imaginação dirigida. Serão focadas as indicações, os objectivos e os princípios a atender.

# Sumário

---

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>1 – TÉCNICAS DE RELAXAMENTO.....</b>	<b>6</b>
1.1 – Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson.....	7
1.1.1 – <i>Factores a ter em conta nas Técnicas de Relaxamento.....</i>	7
1.1.2 – <i>Planificação de Sessão.....</i>	10
1.2 – Relaxamento Muscular Passivo.....	11
1.2.2 – <i>Planificação de Sessão.....</i>	14
1.3 – Relaxamento de Imaginação Dirigida.....	14
1.3.1 – <i>Planificação da sessão.....</i>	16
<b>2 – EFICÁCIA DO RELAXAMENTO.....</b>	<b>17</b>
<b>3 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXOS</b>	

# INTRODUÇÃO

---

O Relaxamento está incluído nas abordagens comportamentais. A teoria Comportamental desvaloriza o que se passa na mente e valoriza as acções observáveis, “*vê o comportamento como estando condicionado pelos acontecimentos do meio. Tais eventos são vistos como induzindo o indivíduo a agir de forma previsível.*”<sup>1</sup>

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

Por “Terapia Simples do Relaxamento”, a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC – 2008) define como o “*uso de técnicas para encorajar e viabilizar o relaxamento, com o próximo de reduzir sinais e sintomas indesejáveis, como dor, tensão muscular ou ansiedade*”<sup>2</sup>

Com este trabalho pretendo atingir os seguintes objectivos:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na área da enfermagem;
- Adquirir novos conhecimentos na área das técnicas de relaxamento;
- Melhorar a qualidade de vida através da prestação de cuidados holísticos aos doentes, optimizando o processo terapêutico;
- Dar cumprimento a uma exigência curricular.

A metodologia utilizada baseia-se no método descritivo, revisão teórica feita a partir de uma pesquisa bibliográfica abrangente e diversificada.

Esperamos com este trabalho contribuir para o alargamento do leque de conhecimentos e competências detidas por parte dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, e que estes passem a ser uma realidade na prática dos cuidados especializados.

---

<sup>1</sup> PAYNE, Rosemary A., (2003), Técnicas de Relaxamento – um guia prático para profissionais de saúde

<sup>2</sup> BULECHEK, Gloria M. & MACLOSKEY, Joanne C., (2008), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), p. 6040

# 1 – TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

---

As técnicas de relaxamento têm as suas origens bem recuadas no tempo, na Índia Antiga, ligadas a uma das mais famosas escolas filosóficas clássicas do hinduísmo – o Yoga, tendo como finalidade contribuir para alcançar a harmonia do ser e a concentração do pensamento (Waterstone, 2001, matos e tal. 2004 cit. In Dias, 2007). Contudo, foi no decorrer do século XIX, que o conceito de relaxamento se desenvolveu, descendendo da hipnose.

Já no século XX, surgem dois autores associados às técnicas de relaxamento: Johannes Heinrich Schultz e Edmund Jacobson. O primeiro apresentou um método de relaxamento designado de “treino autogénico”, no qual empregava técnicas sugestivas e interpretações psicanalíticas. O segundo sugeriu um método diferente, denominando-o de “psicoterapia fisiológica e ao demonstrar a presença de tensão muscular durante os estados emocionais, apresentou uma diminuição progressiva da actividade muscular com o intuito de alcançar uma redução concomitante da tensão psíquica (Erlich, 1986, cit. In Serra, 1999).

A evolução das técnicas de relaxamento ao longo do século XX e a sua consolidação como procedimentos válidos de intervenção psicológica deveu-se, em grande parte, ao forte impulso que recebem dentro da terapia e modificação do comportamento, ao serem consideradas como parte integrante de outras técnicas – ex: dessensibilização sistemática – ou como técnicas de modificação do comportamento em si mesmo.

Embora exista uma tendência de definir relaxamento referindo-se exclusivamente à sua relação fisiológica, o relaxamento constitui um típico processo psicofisiológico de carácter interactivo, onde o fisiológico e o psicológico interagem sendo partes integrantes do processo como causa e como produto. Sendo assim, qualquer definição de relaxamento deve fazer referência aos componentes fisiológicos, subjectivos e comportamentais.

Parece pois, pertinente a utilização do Relaxamento Muscular como o recurso do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, que se caracteriza por lhe ter sido atribuído *“um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”*, para devolver ao doente mental a *“sensação de bem-estar”* perdida.

As técnicas de relaxamento podem atenuar a sintomatologia de determinadas doenças mentais, não querendo com isto dizer que são um substituto da terapêutica farmacológica, mas sim como componente integrante de modalidades terapêuticas combinadas.

Esta opinião sustenta-se pelo facto do Relaxamento Muscular ser, por diversas vezes, mencionado na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), para alguns diagnósticos de enfermagem, descritos na Classificação Internacional para a Prática

de Enfermagem (CIPE®) versão β2, no contexto da Saúde Mental e Psiquiatria como nos diz Sequeira (2006), na terceira parte do seu livro “Introdução à Prática Clínica”, denominada “Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem”.

Os diagnósticos de enfermagem no contexto da psiquiatria, mencionados pelo autor supracitados são: agitação, ansiedade, dor, stress e insónia.

## **1.1 – Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson**

Um dos métodos mais comuns de relaxamento é o relaxamento muscular progressivo introduzido por Jacobson em 1929.

Jacobson foi um dos pioneiros do relaxamento. No seu trabalho com sujeitos hipertensos, partiu do princípio que existiam factores psicológicos que provocavam hipertonia muscular, stress, ansiedade, etc. A abordagem desta terapia por relaxamento é essencialmente fisiológica, mas defende que quando o corpo trabalha provoca efeitos psicológicos mais desinibidos (O’Donohue, Fisher & Hayes, 2003).

Na aplicação do relaxamento à terapia comportamental, a pessoa deve estar confortavelmente deitada ou sentada. Cada sessão tem a duração de aproximadamente 45 minutos, realiza-se duas vezes por semana durante um ano e pretende-se que a pessoa aprenda as técnicas e depois as possa utilizar sozinha em situações do dia-a-dia sem a ajuda do terapeuta (O’Donohue, Fisher & Hayes, 2003).

Assim, esta técnica de relaxamento consiste, em primeiro lugar, na contracção dos principais grupos de músculos e, logo de seguida, na descontração, isto é, o relaxamento dos mesmos, um de cada vez progressivamente. Aproveita-se nesta técnica de relaxamento natural que acontece depois de uma tensão forte no músculo.

A resposta do relaxamento, que se caracteriza por relaxamento muscular, frequência cardíaca reduzida, pressão sanguínea reduzida e outras alterações psicofisiológicas indicativas de uma redução da estimulação simpática, ocorre devido à contracção dos diferentes sítios do corpo, que liberam as monoaminas e, sem seguida, dada a distensão destes mesmos sítios, sucede-se a produção de endorfinas, que trazem a sensação de prazer e relaxamento ao corpo (O’Donohue, Fisher & Hayes, 2003).

### **1.1.1 – Factores a ter em conta nas técnicas de relaxamento**

O importante é valorizar e usar a técnica do relaxamento como instrumento de melhoria da qualidade e da facilitação da criatividade.

Existem algumas condições essenciais a ter em consideração a quando da realização de um relaxamento, tais como:

O importante, segundo Lichstein (1998), é os participantes acreditarem que a abordagem é bem sustentada e que funciona, para tal é necessário transmitir-lhes de forma clara e precisa o procedimento e objectivos a atingir.

## **Metodologia**

Número de sessões: 2 por semana

Duração: 30 a 45 minutos

Local: Sala de Relaxamento

## **Contra-Indicações**

A prática do relaxamento não é recomendado a pessoas que sofram de alucinações, delírios ou outros sintomas psicóticos que possam levar a sensações extra-corporais, pode no entanto ser utilizado na fase inactiva da doença. Como neste tipo de relaxamento se recorre a imagens mentais está particularmente desaconselhado a quem tem dificuldade em distinguir a realidade da fantasia.

## **Objectivos**

Gerais

- Diminuir a ansiedade e reduzir a tensão muscular;
- Estabelecer com os utentes uma interacção terapêutica.

Específicos

- Contribuir para que a pessoa se concentre nas sensações de relaxamento;
- Promover a diminuição do fluxo de pensamentos, do ritmo cardíaco e respiratório e da pressão sanguínea;
- Prevenir a acumulação de stress;
- Aumentar a concentração e memória;
- Diminuir a insónia e o cansaço;
- Prevenir as doenças psicossomáticas, tais como: hipertensão, úlceras, cefaleias, entre outras.

Recomendações

- Instruir o utente para usar roupa confortável e não limitante;
- Vigiar a presença de lesões ortopédicas no pescoço e coluna, em que a hiperextensão da coluna superior possa aumentar o desconforto e as complicações.

## **Procedimentos**

**Ambiente** – Deve ser criado um cenário calmo, ameno, livre de barulhos e interrupções ou com barulhos, mas de sons leves (música ou sons naturais).

**Confidencialidade** – Esta deve existir entre todos os membros no caso de grupo.

**Posição** – Não podemos dizer que a posição de deitado se sobrepõe à posição de sentado. Ambas podem ser utilizadas e devem ter em conta as características dos participantes com quem vamos desenvolver a técnica. Há quem diga que para um relaxamento profundo a posição de deitado é preferível uma vez que temos o corpo todo apoiado e é mais fácil aliviar a sua tensão. Mesmo assim, a probabilidade de adormecer se estiver deitado é muito maior.

Certas pessoas identificam melhor as diferentes situações que lhes provocam stress (situações do quotidiano), se estiverem sentadas, daí esta posição nesta situação se sobrepor à posição de deitado.

**Introdução** – Deve ser efectuada uma introdução no sentido de o doente perceber o tipo de intervenção a realizar. Para uma melhor colaboração e optimização dos resultados.

**Acção** – Deve ser utilizado um tom de voz calmo e pausado.

**Finalização** – Todos os procedimentos devem ser trazidos gradualmente a seu termo. Ex: quando estiver pronto, abra os olhos, sente-se e quando estiver preparado pode levantar-se gradualmente.

Descrevemos a técnica de Jacobson (Anexo I) uma adaptação (Anexo II).

Em qualquer sessão deve ser feita uma avaliação da sessão.

## **Avaliação da Sessão**

Neste momento o utente é motivado a descrever como se sentiu ao longo da sessão. Pede-se ao utente que verbalize:

- Sensações vivenciadas
- Aspectos positivos e negativos
- Dificuldade de concentração e de posição
- Sentimentos de maior leveza física e psicológica
- Distanciamento em relação a pensamentos negativos
- Sensações corporais de auto-conhecimento
- Libertação de tensão muscular acumulada
- Resultado final

Para a avaliação da eficácia do relaxamento (Anexo III) são vários os autores que sugerem a avaliação dos parâmetros vitais: pressão arterial, frequência cardíaca e pulso, antes e após cada sessão. Considera-se que a sessão de relaxamento surtiu efeito quando os parâmetros vitais avaliados após forem inferiores aos que tinha antes da sessão.

### 1.1.2 – Planificação da sessão

<b><u>Actividade:</u> Técnica de Relaxamento</b>		
<b>Nº de sessões:</b> semanal		
<b>Duração:</b> 30 – 40 minutos		
<b>Grupo:</b> Doentes internados na Unidade de S. Bento		
<b>Dinamizadores:</b> Enfermeira Especialista		
<b>Método:</b> Interactivo/ Expositivo/Reflexiva		
<b>Material:</b> 1 sala, velas, aparelho de som, 6 colchões baixos, incenso		
<b>Objectivos:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir a ansiedade e reduzir a tensão muscular;</li> <li>• Estabelecer com os utentes uma interacção terapêutica.</li> <li>• Contribuir para que a pessoa se concentre nas sensações de relaxamento;</li> <li>• Promover a diminuição do fluxo de pensamentos, do ritmo cardíaco e respiratório e da pressão sanguínea;</li> <li>• Prevenir a acumulação de stress;</li> <li>• Aumentar a concentração e memória;</li> <li>• Diminuir a insónia e o cansaço;</li> <li>• Prevenir as doenças psicossomáticas, tais como: hipertensão, úlceras, cefaleias, entre outras.</li> </ul>		
<b>CrITÉrios de inclusão:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Levantamento do diagnóstico, ansiedade presente</li> <li>- Capacidades cognitivas</li> <li>- Levantamento do diagnóstico, agitação ausente</li> </ul>		
<b>Esquema</b>		<b>Tempo de duração</b>
<b>1ª Etapa</b>	Apresentação dos dinamizadores Explicar a actividade a desenvolver Expor regras de participação, compromisso grupal.	5 min
<b>2ª Etapa</b>	Aplicação da técnica de Relaxamento de Jacobson	25 min
<b>3ª Etapa</b>	Motivar os participantes a verbalizar as vantagens e as desvantagens da actividade	10 min

## 1.2 – Relaxamento Muscular Passivo

O relaxamento muscular passivo (Anexo IV) consiste numa revisão sistemática dos grupos de músculos esqueléticos no corpo. O que acontece é que o indivíduo se centra num grupo de cada vez e desta forma consegue identificar qualquer tipo de tensão aliviando-a. Nesta técnica não existe a fase de contracção. No entanto, para obter sucesso é necessário já ter conhecimentos de tensão-distensão.

Esta técnica do treino autogénico (Schultz) é menos usada, por não se adequar ao tipo de doentes em causa. Esta técnica destina-se a relaxar o corpo e a mente, sendo as sessões destinadas a instituir as doentes acerca do modo correcto a executar. O relaxamento citado, está baseado em quatro requisitos.

1. Estímulos externos nulos ou reduzidos
2. Concentração passiva
3. Repetir para si própria as frases indutoras:
  - a. Peso nos braços e pernas
  - b. Calor nos braços e pernas
  - c. Batimento cardíaco calmo e regular
  - d. Respirar calmamente
  - e. Plexo solar 2 aquecido
  - f. Testa fresca
4. Contacto mental com a parte do corpo a que a frase se refere:

### Definição

O relaxamento muscular passivo consiste numa visão sistemática dos grupos de músculos esqueléticos no corpo. O que acontece é que o indivíduo se centra num grupo de cada vez e desta forma consegue identificar qualquer tipo de tensão aliviando-a. Nesta técnica não existe a fase de concentração. No entanto, para obter sucesso é necessário já ter conhecimentos de tensão-distensão.

### Indicações

Nas mesmas que o relaxamento progressivo de Jacobson, tendo a vantagem de as sequências poderem ser conduzidas sem chamar a atenção para o indivíduo que as executa. Tem ainda a vantagem de ser utilizável por pessoas com deficiência físicas (que poderiam não poder realizar as técnicas anteriores). Estes procedimentos levam menos tempo a fazer que as anteriores.

### Contra-Indicações / Riscos

A prática do relaxamento não é recomendada a pessoas que sofram de alucinações, delírios ou outros sintomas psicóticos que possam levar a sensações extra-corporais, pode no entanto ser utilizado na fase inactiva da doença. Como neste tipo de relaxamento se recorre a imagens mentais está particularmente desaconselhado a quem tem dificuldade em distinguir a realidade da fantasia.

## **Objectivos**

### *Gerais*

- Diminuir a ansiedade e reduzir a tensão muscular;
- Promover a interacção terapêutica;

### *Específicos*

- Promover ambiente terapêutico;
- Incentivar a interacção;
- Contribuir para que a pessoa se concentre nas sensações de relaxamento;
- Promover a diminuição do fluxo de pensamentos, do ritmo cardíaco e respiratório e da pressão sanguínea;
- Prevenir a acumulação de stress;
- Aumentar a concentração da memória;
- Diminuir a insónia e o cansaço;
- Prevenir doenças psicossomáticas, tais como: hipertensão, úlceras, cefaleias, entre outras.

## **Recomendações**

- Instruir o utente para usar roupa confortável e não limitante;
- Vigiar a presença de lesões ortopédicas no pescoço e coluna, em que a hiperextensão da coluna superior possa aumentar o desconforto e as complicações.

## **Actividades**

Prepara o ambiente:

- Escolher um local calmo, sem ruído e onde não haja possibilidade de interrupções;
- A temperatura do ar deve ser amena;
- Suavizar a luminosidade;
- O ambiente pode ser enriquecido por um aroma agradável para o utente;
- Escolher um som ambiente agradável para o utente ou, então, optar simplesmente pelo silêncio;
- Sentar o utente numa cadeira reclinável ou colocá-lo numa posição confortável.

**Nota:** tem quantas sessões o utente e o profissional acharem necessárias.

## **Gerir ambiente**

- Escolher um local calmo, e livre de distúrbios
- A temperatura do ar deve ser quente;
- Suavizar a luminosidade;

- Escolher um local onde as pessoas se possam deitar;
- Providenciar colchões e/ou cadeiras confortáveis.

### **Informar sobre posicionamento**

A tensão dos músculos está associada à tensão na mente. Se a tensão dos músculos for eliminada, o sentimento subjectivo do stress é reduzido. Neste método será pedido que foque a atenção num grupo muscular de cada vez, aliviando qualquer tensão que exista. Não está incluída qualquer actividade, o método é passivo. Tem vindo a ser provado que, pela concentração nos músculos desta forma, se podem atingir níveis profundos de relaxamento. Claro que quanto mais se praticar, mais eficaz se torna.

### **Orientar a pessoa**

Acomode-se na cadeira em que está sentado ou na superfície em que está deitado, deixando que o peso do seu corpo se afunde nela. Feche os olhos. Para começar, gostaria que voltasse a sua atenção para a sua respiração... siga a próxima expiração... a seguir, deixe o ar entrar... sinta-o suavemente a encher os pulmões... faça uma pausa por um momento... e expire lentamente... a seguir, deixe que a sua respiração siga o seu ritmo natural: suave e lento... a ficar mais suave e mais lento...

### **Avaliar a Sessão**

Motivar os utentes a descrever como se sentiram ao longo da sessão (aspectos positivo e negativos, como dificuldades de concentração, de adopção de certas posturas, etc.) e o resultado final.

Deve preencher o formulário do Anexo III.

### 1.2.1 – Planificação da sessão

<b>Actividade: Técnica de Relaxamento</b>		
<b>Nº de sessões:</b> semanal		
<b>Duração:</b> 30 – 40 minutos		
<b>Grupo:</b> Doentes internados na Unidade de S. Bento		
<b>Dinamizadores:</b> Enfermeira Especialista		
<b>Método:</b> Interactivo/ Expositivo/Reflexiva		
<b>Material:</b> 1 sala, velas, aparelho de som, 6 colchões baixos, incenso		
<b>Objectivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diminuir a ansiedade e reduzir a tensão muscular;</li><li>• Promover a interacção terapêutica;</li><li>• Promover ambiente terapêutico;</li><li>• Incentivar a interacção;</li><li>• Contribuir para que a pessoa se concentre nas sensações de relaxamento;</li><li>• Promover a diminuição do fluxo de pensamentos, do ritmo cardíaco e respiratório e da pressão sanguínea;</li><li>• Prevenir a acumulação de stress;</li><li>• Aumentar a concentração da memória;</li><li>• Diminuir a insónia e o cansaço;</li><li>• Prevenir doenças psicossomáticas, tais como: hipertensão, úlceras, cefaleias, entre outras.</li></ul>		
<b>Critérios de inclusão:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Levantamento do diagnóstico, ansiedade presente</li><li>- Capacidades cognitivas</li><li>- Levantamento do diagnóstico, agitação ausente</li></ul>		
<b>Esquema</b>		<b>Tempo de duração</b>
<b>1ª Etapa</b>	Apresentação dos dinamizadores Explicar a actividade a desenvolver Expor regras de participação, compromisso grupal.	5 min
<b>2ª Etapa</b>	Aplicação da actividade	25 min
<b>3ª Etapa</b>	Discutir com os participantes as vantagens e as desvantagens da actividade	10 min

### 1.3– Relaxamento de Imaginação dirigida

Com este tipo de relaxamento (Anexo V) recorre-se a imagens mentais tais como: a nuvem, a praia ou local de refúgio.

## **Actividade Individual / Grupo**

### **Metodologia**

Número de Sessões: 1

Duração: 30 a 45 minutos

Local: Sala de Relaxamento

### **Contra-indicações**

Como neste tipo de relaxamento se recorre a imagens mentais está particularmente desaconselhado a quem tem dificuldade em distinguir a realidade da fantasia como alucinações, delírios ou outros sintomas psicóticos.

### **Objectivos**

- Promover forma de desviar a mente de pensamentos inoportunos ou geradores de stress;
- Promover o relaxamento e libertação de tensões, diminuindo a ansiedade;
- Estabelecer com os utentes uma interacção terapêutica;
- Promover a expressão de sentimentos no contexto de apoio do grupo.

### **Procedimento**

**Nota:** Tem quantas sessões o utente e o profissional acharem necessárias.

### **Gerir ambiente**

- Escolher um local calmo, e livre de distúrbios;
- A temperatura do ar deve ser amena;
- Suavizar a luminosidade;
- Providenciar colchões e/ou cadeiras confortáveis;
- Pode ser utilizada uma música de fundo de forma a favorecer o relaxamento.

### **Informar sobre posicionamento**

- Pode ser sentado numa cadeira confortável ou deitado numa superfície plana;
- Informar sobre a técnica a realizar;
- Orientar a pessoa.

**Nota:** utilizar tom de voz sossegado e calmo, as pausas entre as indicações devem de ser longas para permitir evocar a imagem (as pausas estão indicadas pelas reticências).

### 1.3.1 – Planificação da sessão

<b>Actividade:</b> Técnica de Relaxamento		
<b>Nº de sessões:</b> semanal		
<b>Duração:</b> 30 – 40 minutos		
<b>Grupo:</b> Doentes internados na Unidade de S. Bento		
<b>Dinamizadores:</b> Enfermeira Especialista		
<b>Método:</b> Interactivo/ Expositivo/Reflexiva		
<b>Material:</b> 1 sala, velas, aparelho de som, 6 colchões baixos, incenso		
<b>Objectivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Promover forma de desviar a mente de pensamentos inoportunos ou geradores de stress;</li><li>• Promover o relaxamento e libertação de tensões, diminuindo a ansiedade;</li><li>• Estabelecer com os utentes uma interacção terapêutica;</li><li>• Promover a expressão de sentimentos no contexto de apoio do grupo.</li></ul>		
<b>CrITÉrios de inclusão:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Levantamento do diagnóstico, ansiedade presente</li><li>- Capacidades cognitivas</li><li>- Levantamento do diagnóstico, agitação ausente</li></ul>		
<b>Esquema</b>		<b>Tempo de duração</b>
<b>1ª Etapa</b>	Apresentação dos dinamizadores Explicar a actividade a desenvolver Expor regras de participação, compromisso grupal.	5 min
<b>2ª Etapa</b>	Aplicação da actividade	25 min
<b>3ª Etapa</b>	Discutir com os participantes as vantagens e as desvantagens da actividade	10 min

## 2 – Eficácia do Relaxamento

---

Para a elaboração deste capítulo foram consultados documentos electrónicos, publicados no período de 2000-2008, utilizando os termos “terapia comportamental”; “relaxamento”; “relaxamento muscular”; “relaxamento muscular progressivo” e “treino de relaxamento muscular” como palavras-chave, identificados por meio da base de dados B-on.

Foi com alguma surpresa que se verificou uma carência de estudos actuais, que utilizam o relaxamento muscular como intervenção terapêutica, quando são vários os autores que mencionam este “recurso<sup>3</sup>” humano, para várias perturbações no domínio da saúde mental e psiquiatria.<sup>4 5 6 7 8</sup>

Contudo, da pesquisa efectuada, surgiram alguns trabalhos de investigação que, de forma quantitativa ou qualitativa, demonstram a eficácia da utilização do relaxamento muscular, no contexto da saúde mental e psiquiatria.

PASSOS *e tal.* (2007) no seu artigo intitulado “Tratamento não farmacológico para a insónia crónica”, refere um estudo comparativo realizado entre dois grupos, onde no primeiro grupo foram utilizadas as Terapias cognitivas (controle dos estímulos, restrição do sono e higiene do sono), e por sua vez no segundo grupo utiliza a Terapia de relaxamento (relaxamento progressivo). Neste estudo, as Terapias cognitivas apresentam melhores resultados, tanto na redução do número de despertares após o início do sono (54%), como na eficiência do sono (85,1%), do que a Terapia de relaxamento, que apresenta no primeiro caso 16% e no segundo 78,8%. Tratando-se de um estudo comparativo entre dois tipos de Terapias não conclusivo no que se refere eficácia da terapia de relaxamento no tratamento da insónia, mas revela o seu uso para o mesmo tratamento.<sup>9</sup>

Outro estudo, de REMOR (2000), intitulado: “Tratamento psicológico do medo de viajar de avião, a partir do modelo cognitivo: caso clínico”, que não utilizando o Relaxamento muscular por si só, mas que o associa à técnica de dessensibilização sistemática, não apresentando resultados quantitativos, refere “*resultados favoráveis*” no tratamento do medo de voar, que por sua vez vai ao encontro de outros estudos, controlados e não controlados, nos quais diversas técnicas cognitivo-comportamentais mostram êxito no tratamento da fobia. O mesmo autor cita dois estudos, um de REEVES & MEAIEA (1975) e um outro de REBMAN (1983), que utilizaram como técnica básica o

---

<sup>3</sup> “*Recursos*: entidade usada no desempenho da acção de enfermagem. Inclui os instrumentos, ou ferramentas utilizadas no desempenho da acção de enfermagem, e os serviços, ou seja trabalho ou plano específicos usados ao executar a acção de enfermagem.” (CIPE, versão β2, 2002)

<sup>4</sup> SEQUEIRA, Carlos, (2006), *Op. Cit.*

<sup>5</sup> CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS, (2003), CIPE / ICNP β2, *Op. Cit.*

<sup>6</sup> BULRCHEK, Gloria M. & MACLOSKEY, Joanne C., (2008), *Op. Cit.*

<sup>7</sup> PAYNE, Rosemary A., (2003), *Op. Cit.*

<sup>8</sup> MENDES, Aida, (2002), Stress e Imunidade

<sup>9</sup> PASSOS, Giselle Soares, (2007), Tratamento não farmacológico para a insónia crónica.

Relaxamento, nos quais apresentam também, “*resultados positivos*” no tratamento da mesma fobia.<sup>10</sup>

### **Ganhos em saúde**

Com as técnicas do relaxamento pretendemos ganhos em saúde que passamos a mencionar:

- Redução do nível da ansiedade;
- Prevenção de episódios de agitação psicomotora e agressividade;
- Aquisição de competências para a gestão mais eficaz da ansiedade;
- Redução de pensamentos negativos. Treino de atenção e concentração;
- Melhoria do padrão do sono e diminuir a necessidade de medicação SOS para a insónia;
- Diminuição do cansaço provocado pela tensão muscular e stress;
- Protecção dos órgãos do corpo que estão envolvidos em doenças relacionadas com o stress;
- Prevenção de doenças psicossomáticas tais como: hipertensão, úlceras e cefaleias.

---

<sup>10</sup> REMOR, Eduardo (2000), Treinamento Psicológico do medo de viajar de avião, a partir do modelo cognitivo: caso clínico.

## 3 – Conclusão

---

A aprendizagem e incorporação das técnicas de relaxamento na prática de enfermagem tem efeitos benéficos quer para os doentes, quer para o pessoal de enfermagem. O relaxamento pode ser eficaz, no alívio do stress e nos distúrbios que eles causam no sono. Pode ser como técnica adjuvante no alívio da dor, pois aumenta o limiar da tolerância da dor e reduz a ansiedade.

O ensino da técnica de relaxamento ao doente é uma intervenção utilizada para o alívio de sintomas comuns no doente mental. É também uma maneira de envolver o doente no processo de recuperação e de estimular a sua auto-estima e ter a sensação de controlo sobre a sua vida.

Ao ser feita a pesquisa bibliográfica para verificar a eficiência do uso do Relaxamento Muscular no contexto da Saúde Mental e Psiquiatria, verificou-se uma escassez de estudos recentes, facto estranho, tendo em conta que este recurso é, por várias vezes sugerido, na bibliografia consultada. Contudo, os poucos estudos encontrados descrevem benefícios da utilização do Relaxamento Muscular como intervenção terapêutica não farmacológica.

## 4 – Referências Bibliográficas

---

BULECHEK, Glória M. & MACLOSKEY, Joanne C. – *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*, 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS, (2003), CIPE / ICNP β2, *Op. Cit.*

PAYNE, Rosemary A., *Técnicas de Relaxamento – um guia prático para profissionais de saúde*, Loures: Lusociência, 2003.

SANTOS, B. – *Um discurso sobre as ciências*, Coimbra: Edições Afrontamento, 1995

SIQUEIRA, Carlos – *Introdução à prática clínica*, Coimbra: Quarteto, 2006

### **Documentos electrónicos**

PASSOS, Giselle – *Tratamento não farmacológico para a insónia crónica*. [Em linha]. [Consult. 9 Mar. 2008] Disponível na Internet:

<URL[http://www.scielo.br.php?script=sci\\_arttext&pid=s1516-44462007000300016](http://www.scielo.br.php?script=sci_arttext&pid=s1516-44462007000300016)

REMOR, Eduardo – *Treinamento Psicológico do medo de viajar de avião, a partir do modelo cognitivo: caso clínico*. [Em linha]. [Consult. 10 Mar. 2008] Disponível na Internet:

<URL[http://www.scielo.br.php?script=sci\\_arttext&pid=s0102-79722000000100021](http://www.scielo.br.php?script=sci_arttext&pid=s0102-79722000000100021)

# ANEXO I

---

**Técnica de Jacobson**

## DESCRIÇÃO DA TÉCNICA DE JACOBSON

“Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular e profunda. Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo, mais e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si. Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior. Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada e serena. Por fim, os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz. Agora a sua respiração é totalmente suave, relaxada, em paz e todos os seus músculos se encontram relaxados.

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

**Olhos:** feche os olhos apertando-os com força... Sinta a tensão em toda a zona à volta dos olhos, em cada pálpebra... Concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe lentamente e note as diferenças de sensações... Os músculos, estão relaxados sem tensão.

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

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

**Pescoço:** contraia os músculos do pescoço... Sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço... Os músculos estão tensos... (pausa). Relaxe lentamente o pescoço... Os músculos perdem a sua tensão e relaxam pausadamente.

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

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

**Membros inferiores:** contraia os músculos da sua perna direita, esticando o seu pé direito, exercendo a máxima tensão... Sinta a contracção do pé até à coxa... (pausa). Relaxe lentamente a sua perna direita e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente exposta à tensão.

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

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

**Região torácica:** faça força no seu peito, torne-o mais rígido, tentando contraí-lo, como se quisesse reduzir os pulmões... Concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe gradualmente o seu peito... Sinta a sensação dos músculos soltos, sem tensão.

**Região abdominal:** contraia fortemente os músculos da barriga, até que sinta dura como uma tábua... Sinta a tensão ao redor do umbigo... (pausa). Relaxe agora os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza... Todos os músculos estão completamente relaxados.

**Região sacro-coccígea:** concentre-se nos músculos abaixo da cintura... Contraia todos os músculos dessa zona em contacto com o colchão... Contraia as nádegas e as coxas com toda a força... (pausa). Pode relaxar lentamente todos os músculos... Sinta o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento.

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

Permaneça deitado apreciando o seu estado de relaxamento.

Faça uma contagem regressiva a partir de cinco e levante-se lentamente.

**Avaliar a sessão:**

Motivar os utentes a descrever como se sentiram ao longo da sessão (aspectos positivo e negativos, como dificuldades de concentração, de adopção de certas posturas, etc.) e o resultado final.

# ANEXO II

---

**Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo – Adaptação da Técnica de Jacobson**

## TÉCNICAS DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVA

(Adaptação da Técnica de Jacobson)

Assuma uma posição bem confortável, procurando respirar usando só a musculatura abdominal. Feche os olhos suavemente.

Feche a sua mão esquerda como se fosse dar um “soco”, e aperte o máximo possível, procurando ficar atento para a sensação de tensão e memorizando-a. Agora relaxe, deixe a mão confortavelmente apoiada na superfície em que está. Respire calmamente e tranquilamente, procurando perceber a diferença entre as duas sensações, a da contracção e a do relaxamento. Repita este movimento.

Agora, dobre o pulso esquerdo para cima, elevando a palma da mão, sem movimentar o braço, sinta a contracção e procure memorizar esta sensação. Relaxe, deixe a mão apoiada na superfície em que está, procurando comparar e discernir a diferença entre as duas sensações. Respire calma e tranquilamente, usando somente a musculatura abdominal.

Repita

Dobre o pulso para baixo tentando alcançar com os dedos o braço. Contraia o máximo possível. Sinta a contracção e, em seguida, relaxe comparando as duas sensações. Respire tranquilamente. Repita.

Dobre o cotovelo, sinta a contracção nesta musculatura e memorize-a. Agora, relaxe, acomode o braço confortavelmente, procure senti-lo como se não conseguisse movimentar. Respire calmamente, use somente a musculatura abdominal. Repita.

(repita os mesmos movimentos com o braço direito)

Feche a sua mão direita como se fosse dar um “soco”, e aperte o máximo possível, procurando ficar atento para a sensação de tensão e memorizando-a. Agora relaxe, deixe a mão confortavelmente apoiada na superfície em que está. Respire calmamente e tranquilamente, procurando perceber a diferença entre as duas sensações, a da contracção e a do relaxamento. Repita este movimento.

Agora, dobre o pulso direito para cima, elevando a palma da mão, sem movimentar o braço, sinta a contracção e procure memorizar esta sensação. Relaxe, deixe a mão apoiada na superfície em que está, procurando comparar e discernir a diferença entre as duas sensações. Respire calma e tranquilamente, usando somente a musculatura abdominal. Repita.

Dobre o pulso para baixo tentando alcançar com os dedos o braço. Contraia o máximo possível. Sinta a contracção e, em seguida, relaxe comparando as duas sensações. Respire tranquilamente. Repita.

Dobre o cotovelo, sinta a contracção nesta musculatura e memorize-a. Agora, relaxe, acomode o braço confortavelmente, procure senti-lo como se não conseguisse movimentar. Respire calmamente, use somente a musculatura abdominal. Repita.

Agora, concentre a sua atenção na sua perna esquerda. Estique o seu pé o máximo possível, levando a ponta do dedo do pé o mais distante possível do seu corpo. Sinta a contracção, memorize esta sensação. Agora, solte e relaxe. Compare as duas sensações. Respire tranquilamente, use apenas a musculatura abdominal. Repita.

Dobre o pé, trazendo a ponta do pé em direcção ao seu corpo. Contraia mais e mais, sinta a contracção. Relaxe, compare essas sensações, procure memorizar a diferença entre elas. Respire calma e tranquilamente. Repita.

Eleve um pouco a coxa, a perna e o pé. Contraia essa musculatura para manter elevada, preste atenção na contracção. Agora, relaxe, apoie a coxa, a perna e o pé confortavelmente na superfície. Sinta toda a musculatura mais e mais relaxada, dando a impressão de não poder mover. Respire pausadamente. Use somente a musculatura abdominal. Repita.

(repita os mesmos movimentos para a perna direita)

Agora, concentre a sua atenção na sua perna direita. Estique o pé o máximo possível, levando a ponta do dedo do pé o mais distante possível do seu corpo. Sinta a contracção, memorize esta sensação. Agora, solte e relaxe. Compare as duas sensações. Respire tranquilamente, use apenas a musculatura abdominal. Repita.

Dobre o pé, trazendo a ponta do pé em direcção ao seu corpo. Contraia mais e mais, sinta a contracção. Relaxe, compare essas sensações, procure memorizar a diferença entre elas. Respire calma e tranquilamente. Repita.

Eleve um pouco a coxa, a perna e o pé. Contraia essa musculatura para manter elevada, preste atenção na contracção. Agora, relaxe, apoie a coxa, a perna e o pé confortavelmente na superfície. Sinta toda a musculatura mais e mais relaxada, dando a impressão de não poder mover. Respire pausadamente. Use somente a musculatura abdominal. Repita.

Agora contraia ambos os ombros, elevando-os como se fosse encostá-los na ponta das orelhas. Contraia, mais e mais. Relaxe, deixe os ombros apoiados de maneira confortável, sinta a diferença entre a sensação da contracção e a do relaxamento. Respire tranquilamente.

Repita.

Eleve a cabeça como se fosse alcançar com o queixo o peito. Sinta a contracção, procure memorizar esta sensação. Agora, solte, relaxe, deixe a cabeça apoiada de forma bem confortável. Compare as duas sensações tentando memorizar a diferença entre elas. Respire pausadamente. Repita.

Franza a testa e os olhos e cerre os dentes. Aperte, preste atenção nessa sensação. Agora, solte, relaxe sinta o rosto pesado, os olhos fechados suavemente.

Memorize as duas sensações. Respire somente com a musculatura abdominal. Repita.

Aperte os dentes, os de baixo de encontro aos de cima. Sinta a tensão, e agora compare com a de relaxamento, soltando o seu rosto mais e mais. Respire calmamente. Repita.

Nos próximos minutos, mantenha o seu corpo todo relaxado, confortavelmente apoiado na superfície em que está, respirando tranquilamente, use apenas a musculatura abdominal, deixando o ar entrar e sair suavemente. Agora, espreguice-se e abra os olhos.

# ANEXO III

---

## Avaliação da Sessão de Relaxamento

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

(coloque um círculo à volta da sua resposta)

1. **Conseguiu concentrar-se?** Sim Não
2. **Teve dificuldade em algumas posições?** Sim Não
3. **Conseguiu cumprir os exercícios propostos?** Sim Não
4. **Conseguiu por instantes abstrair-se de pensamentos desagradáveis?** Sim  
Não
5. **Sente o seu corpo mais leve?** Sim Não
6. **Sente-se mais tranquilo?** Sim Não
7. **Conseguiu relaxar?** Sim Não
8. **Já utilizou esta técnica de relaxamento noutros contextos?** Sim Não
  - a. *Com que regularidade?*
    - Uma vez por dia
    - Uma vez por semana
    - Uma vez por mês

### 9. Comentários

Para avaliação da eficácia da sessão de Relaxamento Muscular são vários os autores que sugerem, a avaliação dos parâmetros vitais: pressão arterial, frequência respiratória e pulso, antes e pós de cada sessão (Anexo IV). Considera-se que a sessão de Relaxamento Muscular surtiu o efeito desejado quando os parâmetros vitais avaliados após esta forem inferiores aos que tinham antes da sessão.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> PAYNE, Rosemary A., (2003), *Op. Cit.*, pp. 47-50.

## Treino de Relaxamento

Identificação do doente	Data e hora da sessão	Nº da sessão	FC antes TRP	FC após TRP	Observações

**Legenda:** TRP: Treino de Relaxamento Progressivo; FC: Frequência Cardíaca



# ANEXO IV

---

## Técnica de Relaxamento Passivo

Agora dê atenção aos músculos da cabeça. Comece a sentir uma onda de relaxamento quente e lenta a formar-se no cimo da cabeça e a começar a descer em direcção à testa... centrando-se nos músculos por cima dos olhos... sinta esses músculos a ficar pesados e relaxados... concentre-se na sensação de peso que eles provocam... agora volta a atenção para os músculos dos olhos e das bochechas e sinta-os também a ficar pesados e relaxados... agora, foque os músculos da boca e do queixo... deixe que eles fiquem mais pesados e relaxados...

(pausa de 10 segundos)

E à medida que a cabeça e a cara continuam a relaxar, deixe que a onda de relaxamento lentamente se estenda ao pescoço... foque a atenção nos músculos do pescoço e sinta-os a ficar soltos e mais relaxados a cada momento que passa...

(pausa de 10 segundos)

A onda de relaxamento continua a desenrolar-se, desta vez a espalhar o calor pelos músculos dos ombros... concentre-se nesta área... deixe-a ficar pesada e relaxada à medida que concentra nela a sua atenção.

(pausa de 10 segundos)

A cabeça, o pescoço e os ombros permanecem relaxados enquanto foca os seus braços... deixando que a onda de relaxamento lhe traga peso e calor... concentra-se nas sensações nos braços...

(pausa de 10 segundos)

Agora sinta a onda de relaxamento a descer para as mãos à medida que se concentra nelas... sinta os músculos das palmas e dedos a relaxar... sinta o calor a fluir aos dedos à medida que ficam mais relaxados...

(pausa de 10 segundos)

Agora enquanto a parte superior do seu corpo permanece em relaxamento profundo, volte a sua atenção para o abdómen e para a parede de músculos que cobre os órgãos internos... deixe que esses músculos se soltem e distendam... de seguida, sinta a onda de relaxamento a descer para os músculos da coxa... e, à medida que se concentra neles, sinta as vossas coxas a ficar pesadas... pesadas como chumbo...

(pausa de 10 segundos)

Agora, enquanto o resto do corpo permanece relaxado, volte atenção para os pés... sinta a onda quente de relaxamento a descer para os músculos dos pés... sinta-os a ficar mais quentes, pesados e relaxados...

(pausa de 10 segundos)

A seguir, quando sentir todos os músculos num estado de relaxamento, comece a repetir a frase “estou relaxado”, repita-o a cada expiração.

Depois de uma pausa de 5 minutos.

Agora vou pedir que traga a sua atenção de volta para o quarto em que está em repouso. Vou contar de um até cinco, e à medida que conto, comece a sentir-se mais e mais desperto, mais e mais fresco, com a cabeça desanuviada. Quando eu chegar aos cinco gostaria que abrisse os olhos. Um, comece a sentir-se alerta... dois... três, ainda mais alerta... quatro... cinco... abra os olhos, e suavemente estique os braços e as pernas...

# ANEXO V

---

**Descrição da Técnica de Relaxamento de Imaginação dirigida**

## **Descrição da Técnica com vários Temas**

### **Sessão**

#### **Tema: *Nuvem***

Sinta a respiração tranquila e siga a sua ordem natural: inspirar... expirar...

(pausa 1 minuto)

Agora sinta o peso dos vossos pés, apoiados sobre o chão (breve pausa)... Também as pernas começam a ficar pesadas e relaxadas (breve pausa).

Sinta o peso da bacia (breve pausa)... também a coluna e o peito relaxados... (breve pausa). As costas estão relaxadas... (breve pausa). Sinta todo o seu corpo calmo e relaxado...

A respiração é fluida e profunda... inspirar... expirar... inspirar... expirar.

Agora que está calmo, olha em redor... (breve pausa). Está num sitio tranquilo, calmo e sente-se bem (breve pausa).

Ao longo vê as nuvens e uma delas voa para si (breve pausa)... sobe para cima dela, é muito fofa e sente-se seguro... não tem medo de nada... (breve pausa).

Enquanto voa pela nuvem olha e vê coisas belas... respira fundo e sente-se bem... (breve pausa).

Sente o vento na sua cara, sorri, sente-se cada vez mais calmo... cada vez mais em paz... (breve pausa).

Começa a olhar em volta... a nuvem caminha para o local de onde partiu... (breve pausa).

Sente-se leve e calmo... sente-se bem... (breve pausa).

Chegou onde partiu e desce da nuvem... ela voa para longe... mas continua a sentir leveza e a paz que ela lhe causou... (breve pausa).

Começa a sentir de novo a respiração tranquila e segue a sua ordem natural: inspirar... expirar... (pausa de 1 minuto).

Sente-se muito bem... sabe que quando voltar a abrir os olhos a sensação de calma se vai manter... inspiro... expiro... inspiro... (breve pausa).

Sente-se a acordar... vai abrir os olhos sem pressa, mover lentamente as mãos... e os pés... espreguiça-se como se estivesse a acordar... (breve pausa). Inspira e expira... acordou e sente-se bem.

## **Avaliar a sessão**

- Observar as experiências vividas pelos participantes;
- Pedir aos participantes que verbalizem as sensações vivenciadas durante o procedimento e que expressem as alterações no seu nível de ansiedade.

## **Tema: Praia**

### **Sessão**

Procure respirar suavemente, de forma regular e profunda. Feche os seus olhos suavemente. Está a caminhar numa praia, o mar está calmo, o sol emana uma luz e um calor agradável, relaxante... Sente-se cansado e resolve deitar-se na areia e descansar um pouco.

De olhos fechados e com o sol a aquecer-lhe o rosto sente-se tranquilo... extremamente relaxado...

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

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

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

O mar leva-o devagarinho até à praia e deixa-o sobre a areia fina à beira mar... continua de olhos fechados, procure respirar suavemente, de forma regular e profunda. Abra os seus olhos suavemente.

Começa a despertar...

## **Avaliar a sessão**

- Observar as experiências vividas pelos participantes;
- Pedir aos participantes que verbalizem as sensações vivenciadas durante o procedimento e que expressem as alterações.

## **Tema: Local de Refugio**

### **Sessão**

“Fechem os olhos e concentrem-se na música. (pausa) Pensem num local bonito, de que gostam muito, e imaginem-se nesse local. (pausa) Aí é o vosso refúgio, nada de mal vos pode alcançar. (pausa) Está um dia bonito, o céu está limpo e azul e, lá no alto, o sol brilha, irradiando a sua luz. Sentem o calor na vossa face. Corre uma leve brisa, que trespassa os vossos cabelos e vos refresca e renova. (pausa) Sentem-se bem, tranquilos e serenos. Nada vos preocupa. Não há espaço para as preocupações e problemas... esses estão longe, muito longe... (pausa). Estão no vosso refúgio e aí nada de mal vos pode acontecer... (pausa) Mas não estão sós... eis que aparece uma pessoa que vos é muito querida, aquela pessoa mais especial para vocês. (pausa) Juntos, caminham pelo vosso local, de mão dadas com a vida e a alegria, se sentem-se muito felizes. (pausa) O dia foi bom, mas está na hora de regressar a casa. Despedem-se da pessoa especial que vos acompanha, marcando novo encontro... (pausa) Despedem-se do vosso local favorito, o vosso refúgio e, lentamente, regressam a casa, sentindo-se completamente relaxados e tranquilos. (pausa) Quando contar até 5, abrem os olhos lentamente... (pausa) um... dois... três... quatro... e cinco.”

- Incentivar os utentes a partilhar, se assim entenderem e desejarem, o local onde estiveram e a pessoa que os acompanhou, expressando os sentimentos, emoções e sensações que experimentaram.

## **Tema: Praia Paradisiaca**

### **Sessão**

Iniciar o procedimento que se segue, falando calma, suave e pausadamente:

“Fechem os olhos e concentrem-se na música. (pausa) Estão sozinhos numa praia paradisíaca, tranquila e agradável, numa região de imensa beleza e de profunda paz. (pausa). Aí é o vosso refúgio, nada de mal vos pode acontecer. (pausa) Está um dia bonito, o céu está limpo e azul e lá no alto, o sol brilha, irradiando a sua luz. (pausa) Caminham sobre a areia molhada... reparam como é fofa e dourada. (pausa) Estão cansados... sentam-se na areia morna. (pausa) Sentem o calor do sol na vossa face. (pausa) Corre uma leve brisa fresca, que trespassa o vosso cabelo e que vos refresca e renova. (pausa) Fechem os olhos... escutam o barulho das ondas. (pausa) Respiram profundamente... Retêm um pouco do ar fresco e puro e expiram lentamente. (pausa) Sente-se bem, tranquilos e serenos. Não há espaço para as preocupações e problemas... Esses estão longe, muito longe... (pausa) Mas afinal não estão sozinhos... Eis que vos aparece uma pessoa que vos é querida, aquela pessoa mais especial para vocês... (pausa). Juntos caminham pela areia molhada... A água salgada salpica no vosso corpo... (pausa). O sol está-se a pôr... reparam nos tons alaranjados que o céu apresenta... (pausa) Parece que o sol está a adormecer sobre o mar... (pausa) Despedem-se do mar, do vosso refúgio e, lentamente, regressam a

casa, sentindo-se completamente relaxados e tranquilos. (pausa) Quando contar até 5, abrem os olhos lentamente... (pausa) um... dois... três... quatro... cinco.”

### **Avaliar a sessão**

- Observar as experiências vividas pelos participantes;
- Pedir aos participantes que verbalizem as sensações vivenciadas durante o procedimento e que expressem as alterações no seu nível de ansiedade;
- Questionar sobre as dificuldades que sentiram durante a sessão (aspectos positivos e negativos), como dificuldade na concentração.

# **ANEXO XV**

---

**Formação “Comunicação Assertiva”**

Instituto das Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus  
Unidade de S. Bento

# Comunicação

Braga, 12 de Novembro de 2010

# Comunicação Assertiva

## Objectivos:

- Identificar comportamentos assertivos após a discussão de várias situações do dia-a-dia.
- Reconhecer as vantagens de adoptar um comportamento assertivo em várias situações debatidas.
- Reconhecer a importância de aceitar os comportamentos assertivos daqueles que nos rodeiam.

# Ideias chave do filme

- **Comportamento gera comportamento.**

Se somos agressivos, os outros serão agressivos.

Se somos atenciosos, os outros serão atenciosos.

- **O comportamento é moldável.**

É algo que podemos mudar e escolher.

- **Ter uma postura profissional.**

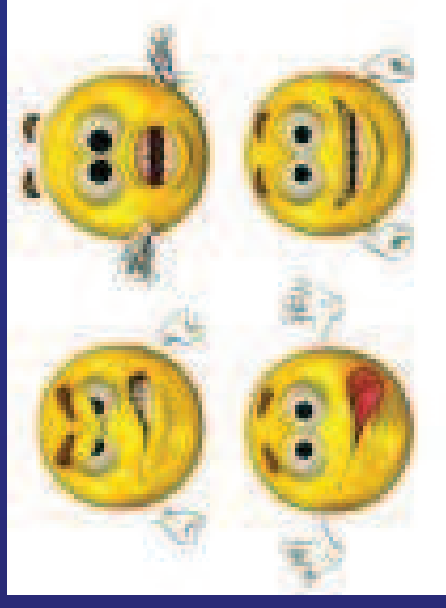
ex.: o cliente não tem culpa do que se passou na vida familiar do profissional.

- **Apelo ao comportamento assertivo.**

Não existe duas pessoas que reajam da mesma forma, mas todos temos um modo, mais ou menos, estável de comunicar e de nos relacionarmos. Assim como todos nós temos um modo preferencial de nos relacionarmos.

# Estilos comunicação Interpessoal

- ❑ Comunicação agressiva;
- ❑ Comunicação passiva;
- ❑ Comunicação manipuladora;
- ❑ Comunicação assertiva.



# Estilo Agressivo

- Expressão individual de sentimentos e opiniões de uma forma autoritária e hostil, sem ter em conta os direitos ou os sentimentos dos outros.
- Pessoas que arranjam sempre defeitos nos outros e não pensam nos seus defeitos, agem a supervisionar os outros.
- As críticas que fazem não são construtivas, e não dão alternativas. (está sempre tudo mal)

# Estilo agressivo



- **Objectivo principal:**
  - Dominar e forçar os outros a perder. (são competitivos e têm de ganhar)
  - Valorizam-se às custas dos outros.
  - Ignoram e desvalorizam o que os outros fazem ou dizem. (habitualmente são pessoas inseguras com problemas a nível familiar, económico..)
  - Vencer sem respeitar os direitos e as necessidades dos outros.

# Pirâmide

# Estilo Agressivo

- Como conhecer estas pessoas?
  - Quais os sinais exteriores?
    - Falam alto;
    - Interrompem as pessoas quando estão a falar. (ex.: “o que estás a dizer não interessa”)
    - Fazem barulho enquanto os outros falam;
    - Mostram desprezo ou desaprovação;
    - Recorrem a imagens brutais e chocantes. (ex.: pessoas de nariz “empinado”)

# Estilo agressivo

- Crenças:
  - “É preciso uma pessoa saber impor-se.”
  - “Prefiro ser lobo a ser cordeiro.”
  - “Os outros são todos uns imbecis.”
  - “Os outros querem é tramar-me.”
  - “Só os fracos se podem sentir agredidos, as pessoas fortes não mostram sentimentos.”

# Estilo passivo

- Ausência de expressão de sentimentos, deixa passar tudo.
- É quase sempre um explorado e uma vítima.
- Raramente está em desacordo.
- Tende a ignorar os seus sentimentos e direitos.
- Dificilmente diz “não” .
- Não exprime as sua necessidades ou desejos. (ex.:efeito “panela de pressão”- a pessoa chega a determinada altura e explode e os outros não estão habituados a vê-lo assim).

# Estilo passivo

- Sente-se bloqueado quando tem que resolver problemas.
- Tende a evitar conflitos a todo o custo, isto às vezes também é inadequado.
- Tem medo de decidir, porque receia decepcionar os outros.
- Deixa que os outros se aproveitem dele.
- O agressivo centra-se nele.
- O passivo centra-se nos outros.

# Estilo passivo

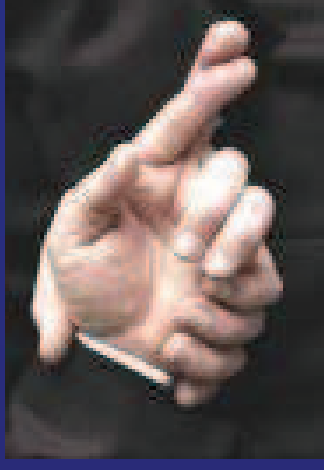
- Crenças:
  - “Não quero arranjar problemas.”
  - “Não gosto de magoar os outros.”
  - “É importante que todos gostem de mim.” (ex.: nós nunca agradamos a todos)
  - Agressivo impõe-se e não respeita os outros.
  - Passivo não se impõe e não se respeita a ele próprio.

# Estilo Manipulador

- Considera-se hábil nas relações interpessoais, apresentando um discurso diferente, consoante a pessoa a quem se dirige. (ex.: "ele tem a ideia dele, mas ao chefe diz uma coisa e aos colegas diz outra.")
- Apresenta-se, quase sempre, como útil intermediário e considera-se mesmo indispensável; raramente se assume como responsável pelas situações que correm mal.
- Tira partido dos outros para atingir os seus próprios objectivos.
- Nunca revela claramente os seus objectivos.

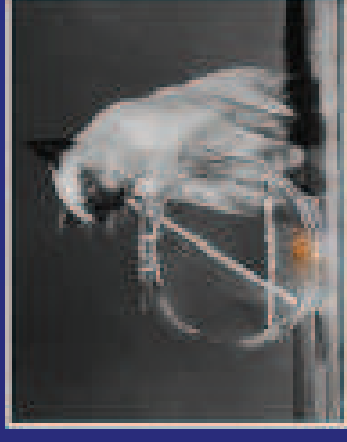
# Estilo manipulador

- Comportamentos típicos:
  - Tende a desvalorizar os outros através do humor e da inteligência. (ex.: "tu é que entendes disto...")
  - Manipula a informação.
  - Nega factos. (ex.:mente e inventa histórias que o podem beneficiar...)
  - Origina rumores.
  - Culpabiliza os outros.
  - Faz chantagem.



# Estilo manipulador

- Crenças:
  - “Só se pode confiar nos .....
  - “Não se deve ser franco e directo com os outros.”
  - Ganha-se mais quando se faz jogo duplo.”



# Estilo assertivo

- Dá a sua opinião sem passar por cima dos outros.
- Está à vontade nas relações com os outros.
- É verdadeiro com ele mesmo e com os outros, não dissimula os seus sentimentos.
- Procura compromissos realistas em caso de desacordo.
- Evidência os seus direitos e admite a sua legitimidade sem ir contra os defeitos dos outros.

# Estilo assertivo

## ■ Comportamento típico

- Negocia na base de interesses mútuos e não mediante ameaças.
- Não deixa que o pisem.
- Estabelece com os outros um relação fundada na confiança e não na dominação nem calculismo.

## ■ Vantagens:

- Há menos conflitos;
- Proporciona melhor ambiente;
- Sentimo-nos bem connosco próprios;
- Menos cansativo que o estilo agressivo ou manipulador.

# Estilo assertivo

- O que implica:
  - Respeito por si próprio ao exprimir os seus gestos, interesses e direitos.
  - Respeito pelos outros, pelos seus direitos, ideias e necessidades.

# Estilo assertivo

## ■ Crenças:

- “ Eis o que eu penso e o que eu sinto. É este o meu ponto de vista, porém estou pronto para te ouvir e compreender e saber qual é o teu ponto de vista.”
- Eu sou tão importante como tu.”
- Eu respeito os outros, e os outros respeitam-me.”

**Para que o nosso relacionamento com os outros seja satisfatório é necessário que nos sintamos valorizados e realizados, e isso não depende somente das pessoas, mas também de nós, da nossa capacidade de mostrar atitudes e comportamentos que nos façam sentir-nos bem connosco próprios e que façam os outros sentirem-se bem connosco.**

**Os comportamentos assertivos ajudam-nos no relacionamento interpessoal, na medida em que valorizam e respeitamos outros.**



# **ANEXO XVI**

---

**Planeamento e Fundamentação da Sessão**

**FUNDAMENTAÇÃO:**

A formação faz parte do processo dinâmico de melhoria contínua dos profissionais desta instituição, daí a pertinência desta formação que actua numa necessidade específica recentemente identificada; O grau de necessidade de formação às auxiliares identificado pelos enfermeiros foi detectado empiricamente.

**OBJECTIVOS GERAIS:**

No final da sessão os formandos deverão: estar sensibilizados e conscientes acerca dos diferentes estilos de comunicação e de que forma a comunicação pode influenciar de uma forma positiva ou negativa uma transacção.

**OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:**

No final da sessão os formandos deverão ser capazes de:

- identificar diferentes estilos de comunicação;
- promover boa relação inter-pessoal;
- Saber actuar numa situação de conflito.

**METODOLOGIAS DE FORMAÇÃO:**

- Expositivo;
- Interrogativo;
- Utilização de Meios Audiovisuais;

**DESTINATÁRIOS:**

Auxiliares de Enfermaria da Unidade S. Bento

**CALENDARIZAÇÃO:**

Sessão: 15-16 horas  
Dia: 12 de Novembro de 2010  
Local: Unidade S. Bento – Casa de Saúde do Bom Jesus

**AValiação:**

- Formulação de Perguntas;
- Questionário de Avaliação de Formação, efectuada através de uma avaliação Quantitativa, segundo a Escala de Avaliação Numérica Ordinal (1-4).

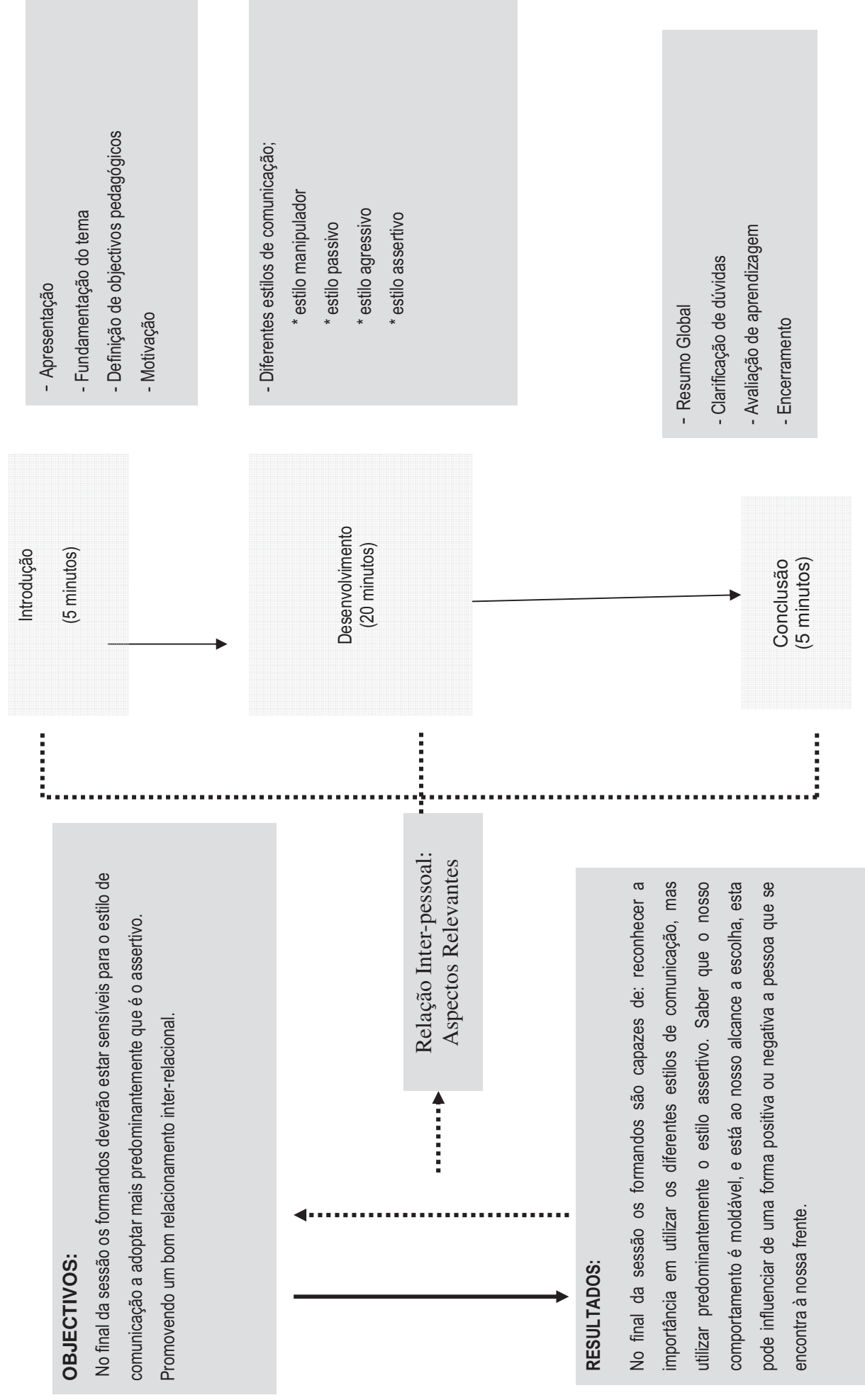
**EQUIPA:**

Formadores:  
Alunos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica – Elvira Ferreira

**MEIOS:**

- Sala de Visitas de S. Bento;
- Data show e computador;

**RECURSOS PEDAGÓGICOS:**



# **ANEXO XVII**

---

**KIT de estimulação cognitiva**

# **KIT DE ESTIMULAÇÃO SENSORIAL E COGNITIVA**

UNIDADE S. BENTO

Este KIT contém:

1. Envelopes com imagens de: FLORES, OBJECTOS, LEGUMES, MÓVEIS, FRUTAS, ANIMAIS, OUTROS ALIMENTOS e CORES.
2. Frascos com: CANELA, CAFÉ, AÇAFRÃO, CHOCOLATE, FARINHA, CÔCO e AÇÚCAR AMARELO.
3. Caixas de plástico com: ARROZ, GRÃO e FEIJÃO.
4. Frascos de óleos de essências: PÊSSEGO, MAÇÃ, BRISA MARÍTIMA, BAUNILHA, LARANJA, ALFAZEMA, *VITALIDADE* e *PAIXÃO*.
5. “Tapete” de tecidos com diferentes texturas. Frascos com Plasticina de diferentes cores.
6. Búzio
7. Cd com músicas alusivas à natureza

# ANEXO XVIII

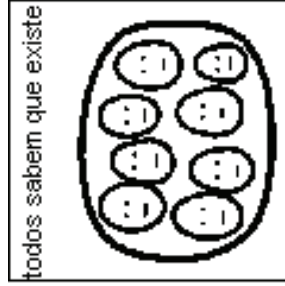
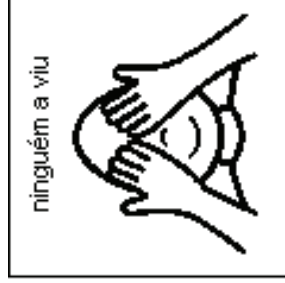
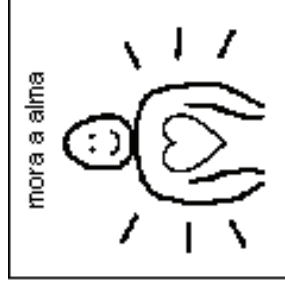
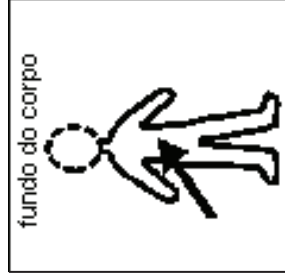
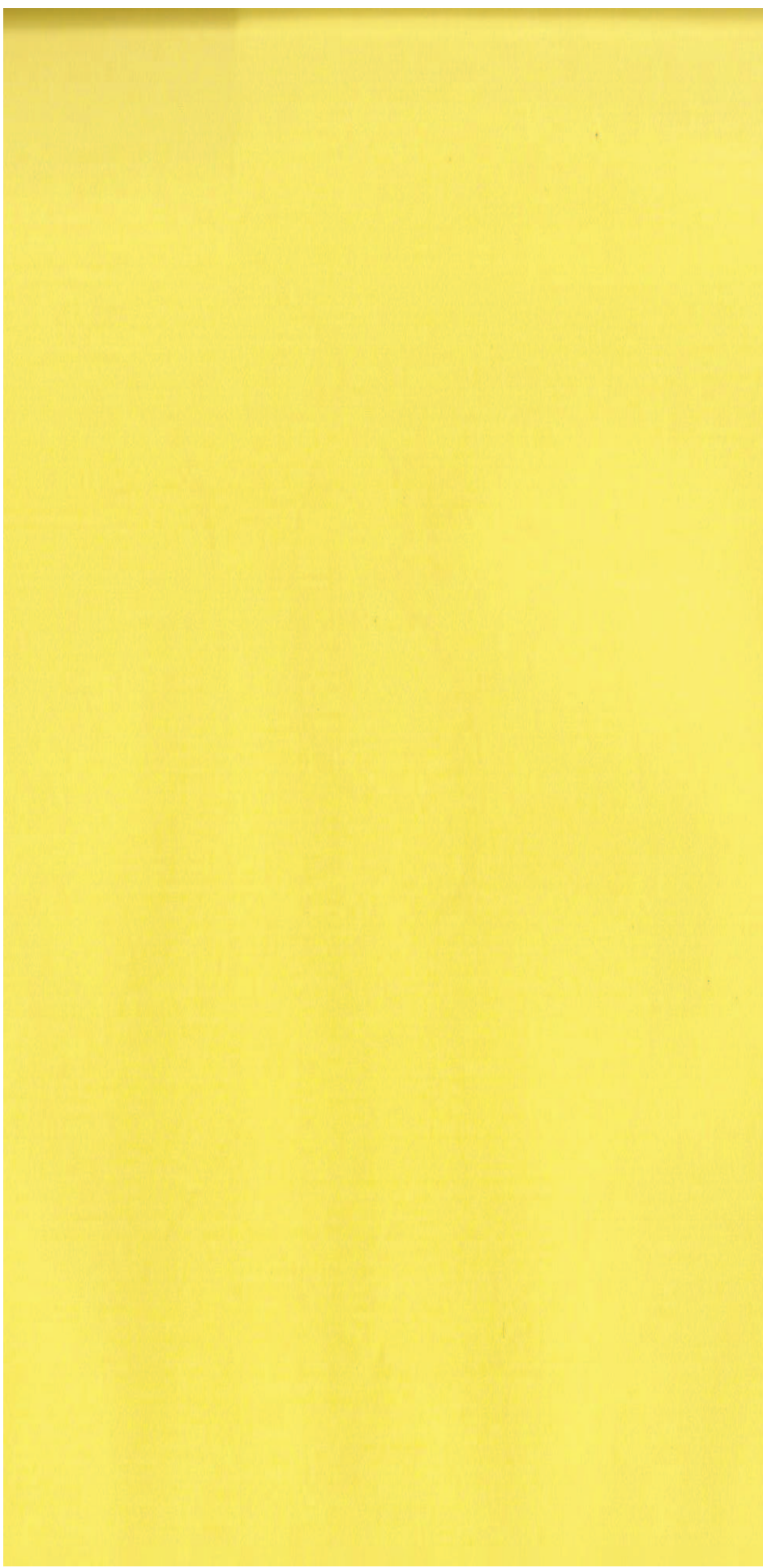
---

Formação “Pássaro da Alma”

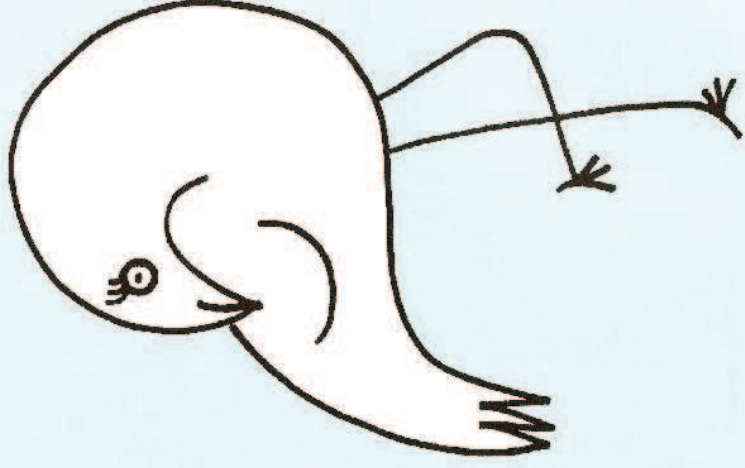
# O PASSARO DA ALMA



No fundo do corpo mora a alma. Ninguém a viu, todos sabem que ela existe.

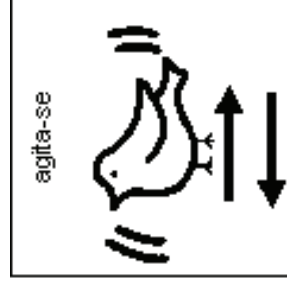
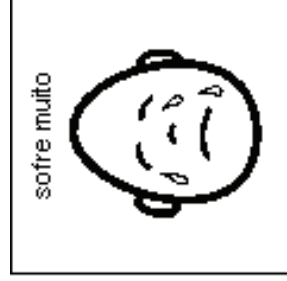
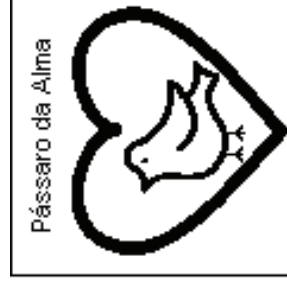
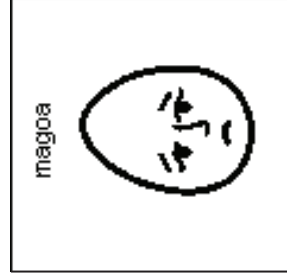


No centro da alma, está um pássaro, é o Pássaro da Alma. Ele sente tudo o que nós sentimos.

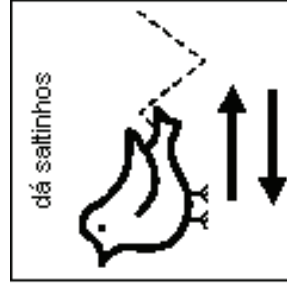
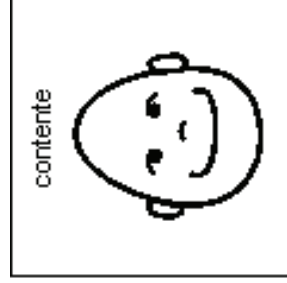
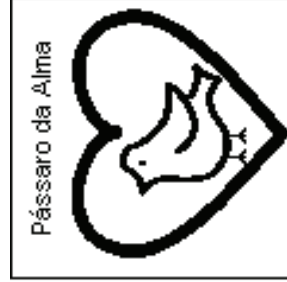
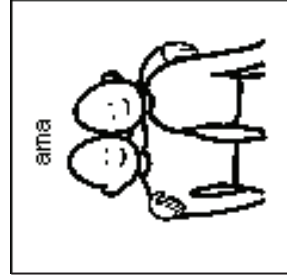


centro da alma	
Pássaro da Alma	
sente tudo	
nós sentimos	

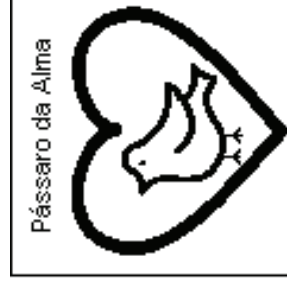
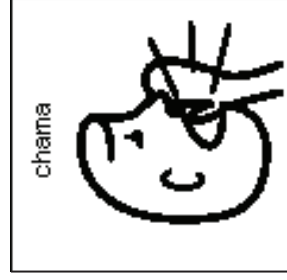
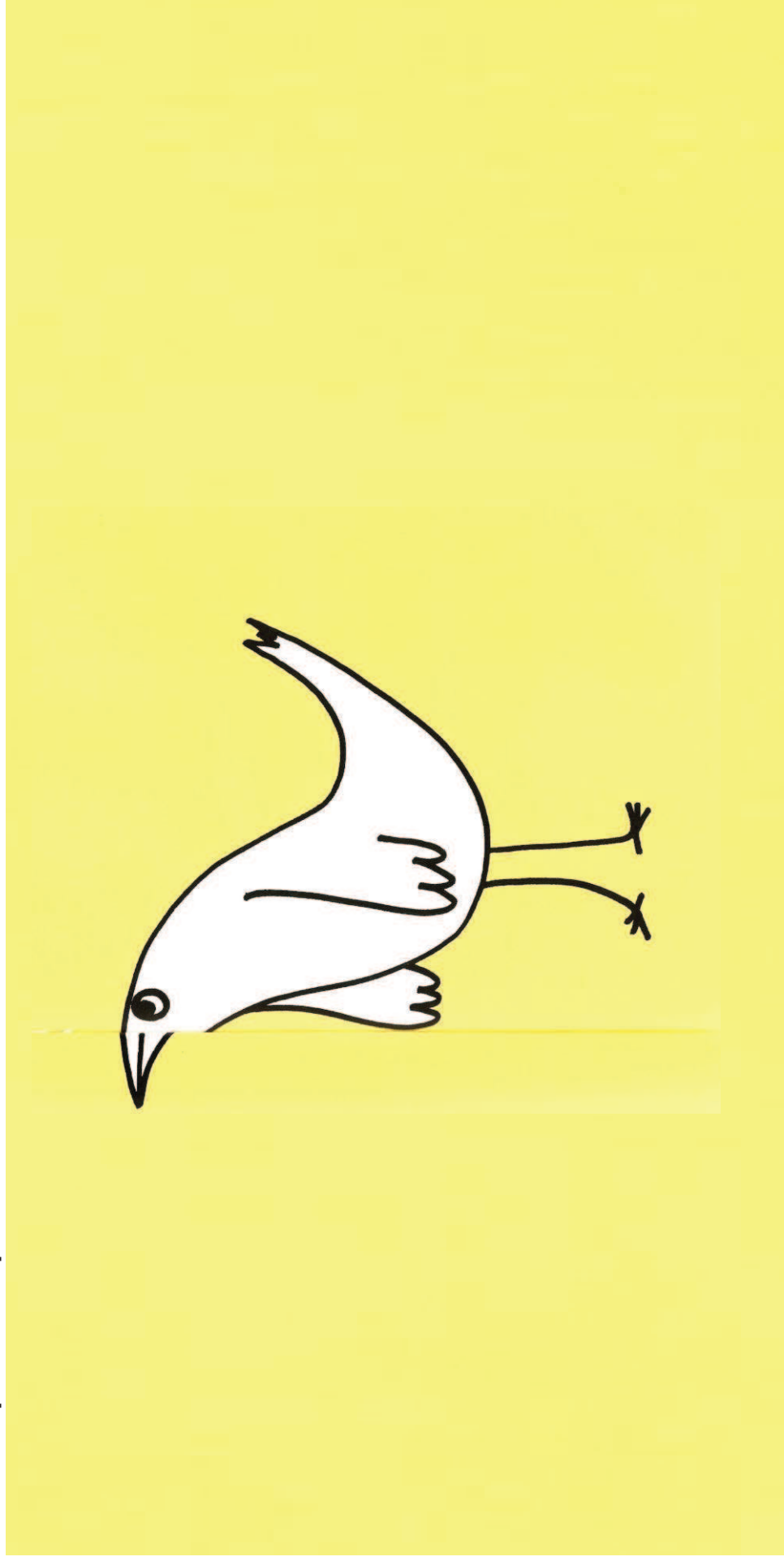
Quando alguém nos magoa, o Pássaro da Alma sofre muito e agita-se para trás e para a frente.



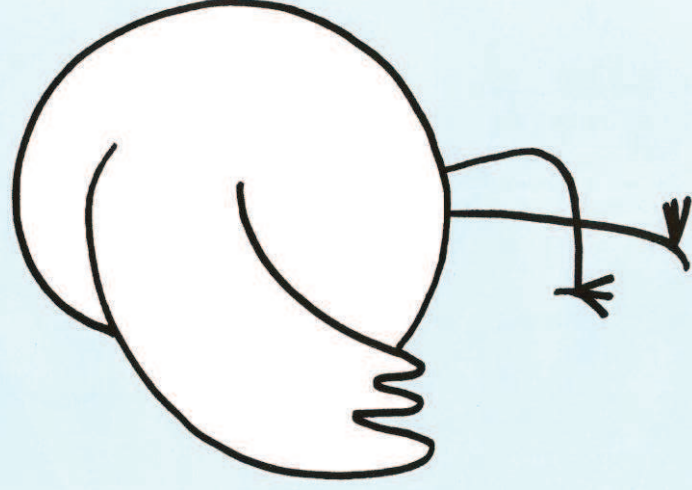
Quando alguém nos ama, o Pássaro da Alma fica contente e dá saltinhos para trás e para a frente.








Quando alguém nos chama, o Pássaro da Alma fica à escuta para saber o que nós pedimos.

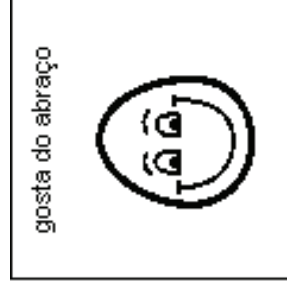
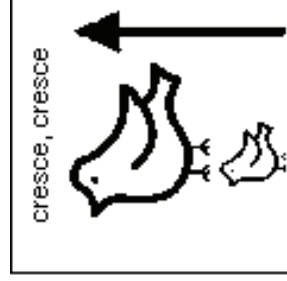
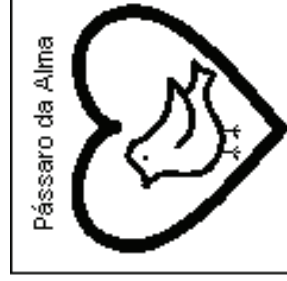
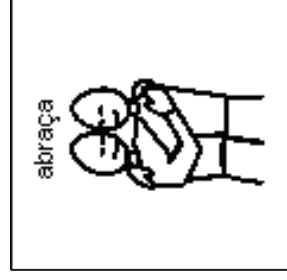


Quando alguém se zanga connosco, o Pássaro da Alma encolhe-se triste e silencioso.

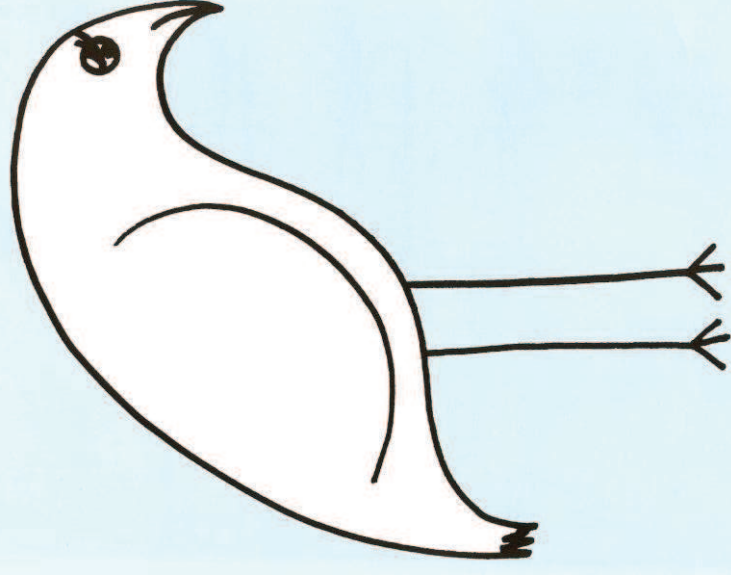


zanga	
Pássaro da Alma	
encolhe-se	
triste	
silencioso	

Quando alguém nos abraça, o Pássaro da Alma cresce, cresce.  
Gosta tanto do abraço!



A alma está dentro de nós, desde que nascemos. Ninguém a viu, todos sabem que ela existe.



alma dentro de nós



nascemos



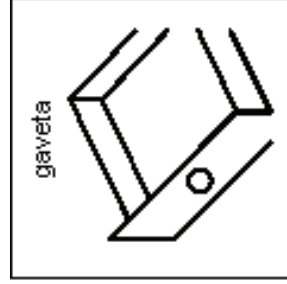
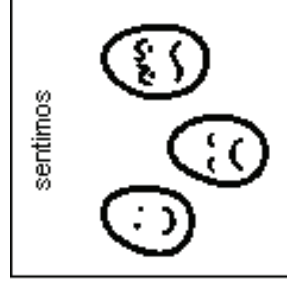
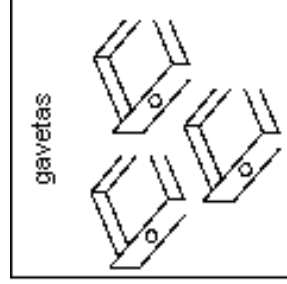
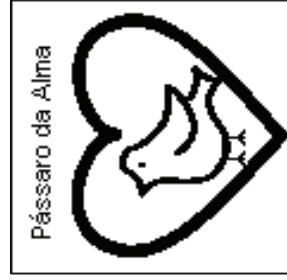
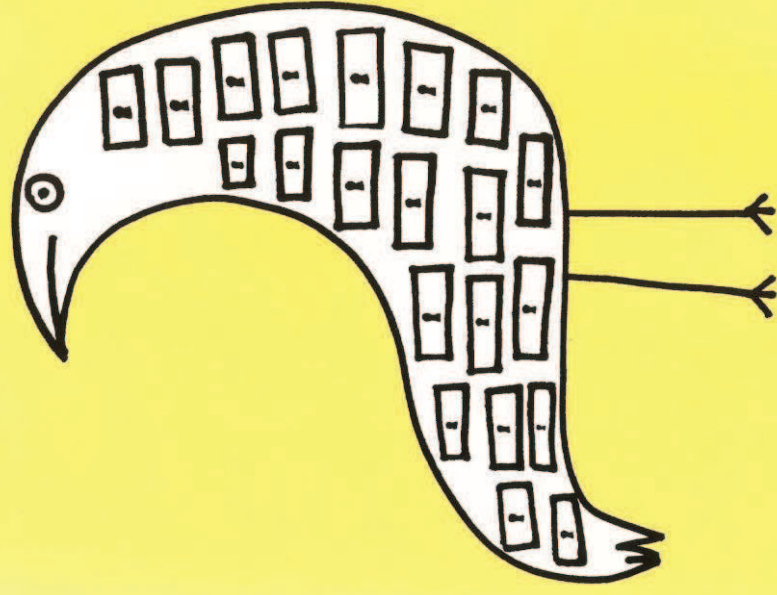
ninguém a viu



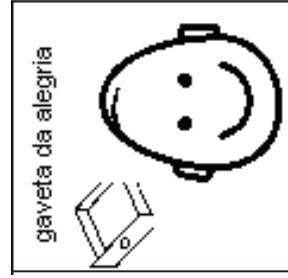
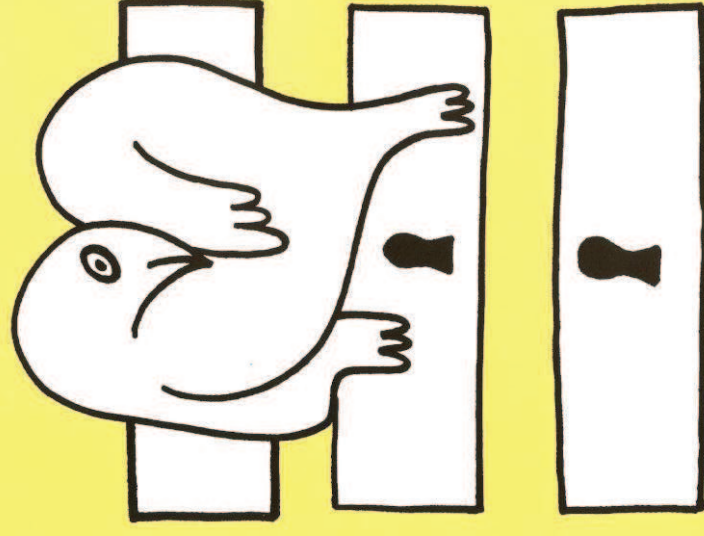
todos sabem que existe



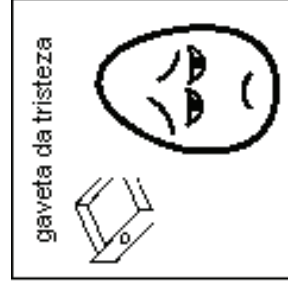
O Pássaro da Alma tem imensas gavetas, Tudo o que sentimos tem uma gaveta.



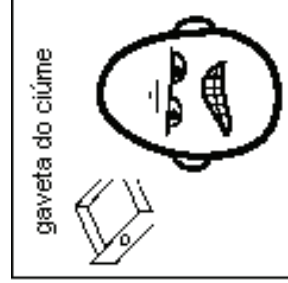
A gaveta da alegria e a gaveta da tristeza. A gaveta do ciúme e a gaveta da paciência. A gaveta do ódio e a gaveta do carinho.



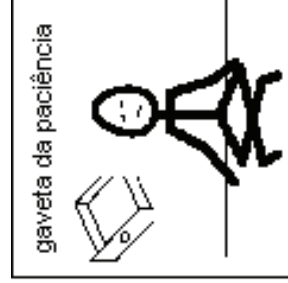
gaveta da alegria



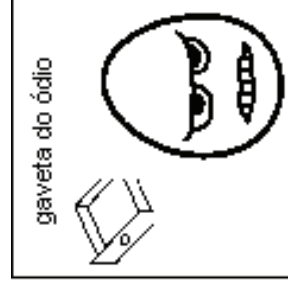
gaveta da tristeza



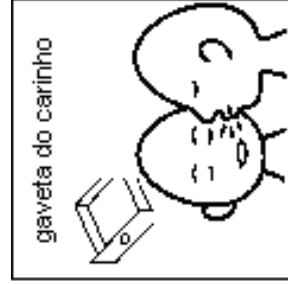
gaveta do ciúme



gaveta da paciência

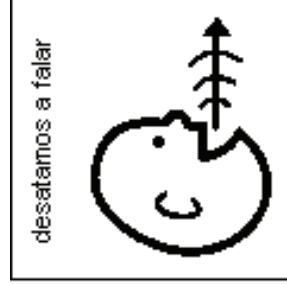
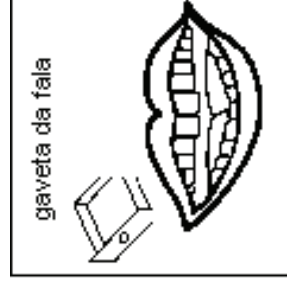
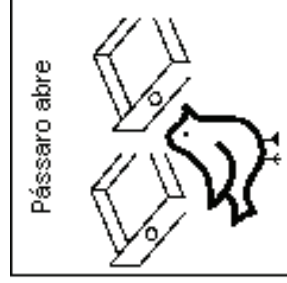
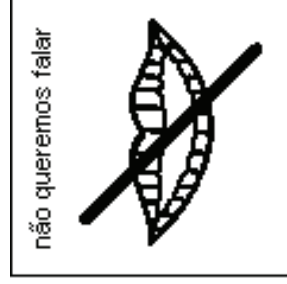
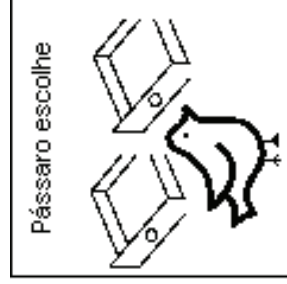
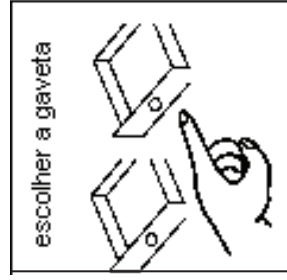
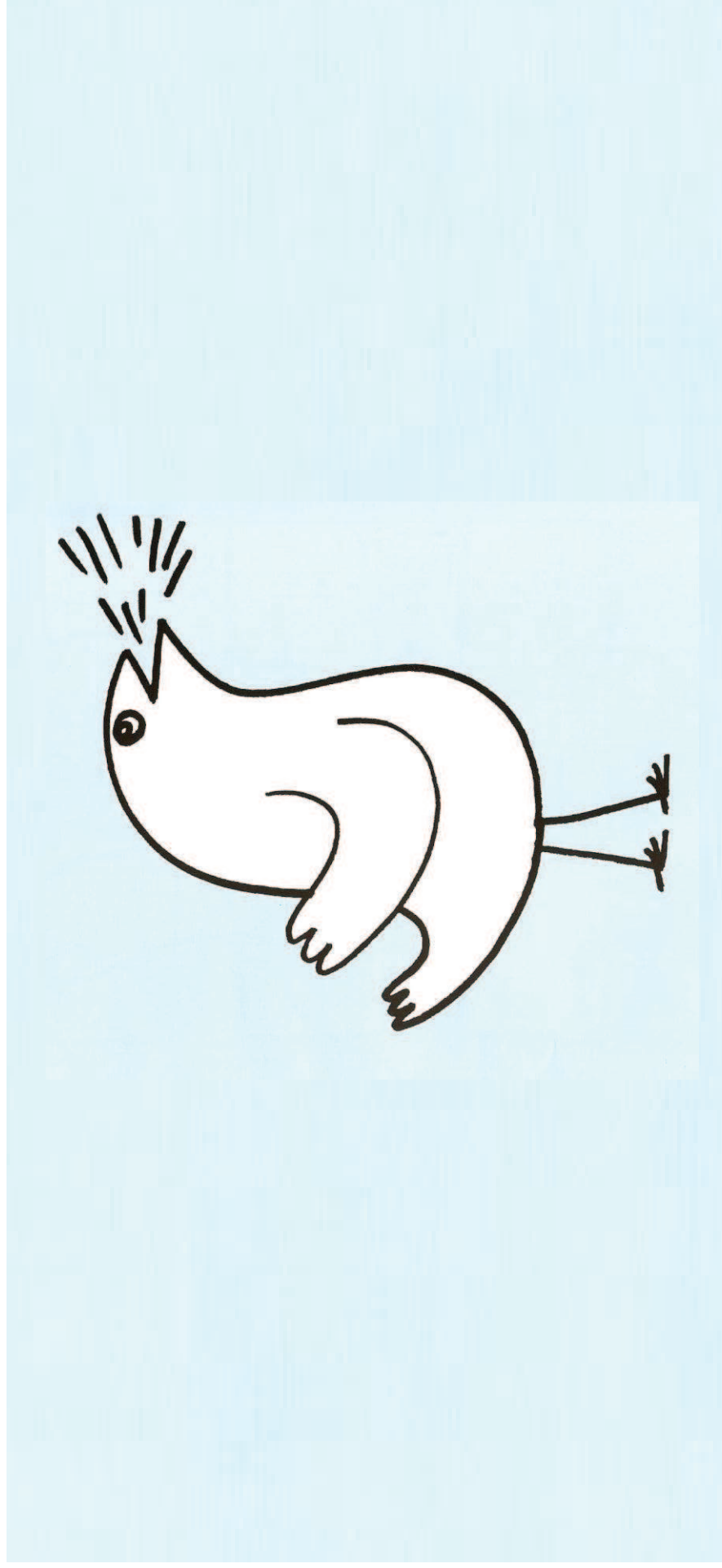


gaveta do ódio

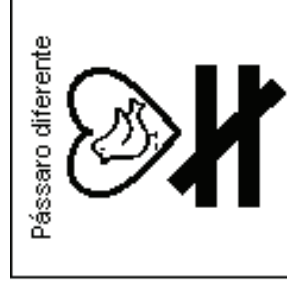
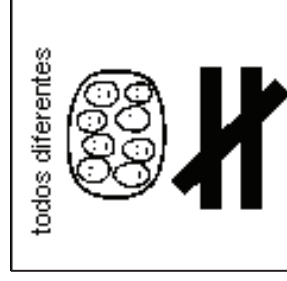
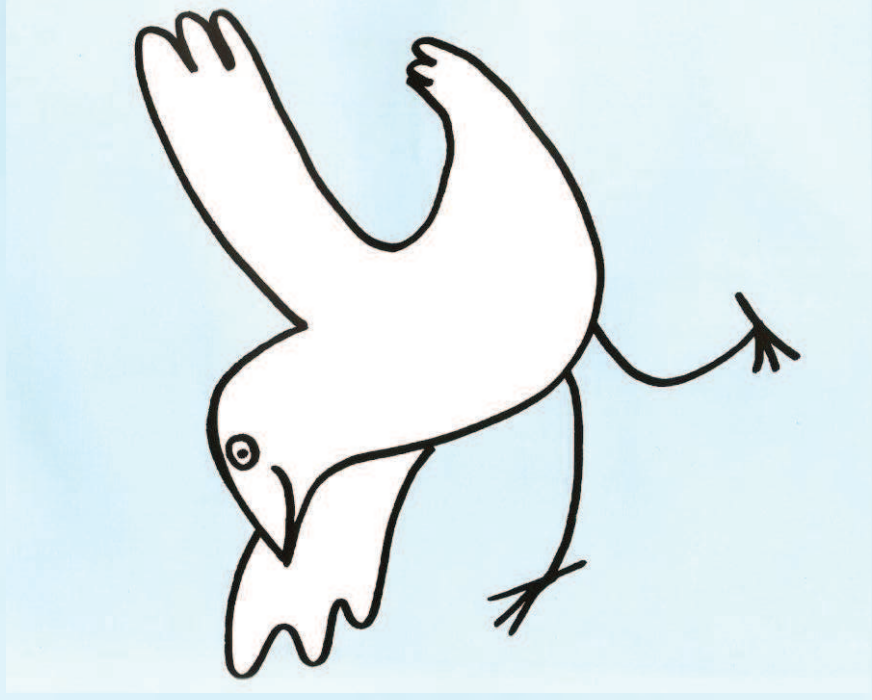


gaveta do carinho

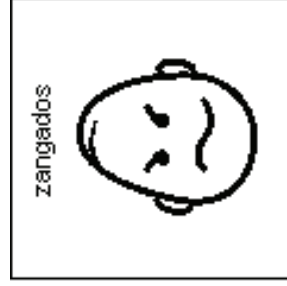
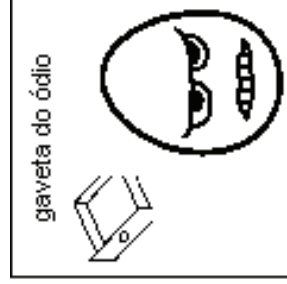
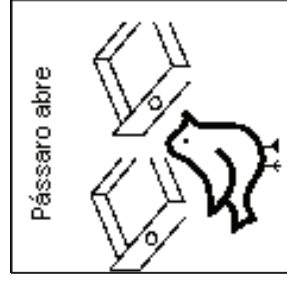
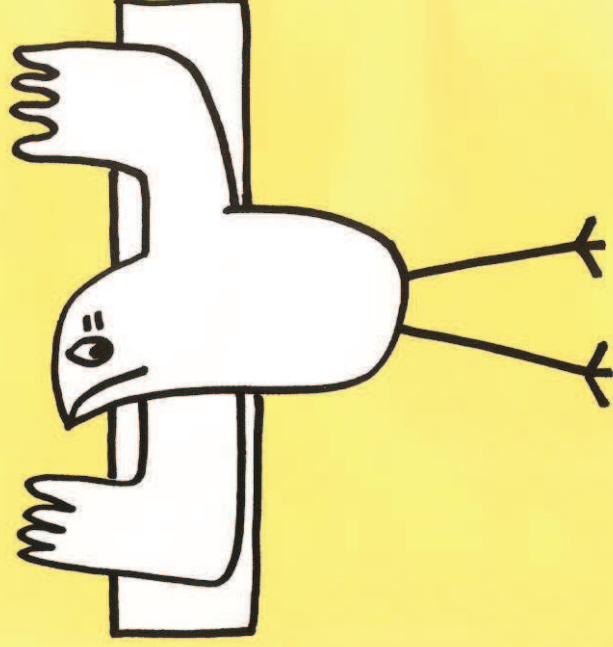
Às vezes podemos escolher a gaveta, outras vezes é o Pássaro que escolhe. Às vezes não queremos falar, mas o Pássaro abre a gaveta da fala. E então, desatamos a falar.



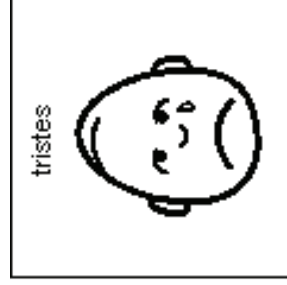
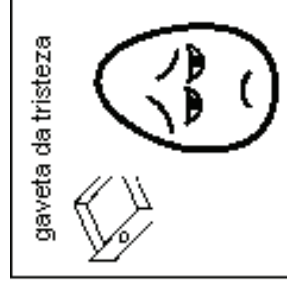
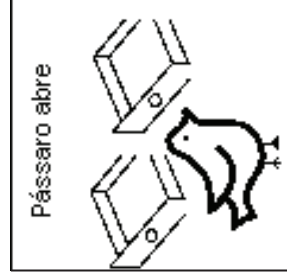
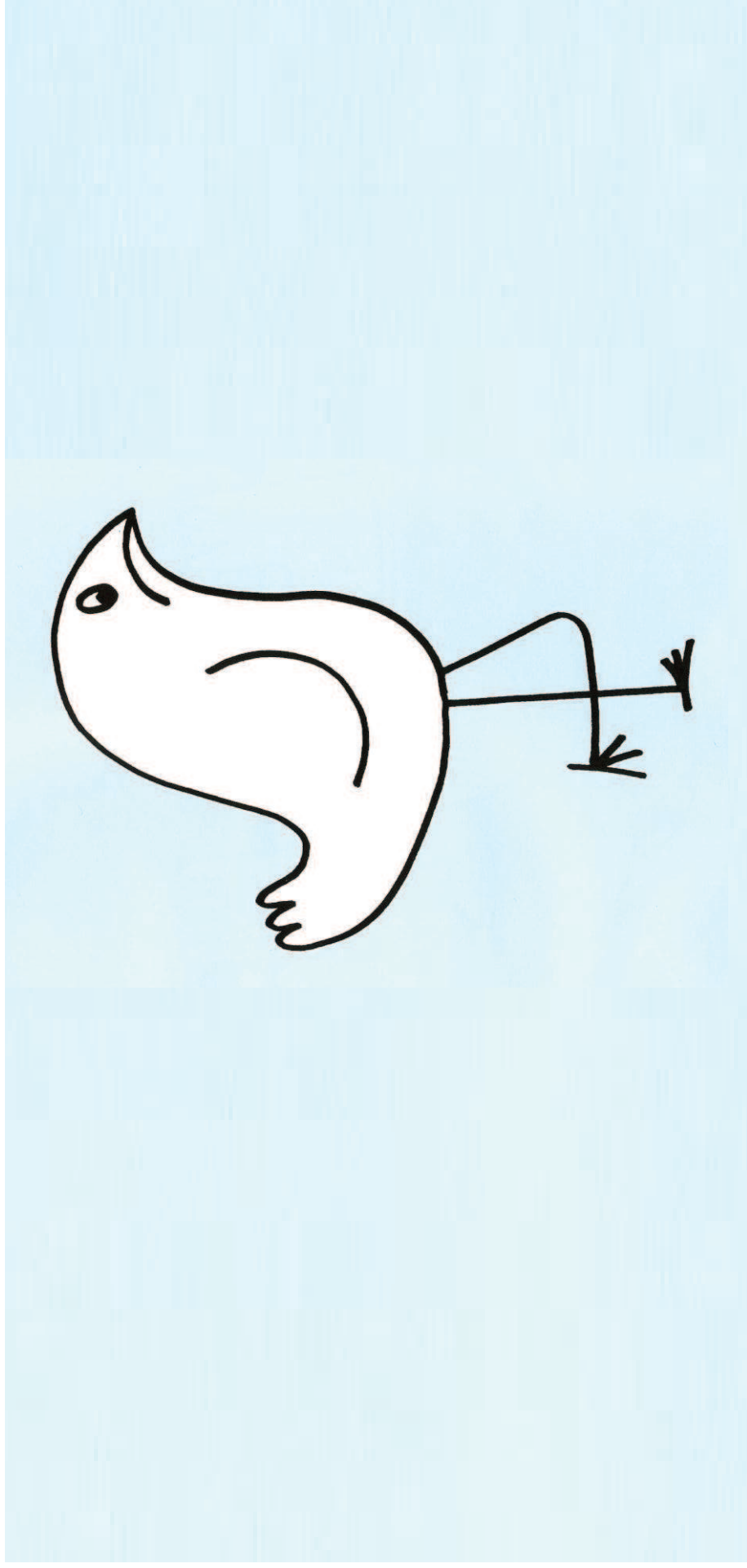
Todos somos diferentes, porque o nosso Pássaro da Alma também é diferente.



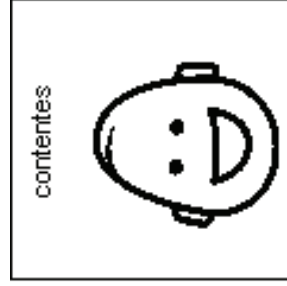
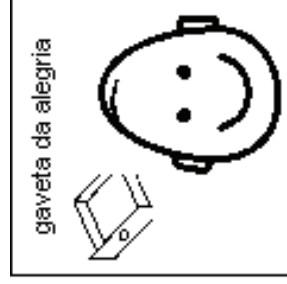
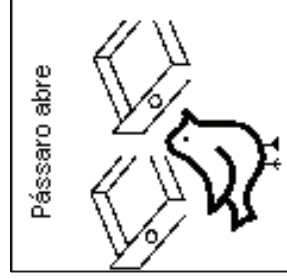
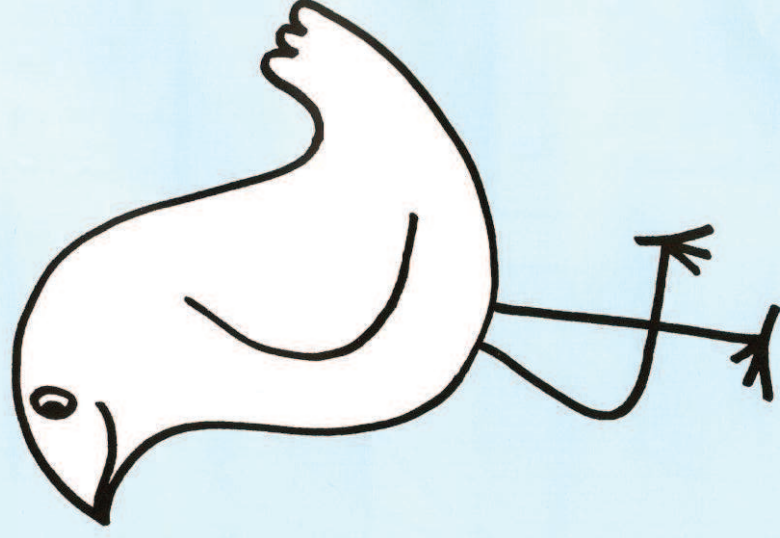
Se o pássaro abre a gaveta da ódio, nós ficamos muito zangados.



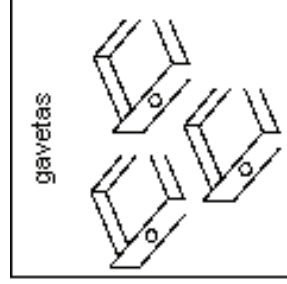
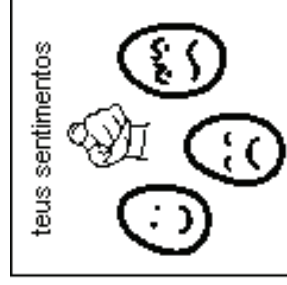
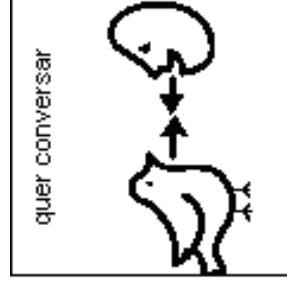
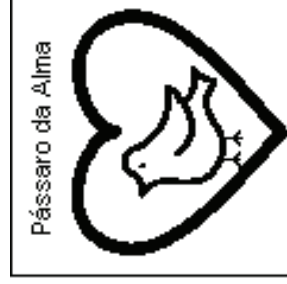
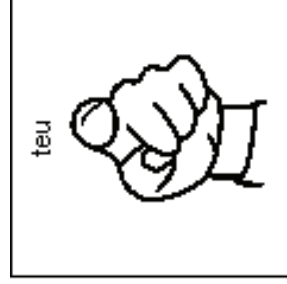
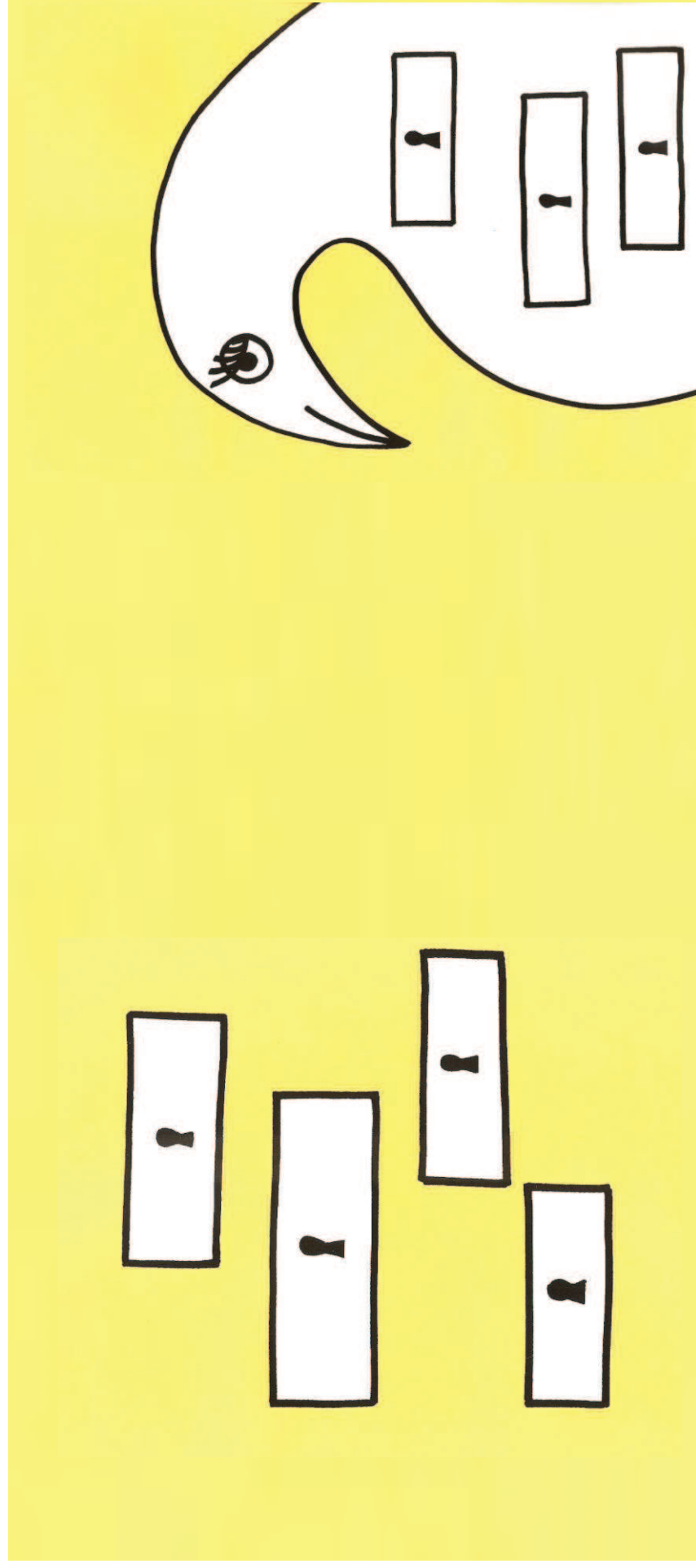
Se o pássaro abre a gaveta da tristeza, nós ficamos tristes.



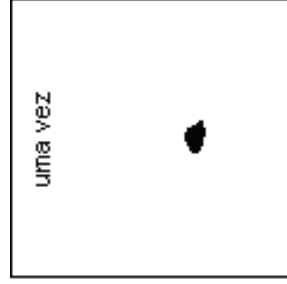
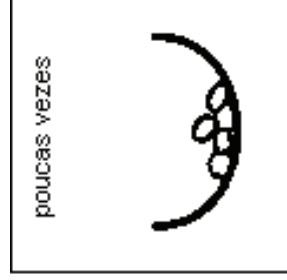
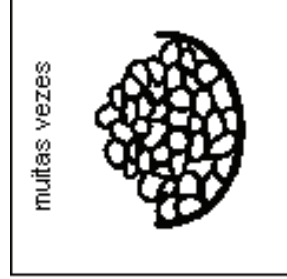
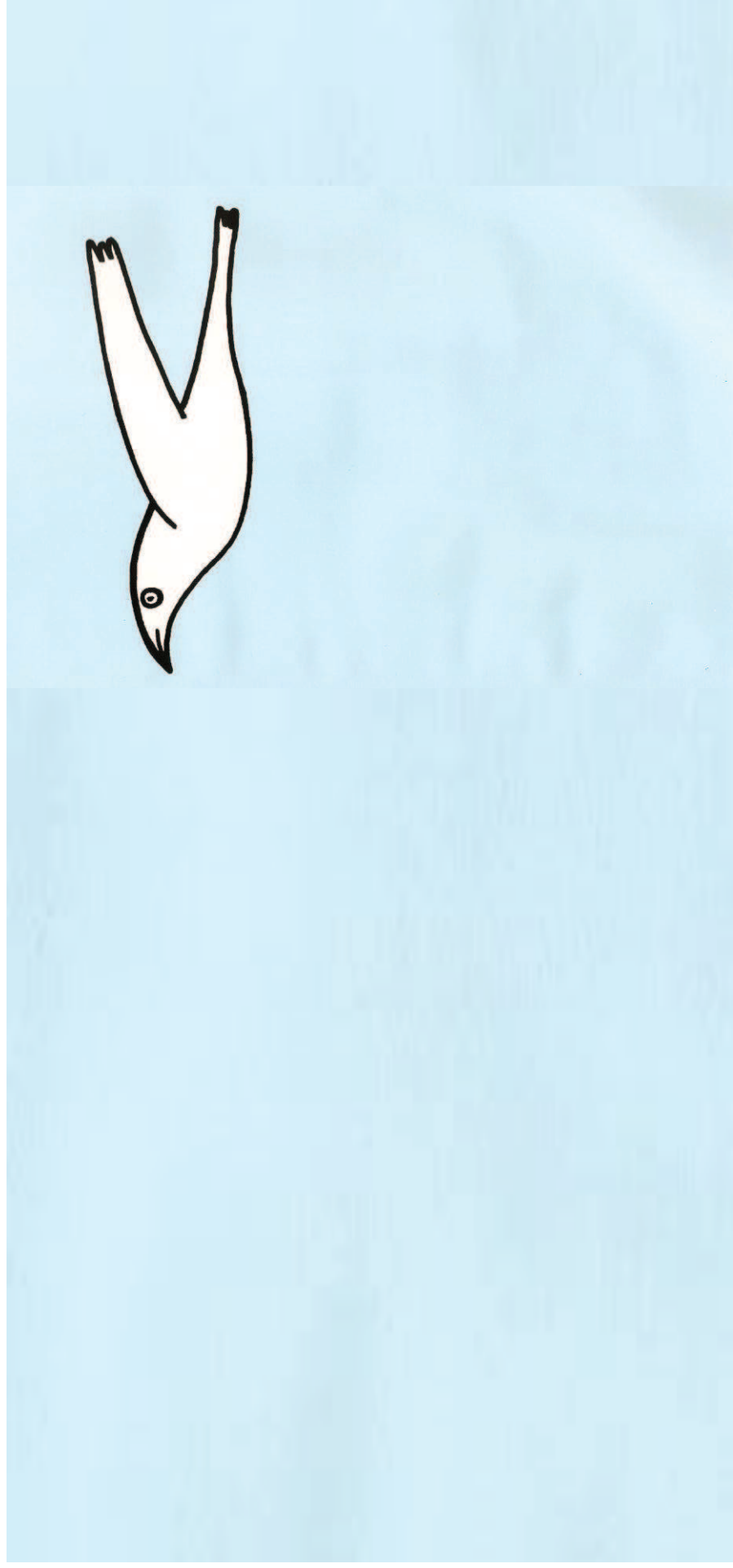
Se o pássaro abre a gaveta da alegria, nós ficamos contentes.



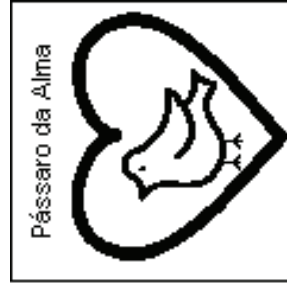
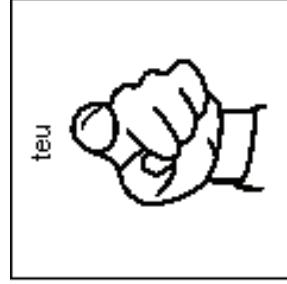
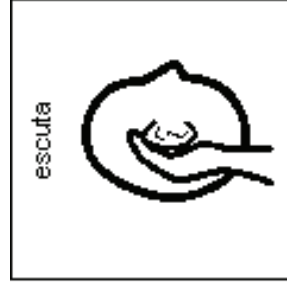
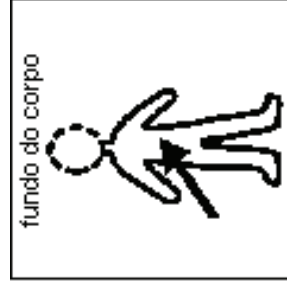
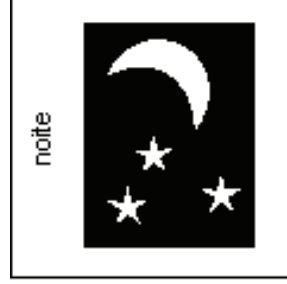
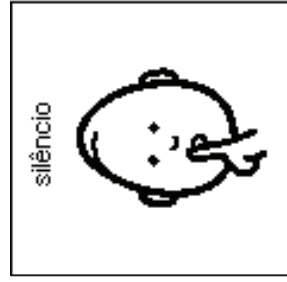
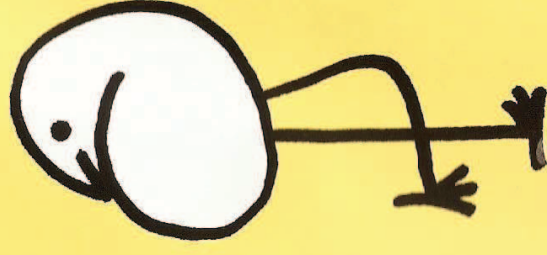
Escuta o teu Pássaro da Alma. Ele quer conversar sobre os teus sentimentos guardados nas gavetas.



Nós podemos ouvi-lo muitas vezes, poucas vezes, ou apenas uma vez na vida.



Durante o silêncio da noite, lá no fundo do teu corpo, ouve o teu Pássaro da Alma.



Livro original: O PASSÁRO DA ALMA

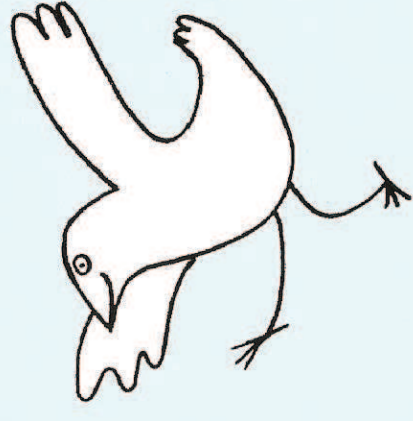
Autora: Michal Snunit

Adaptação: Angélica Rosado, Inês Teixeira e Mariana Matos

SPC - Símbolos pictográficos para a comunicação

Anditec 2003

Curso de Comunicação Aumentativa Julho 2007



# **ANEXO XIX**

---

**Planeamento e Fundamentação da Sessão**

## **PROGRAMAÇÃO DA SESSÃO**

### ***Fundamentação:***

Falar da deficiência mental constitui um desafio constante a todos os profissionais que trabalham na área.

Sensibilizar a comunidade em geral e preferencial a escolar, apelar às crianças para os direitos das pessoas portadores de doença mental, o respeito pela diferença deve ser uma prioridade de intervenção.

### ***Objectivos:***

- Saber que há pessoas com doença mental e saudáveis;
- Respeitar a pessoa portadora de doença mental;

### ***Destinatários:***

Alunos do segundo ano da Escola Primária

Metodologia de Formação

- Expositivo;
- Interrogativo;
- Utilização de meios áudio-visuais.

### ***Horário***

Data: 30 de Novembro de 2010

### ***Formador:***

Enf.<sup>a</sup> Elvira Ferreira

### ***Meios:***

- Sala de Aula
- Datashow e computador

### ***Resultados:***

- Desmitificar a doença mental;
- Sensibilizar a comunidade escolar para a temática.

## ***Planificação da Sessão:***

### **Introdução – 5 minutos**

- Apresentação;
- Fundamentação do tema;
- Definição de Objectivos e motivação.

### **Desenvolvimento – 20 minutos**

- Apresentação de powerpoint “Pássaro da Alma”

### **Conclusão – 5 minutos**

- Resumo global;
- Esclarecimentos;
- Encerramento

Encerramento da sessão com lanche convívio.

# **ANEXO XX**

---

**Fotografia alusiva ao cantar das Janeiras**



# **ANEXO XXI**

---

**Poster – “Quedas em Psiquiatria”**

# II CONGRESSO INTERNACIONAL DA SPESM

## QUEDAS EM PSIQUIATRIA

**AUTORES** – Carmen Martins\* Elvira Ferreira\* Leonel Fernandes\*  
\* Enfermeiros Centro Hospitalar do Alto Ave



Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE



### METODOLOGIA

**Amostra:** Universo de utentes admitidos no DPSM (Internamento de Agudos) do CHAA (Centro Hospitalar do Alto Ave) no período compreendido entre 2010/03/15 a 2010/06/15

Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
19 – 44,2%	24 – 55,2%	43 – 100%

**Palavras-chave:**  
Quedas;  
Escalas;  
Psiquiatria;  
Avaliar.

### OBJECTIVOS

- \* Avaliar comparando a aplicabilidade dos instrumentos seleccionados
- \* Promover a segurança dos doentes internados;
- \* Identificar factores de risco (intrínsecos e/ou extrínsecos) potencialmente modificáveis;
- \* Aprofundar a temática de forma a perceber a importância da Reabilitação do Equilíbrio, na prevenção do risco de queda

**Critério de exclusão:** não concordância dos utentes em participar no estudo (situação não verificada).

### RESUMO

A prevalência de quedas, as consequências individuais, institucionais e financeiras das mesmas e a falta de um instrumento específico que permita avaliar eficazmente o risco de queda de um utente internado no DPSM do CHAA despertou o interesse para esta temática.

Muitas ferramentas de avaliação destes riscos estão disponíveis na literatura e muitas instituições utilizam-nas e/ou adaptam-nas de forma a torná-las mais abrangentes. Porém na população dos utentes de Psiquiatria verificam-se várias lacunas devido a multifactorialidade de riscos a que estão sujeitos.

Das escalas s mais utilizados seleccionamos:

- Time Up and Go Test (TUG)
- Escala de Equilíbrio de Berg
- Escala de Equilíbrio e Mobilidade de Tinetti
- Escala de Queda de Morse

Com este estudo pretendemos obter informação e avaliar com maior precisão o risco de queda num doente psiquiátrico

### CONCLUSÕES

Com a análise dos resultados verificámos que: Em muitos casos há discrepância no risco de queda atribuído pelas várias escalas ao mesmo doente.

Os vários instrumentos completam-se, mas não avaliam a totalidade de factores intrínsecos e extrínsecos do utente alvo de terapêutica sedativa, que profove um aumento do risco de queda e uma diminuição de reflexos para a defesa da mesma.

É urgente desenvolver um instrumento de avaliação específico para o Internamento de Psiquiatria que permita a correcta identificação de um utente com risco de queda e a elaboração de um plano de cuidados que vise minimizar os factores de risco específicos e programar estratégias de actuação interdisciplinares mais eficazes.

Ao longo deste período tivemos oportunidade de enriquecer o nosso conhecimento sobre esta problemática e apercebemo-nos que as escalas existentes não se encontram direccionadas para os deficits físicos do indivíduo.

Pretende-se alertar para a problemática nas equipas de saúde mental, de maneira que se cumpra o objectivo da OMS que preconiza que as estratégias de prevenção das quedas sejam abrangentes e multifacetadas e enfatizem a educação, formação, criação de ambientes mais seguros, dando prioridade à investigação relacionada com a queda e a definição de políticas eficazes para reduzir o risco.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERG K, WOOD-DAUPHINEE S, WILLIAMS JI: The Balance Scale: Reliability assessment for elderly residents and patients with an acute stroke. Scand J Rehab Med 7:27-36, 1995.
- BODACHNE, L. Instabilidade e Quedas no Idoso. Revista de fisioterapia. v. 1, p. 43-55, abr/set, 1991.
- CHANDLER, J. M. Equilíbrio e quedas no idoso: questões sobre a avaliação e o tratamento. In: GUCCIONE, A.A. Fisioterapia Geriátrica. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 265-77.
- FORCIEA, M.A.; LAVIZZO-MOUREY, R. Segredos em Geriatria: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- GUCCIONE, A. A. Fisioterapia Geriátrica. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. The Timed Up and Go: A Test of Basic Mobility for Frail Persons. Journal American Geriatric Society, v. 39, p. 142-148, 1991.
- TINETTI, M.E. Prevention of falls and fall injuries in elderly persons: A research agenda. Preventive Medicine, p. 756-762, 1994.

# **ANEXO XXII**

---

**Artigo Científico – “Quedas em Psiquiatria”**

**Título:** Como avaliar Quedas em Psiquiatria?

**Primeiro autor** (Leonel Fernandes, Enfermeiro, Centro Hospitalar do Alto Ave – Unidade Guimarães, [leocroc@gmail.com](mailto:leocroc@gmail.com))

**Segundo autor** (Elvira Ferreira, Enfermeira Graduada, Centro Hospitalar do Alto Ave – Unidade Guimarães, [elviramanu.ferreira@sapo.pt](mailto:elviramanu.ferreira@sapo.pt))

**Terceiro autor** (Carmen Martins, Enfermeira Graduada, Centro Hospitalar do Alto Ave – Unidade Guimarães e [carmenlucia@portugalmail.com](mailto:carmenlucia@portugalmail.com))

**Resumo:**

A prevalência de quedas, as consequências individuais, institucionais e financeiras das mesmas e a falta de um instrumento específico que permita avaliar eficazmente o risco de queda de um utente internado no DPSM do CHAA despertou o interesse para esta temática.

Muitas ferramentas de avaliação destes riscos estão disponíveis na literatura e muitas instituições utilizam-nas e/ou adaptam-nas de forma a torná-las mais abrangentes. Porém na população dos utentes de Psiquiatria verificam-se várias lacunas devido a multifactoriedade de riscos a que estão sujeitos.

Vários testes foram desenvolvidos com o objectivo de medir funcionalmente o equilíbrio e estabelecer parâmetros para identificação de utentes com maior susceptibilidade de queda, dos mais utilizados seleccionamos:

- Time Up and Go Test (TUG)
- Escala de Equilíbrio de Berg
- Escala de Equilíbrio e Mobilidade de Tinetti
- Escala de Queda de Morse

Com este estudo pretende-se avaliar e comparar a aplicabilidade destes instrumentos e através dos resultados obtidos seleccionar o mais adequado para aplicar num DPSM ou desenvolver com a informação recolhida um instrumento de avaliação específico para o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHAA.

**Palavras-chave:** Quedas; Escalas; Psiquiatria; Avaliar

## 1. INTRODUÇÃO

A prevalência de quedas, as consequências individuais, institucionais e financeiras das mesmas e a ausência de um instrumento específico para avaliar o risco de queda no Internamento de Saúde Mental despertou o interesse do grupo para esta temática. A Organização Mundial da Saúde (OMS) chama a atenção para o facto de as quedas serem a segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional em todo o mundo, logo após os acidentes rodoviários.

Muitas ferramentas estão disponíveis na literatura e muitas instituições utilizam-nas e/ou adaptam-nas para torná-las mais abrangentes. Porém na população dos utentes de Psiquiatria verificam-se várias lacunas devido a multifactoriedade de riscos a que estão sujeitos.

Os factores de risco, segundo FORCIEA e LAVIZZO-MOUREY (1998), podem ser agrupados em factores intrínsecos e extrínsecos. Factores intrínsecos são aquelas características inerentes ao indivíduo: doenças crónicas, alterações físicas e mentais, idade, problemas agudos de saúde ou exacerbações de doenças e os efeitos concomitantes do uso de medicamentos (FORCIEA e LAVIZZO-MOUREY, 1998). Os factores extrínsecos incluem perigos ambientais e relacionados às actividades: superfície deslizante, tapetes soltos, iluminação deficiente, obstáculos (CHANDLER, 2002). A probabilidade de queda aumenta à medida que se acumulam os factores de risco (GUCCIONE, 2000)

Com este estudo pretende-se avaliar e comparar a aplicabilidade de quatro instrumentos desenvolvidos com o objectivo de medir funcionalmente o equilíbrio, a mobilidade e estabelecer parâmetros para identificação de utentes com maior susceptibilidade de queda. A sua selecção teve por base a consulta bibliográfica efectuada e fiabilidade reconhecida pela literatura.

#### - Time Up and Go Test

Proposto por Podsiadlo e Richardson, no ano de 1991, o teste Timed Get Up and Go (TUG) avalia o equilíbrio sentado, transferências de sentado para a posição em pé, estabilidade na deambulação e mudanças do curso da marcha sem utilizar estratégias compensatórias. É um teste simples no qual o paciente é solicitado a levantar-se de uma cadeira (a partir da posição encostada), deambular uma distância de 3m, virar-se, retornar no mesmo percurso e assentar-se na cadeira novamente (com as costas apoiadas no encosto).

Os indivíduos adultos independentes e sem alterações no equilíbrio, realizam o teste em 10 segundos ou menos; os que são dependentes em transferências básicas, realizam o teste em 20 segundos ou menos e os que necessitam mais de 20 segundos para realizar o teste são dependentes em muitas actividades da vida diária e na mobilidade, esse último valor indica a necessidade de intervenção adequada.

#### - Escala de Equilíbrio de Berg

A Escala do Equilíbrio de Berg foi proposta por Berg et al. em 1989, e avalia o equilíbrio do indivíduo em 14 situações, representativas de actividades do dia a dia, tais como: ficar de pé, levantar-se, andar, inclinar-se à frente, transferir-se, virar-se, dentre outras. A pontuação máxima a ser alcançada é de 56 pontos e cada item possui uma escala ordinal de cinco alternativas variando de 0 a 4 pontos, de acordo com o grau de dificuldade. A escala do equilíbrio de BERG é largamente utilizada em pesquisas científicas, sendo direccionada a idosos, que vivem institucionalizados ou na comunidade, e a pacientes com diversos tipos de incapacidades independentemente da idade, tais como AVC (Acidente Vascular Cerebral), Esclerose Múltipla, Artrite Reumatóide, Doença de Parkinson e Desordens Vestibulares. A escala foi desenvolvida para atender a várias propostas na prática clínica e em pesquisas: monitorizar o estado do equilíbrio do paciente, o curso de uma doença, prevenir

quedas, seleccionar pacientes aptos ao processo de reabilitação e a resposta do paciente ao tratamento.

#### - Escala de Equilíbrio e Mobilidade de Tinetti

A Avaliação da Marcha e Equilíbrio Orientada pelo Desempenho (POMA) foi criada em 1986, por Tinetti, como parte de um protocolo que objectivava a detecção de factores de risco de quedas em indivíduos idosos, com base no número de incapacidades crónicas. O protocolo é dividido em duas partes: uma mede o equilíbrio através de uma avaliação com três níveis de respostas qualitativas, e a outra parte avalia a marcha com dois níveis de respostas. A porção que avalia o equilíbrio consiste em manobras que são realizadas durante as actividades da vida diária (sentar e ficar em pé, giro em torno do próprio eixo-360°, alcançar um objecto numa prateleira alta, ficar numa perna só, pegar um objecto do chão e etc). O escore total bruto pode ser interpretado qualitativamente como normal, adaptativo e anormal (equivalendo a 3, 2 e 1 pontos respectivamente). A escala do equilíbrio possui um total de 16 pontos. Tinetti, et al. mostraram que escores baixos eram sinalizadores de quedas recorrentes.

#### - Escala de Queda de Morse

1. Antecedentes de Queda (últimos 3 meses)	25
2. Diagnóstico secundário	15
3. Ajuda na deambulação	
a) Nenhuma; Repouso absoluto; Acamado; Cadeira Rodas; Assistência de terceiros	0
b) Bengala; Canadianas; Andarilho	15
c) Apoia-se nos móveis	30
4. Medicação intravenosa	20
5. Marcha:	
a) Normal; repouso absoluto; imobilizado	0
b) Pouco seguro; cambaleante; trémulo; dificuldade no equilíbrio	10
c) Comprometida	20
6. Estado mental	
a) Orientado; Consciente das suas limitações	0
b) Desorientado; Não consciente das suas limitações	15

## 2. METODOLOGIA

2.1. A amostra foi constituída pelo universo de utentes admitidos no DPSM, Internamento de Agudos, CHAA, EPE no período compreendido entre 2010/03/15 a 2010/06/15.

2.2. Os testes foram aplicados a 43 utentes no momento da sua admissão. Destes, 19 do sexo masculino (44,2%) e 24 (55,2%) do sexo feminino. Único critério de exclusão foi a não concordância dos utentes em participar no estudo (situação não verificada).

### 3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

IDADE	SEXO	RISCO ESCALA TINETTI	RISCO ESCALA MORSE	RISCO ESCALA UPeGO	RISCO ESCALA BERG	OBSERVAÇÕES
56	Masc	M	M	M	M	
47	Fem	B	B	M	M	
47	Fem	M	B	B	M	
49	Masc	B	B	B	M	Teve 1 Queda
54	Fem	B	B	B	B	
43	Fem	B	B	B	B	
47	Masc	B	B	B	M	
60	Fem	B	B	B	B	Teve 1 Queda
21	Masc	B	B	B	B	
49	Fem	B	B	B	B	
57	Fem	A	A	A	A	
66	Masc	A	A	A	A	
45	Fem	B	B	B	B	
46	Masc	B	B	B	B	
26	Masc	A	M	NP	A	
48	Masc	B	B	B	M	
39	Fem	B	B	B	M	
42	Fem	B	M	B	M	
25	Fem	B	M	B	M	
48	Masc	M	M	A	A	
37	Fem	B	B	B	M	
49	Masc	M	B	B	M	
46	Fem	B	M	B	M	
49	Fem	B	B	B	B	
40	Fem	B	M	B	M	
51	Masc	B	M	M	M	

IDADE	SEXO	RISCO ESCALA TINETTI	RISCO ESCALA MORSE	RISCO ESCALA UPeGO	RISCO ESCALA BERG	OBSERVAÇÕES
42	Fem	B	B	B	B	
69	Masc	A	M	A	A	
46	Masc	A	A	A	A	
25	Fem	B	B	B	B	
49	Masc	B	B	B	B	
25	Masc	B	B	B	B	
42	Fem	A	A	M	A	
40	Fem	B	B	B	M	
59	Fem	M	M	M	M	
63	Fem	A	M	A	A	
41	Fem	B	B	B	M	
34	Masc	A	B	M	A	
36	Masc	M	B	M	M	
43	Fem	B	B	B	B	
57	Masc	A	A	A	A	
43	Masc	M	B	M	M	
39	Masc	M	B	B	M	
40	Fem	M	B	B	M	
40	Fem	B	B	B	M	Teve 1 Queda

A idade encontra-se avaliada em anos, o sexo Masc- masculino e Fem-feminino , na atribuição do risco corresponde B-baixo, M-médio, A-alto em observações registou-se os utentes que tiveram queda durante o internamento.

#### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Através da análise dos resultados podemos concluir que nem sempre no mesmo utente há concordância no risco de queda das várias escalas. Os vários instrumentos aplicados completam-se, mas não contem parâmetros que avaliem a totalidade de factores intrínsecos e extrínsecos relacionados para questões do utente alvo de terapêutica sedativa, que promove um aumento do risco de queda e uma diminuição de reflexos para a defesa da mesma. Podemos concluir que é urgente desenvolver um instrumento de avaliação específico para o Internamento de Psiquiatria que permita a correcta identificação de um utente com risco de queda e a elaboração de um plano de

cuidados que vise minimizar os factores de risco específicos e programar estratégias de actuação interdisciplinares mais eficazes. De acordo com a OMS, as estratégias de prevenção das quedas devem ser abrangentes e multifacetadas e enfatizar a educação, formação, criação de ambientes mais seguros, dando prioridade à investigação relacionada com a queda e a definição de políticas eficazes para reduzir o risco.

## **5. CONCLUSÕES**

Ao longo deste período teve-se oportunidade de enriquecer o nosso conhecimento relativamente á problemática das quedas nos utentes, com a pesquisa bibliográfica verificou-se que é a segunda causa de morte por acidente. Também com a elaboração deste trabalho tivemos a oportunidade de nos aperceber que as escalas existentes se encontram direccionadas para os deficits físicos do indivíduo.

As várias escalas quando aplicadas ao mesmo indivíduo revelam disparidade de resultados relativamente ao risco de queda. Pretende-se alertar para a problemática nas equipas de saúde mental, de maneira que se cumpra o objectivo da OMS relativamente ás causas das quedas e forma da sua prevenção.

## **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BERG K, WOOD-DAUPHINEE S, WILLIAMS JI: The Balance Scale: Reliability assessment for elderly residents and patients with an acute stroke. *Scand J Rehab Med* 7:27-36, 1995.

BODACHNE, L. Instabilidade e Quedas no Idoso. *Revista de fisioterapia*. v. 1, p. 43-55, abr/set, 1991.

CHANDLER, J. M. Equilíbrio e quedas no idoso: questões sobre a avaliação e o tratamento. In: GUCCIONE, A.A. *Fisioterapia Geriátrica*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 265-77.

FORCIEA, M.A.; LAVIZZO-MOUREY, R. Segredos em Geriatria: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GUCCIONE, A. A. *Fisioterapia Geriátrica*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. The Timed Up and Go: A Test of Basic Mobility for Frail Persons. *Jornal American Geriatric Society*, v. 39, p. 142-148, 1991.

TINETTI, M.E. Prevention of falls and fall injuries in elderly persons: A research agenda. *Preventive Medicine*, p. 756-762, 1994.

# **ANEXO XXIII**

---

**Poster – “Ética no Cuidar”**

# ÉTICA DO CUIDAR

## II CONGRESSO INTERNACIONAL DA SPESM



Autores: Carvalhosa, Osvaldo; Ferreira, Elvira; Freitas, Diana; Lopes, Sandra; Martins, Alexandrina; Martins, Joana; Mendes, Rodrigo; Negrões, Carla; Teixeira, Susana; Vale, Lucília;

### Objectivos

- Sensibilizar os profissionais de enfermagem para a ética do cuidar
- Incentivar à sua prática com vista a melhoria dos cuidados

### Metodologia

- Método Qualitativo, baseado em pesquisa bibliográfica.

### Introdução

A ética do cuidar, é uma ética de compaixão, porque o sofrimento do outro torna-se um apelo mais forte que a justiça deontológica. É uma ética da diferença, pois para além de acolher a humanidade comum a todos os humanos, desce a cada rosto e personaliza a acção do cuidar.

Sob esta perspectiva os autores pretendem dar a conhecer aos profissionais de saúde uma visão ética do cuidar.

Cuidar é conhecer, aceitar, integrar, expressar e defender a diferença. Não reconheceríamos a dignidade do ser humano na sua globalidade, se paralelamente não reconhecêssemos a sua diferença e unicidade.

A ética do cuidar não é simplesmente uma questão de protecção paternalista dos incapazes. Ela emerge da responsabilidade e da ética da fragilidade porque a acção de cuidar ou acompanhar a pessoa implica responsabilidade, tem um carácter ético, além de antropológico, social ou psicológico.

A responsabilidade frente ao ser humano necessitado ou em sofrimento, não é uma escolha volitiva, mas uma atitude que brota do interior do coração humano.

A arte de cuidar situa-nos, simultaneamente diante das experiências limite da doença, da exclusão social, do sofrimento do outro e frequentemente confrontam-nos com a nossa própria fragilidade e contingência como profissionais. Se cuidar a pessoa humana, é humanizar a sua realidade, ou seja, torná-la digna do homem, a sua tradução prática envolve o uso da razão e da relação como instrumento terapêutica ao serviço da pessoa.

Cuidar de uma pessoa não consiste em cuidar dos seus órgãos, mas cuidá-la na sua integridade, cuidá-la na sua completa totalidade e isso supõe um esforço e uma mudança de paradigma. É passar do fragmente à totalidade. Cuidar implica empenho em evitar o sofrimento inútil e acompanhar esta circunstância da sua vida. Neste sentido, o exercício de cuidar requer conhecimento do universo pessoal e de suas múltiplas dimensões e uma relação entre profissional e doente de carácter empático e compassiva.

### Conclusão

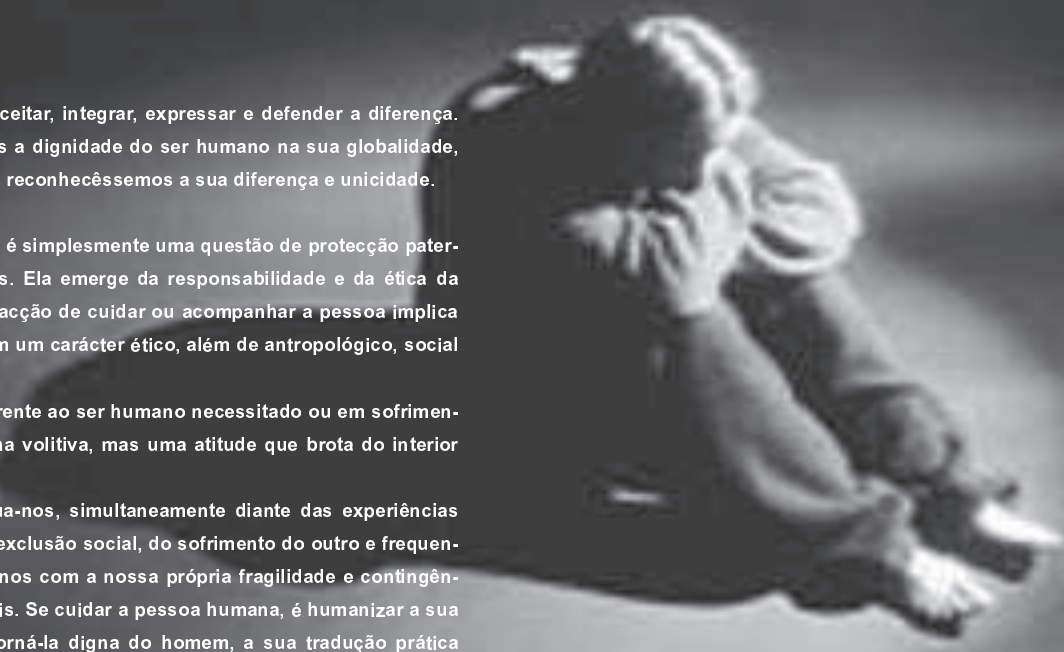
A ética do cuidar é um caminho de realização de todos os profissionais de saúde. É a disposição interior para deixar-se tocar pelo outro vulnerável que reclama a nossa solidariedade e entrega. Trata-se não só de cuidar de pessoas, mas de cuidá-las bem. Isto só é possível, se o nosso agir for embebido de compreensão acolhedora, competência humanizada, atenção holística e adequada a cada caso individual, a cada situação existencial de cada doente.

A arte de cuidar é então um caminho de dignificação para quem cuida e para quem é cuidado. É o processo humano e profissional que permanece quando a cura já não se vislumbra. É a via geradora de plenitude de sentido e de vida para o desenvolvimento da qualidade profissional.

### Bibliografia

BARBERO, Javier – La ética del cuidado. In GAFO, Javier; AMOR, José – Deficiencia mental y final de la vida: dilemas éticos de la deficiencia mental, 4. Madrid: Universidade Pontificia de Comillas, 2000, p. 135.

TORRALBA, Francesc – Lo ineludiblemente humano: hacia una fundamentación de la ética del cuidar. In L. Hospitalarias. 1999 (253:3) 133.



# **ANEXO XXIV**

---

**Artigo Científico – “Ética no Cuidar”**

## **Ética no Cuidar**

**Autores:** Carvalhosa, Osvaldo; Ferreira, Elvira; Freitas, Diana; Lopes, Sandra; Martins, Alexandrina; Martins, Joana; Mendes, Rodrigo; Negrões, Carla; Teixeira, Susana; Vale, Lucília

**Local de Trabalho:** Casa de Saúde do Bom Jesus – Braga

Email de contacto: diana.freitas.enf@gmail.com

**Palavras-chave:** **Ética; Cuidar; Solicitude; Princípios**

### **Resumo**

Cuidar é conhecer, aceitar, integrar, expressar e defender a diferença. Não reconheceríamos a dignidade do ser humano na sua globalidade, se paralelamente não reconhecêssemos a sua diferença e unicidade.

A ética do cuidar não é simplesmente uma questão de protecção paternalista dos incapazes. Ela emerge da responsabilidade e da ética da fragilidade porque a acção de cuidar ou acompanhar a pessoa implica responsabilidade, tem um carácter ético, além de antropológico, social ou psicológico. A responsabilidade frente ao ser humano necessitado ou em sofrimento, não é uma escolha volitiva, mas uma atitude que brota do interior do coração humano.

A arte de cuidar situa-nos, simultaneamente diante das experiências limite da doença, da exclusão social, do sofrimento do outro e frequentemente confrontam-nos com a nossa própria fragilidade e contingência como profissionais. Se cuidar a pessoa humana, é humanizar a sua realidade, ou seja, torná-la digna do homem, a sua tradução prática envolve o uso da razão e da relação como instrumento terapêutica ao serviço da pessoa.

Cuidar implica empenho em evitar o sofrimento inútil e acompanhar esta circunstância da sua vida. Neste sentido, o exercício de cuidar requer conhecimento do universo pessoal e de suas múltiplas dimensões e uma relação entre profissional e doente de carácter empático e compassiva.

## **Introdução**

A ética do cuidar, é uma ética de compaixão, porque o sofrimento do outro torna-se um apelo mais forte que a justiça deontológica. É uma ética da diferença, pois para além de acolher a humanidade comum a todos os humanos, desce a cada rosto e personaliza a acção do cuidar.

Sob esta perspectiva os autores pretendem dar a conhecer aos profissionais de saúde uma visão ética do cuidar.

O presente trabalho desenvolveu-se segundo um método qualitativo baseado em revisão bibliográfica.

## **Ética no Cuidar**

O cuidar constitui uma actividade quotidiana e torna-se ineludivelmente necessária para a subsistência do género humano. Enquanto acção humana, já é por si mesma uma acção moral, pois o seu fim é o bem do outro (princípio da beneficência). No entanto, nem toda a forma de desenvolver esta actividade pode qualificar-se igualmente de moral.

Segundo, F. Torralba, a tarefa de cuidar outro ser humano vulnerável deve ser contemplada em si mesma, como uma acção positiva, mas, não poucas vezes, o modo de desenvolver esta acção, pode incorrer em formas de paternalismo visível ou invisível, onde a liberdade do outro é posta em causa (TORRALBA, 1999).

Precisamente, porque o ser humano é, na sua mais radical profundidade, um ser inacabado, um ser no mundo em construção, finito e em permanente busca do sentido pleno da sua existência, a tarefa de cuidar constitui uma exigência e desafio éticos. Desde sempre o ser humano teve na sua conduta uma preocupação e solicitude pelo outro, sobretudo quando este se encontra em situação de grande vulnerabilidade. Podemos dizer assim, que o desafio do cuidar é ajudar, possibilitar ou promover a reconstituição da totalidade da pessoa, do que é, do que já foi ou do que será.

Cuidar de uma pessoa não consiste em cuidar dos seus órgãos, mas cuidá-la na sua integridade, cuidá-la na sua completa totalidade e isso supõe um esforço e uma mudança de paradigma. É passar do fragmento à totalidade (TORRALBA, 1999). Cuidar o outro é assumi-lo como ser singular e único na totalidade da sua história. Na acção de cuidar um ser humano produz-se um encontro entre dois universos pessoais, entre dois mundos livres, entre duas consciências, entre dois destinos singulares na história.

Cuidar é assistir um ser humano que sofre uma desestruturação global do seu ser pela doença. Cuidar e curar devem ser compreendidos segundo F. Torralba, não como processos paralelos, mas como complementares. Uma concepção holística de saúde impõe necessariamente um acompanhamento integral do doente, isto é, cuidar o doente desde a sua globalidade. A arte de cuidar é assim, um diálogo e um encontro de presenças frágeis, onde as palavras são desnecessárias e o silêncio emerge na busca de sentido existencial (TORRALBA, 1999).

Na ética do cuidar o princípio da beneficência traduz-se numa *praxis* cujo fim é evitar o sofrimento do doente em todos os níveis antropológicos (somático, social, psicológico e espiritual). Cuidar implica empenho em evitar o sofrimento inútil e acompanhar o doente a enfrentar esta circunstância da sua vida. Neste sentido, o exercício de cuidar requer conhecimento do universo pessoal e de suas múltiplas dimensões e uma relação entre profissional e doente de carácter empático e compassivo.

### **A Solicitudude no cuidar**

Para Michel Renaud, a solicitudude, a atitude que pertence ao cuidar, tem um “*limite interior e superior; limite inferior porque não se fala de solicitudude de mim para comigo*”(RENAUD, 1997) mas sim de uma abertura ao outro tal como ele se nos apresenta e um “*limite superior*” porque é uma relação intensa e particular. Esta solicitudude, que pressupõe uma saída de egoísmo, abrindo-se ao outro como pessoa, tem por base valores éticos considerados fundamentais no encontro com o outro, tais como: respeito e autenticidade. Assim, a solicitudude reporta-se à qualidade do enfermeiro ser uma pessoa solícita, cuidadosa, carinhosa e responsável no encontro do eu com o seu próximo.

A solicitudude pode trazer-me outro conceito, o conceito da vulnerabilidade, que lhe está associada. Assim, é vulnerável aquele que é afectado pela doença, aquele que está fraco. Segundo Michel Renaud (1997), quanto maior for a minha preocupação pela dor e pelo sofrimento do rosto que me interpela. Nesta perspectiva, ser solícito é uma riqueza ética que me vai tornar vulnerável. E, permanecer numa atitude de cuidado é aceitar o outro e aceitar a vulnerabilidade que está associada a esse cuidado, pois quanto maior é o amor, maior é a vulnerabilidade do eu e maior a possibilidade de ser afectado pelo outro.

A vulnerabilidade que acompanha a pessoa humana desde o nascer até ao morrer torna-se um apelo a uma ética de cuidado. Em nosso entender, o cuidar reflecte a

preocupação central pelo outro frágil e significa uma resposta autêntica ao apelo do seu bem global. A pessoa doente responsabiliza-nos por ela mesma, pelo que fazemos, pelo que omitimos de fazer, pelo que acreditamos que é capaz, mas sobretudo, pelo que somos para ela em cada dia da sua existência.

A vulnerabilidade humana inerente ao «ser-no-mundo» fundamentada na dimensão relacional é um apelo à reciprocidade. Todo o amor que se recebe de outrem inclui em si mesmo um compromisso pelo outro. É na resposta ao amor e aos apelos que o ser necessitado lhe dirige, que a pessoa se desenvolve verdadeiramente a si mesma e chega à maturidade da sua existência humana. É escutando e acolhendo a necessidade do outro que o ser humano se converte no que é, uma «obra-prima de reconhecimento e de promoção do outro» (RENAUD, 1997).

A solicitude em aliviar o sofrimento emerge não no querer ajudar mas no imperativo ético de ser solicitado pelo outro a partir do mal que se apoderou dele. Lévinas nas suas obras afirma que sou responsável pelo sofrimento do outro. Sair de mim é ocupar-me do outro, do seu sofrimento. Ainda para Lévinas, é aqui que se dá o essencial da minha humanidade, da minha solicitude onde se insere a minha fidelidade. Para concluir transcrevo a definição de solicitude, com a qual concordo, da Manuela Cardoso em que afirma que *“ser solícito é respeitar a minha liberdade e a do outro, é estar atento, disponível, é ser tolerante mas não passivo”*(CARDOSO, 1997). É por isso que, no meu dia-a-dia, fico susceptível e atenta a outro, percebendo o dever e obrigação profissional que tenho para com ele ajudando-o no que ele necessitar.

### **Princípios da ética do cuidar**

Se a Bioética, etimologicamente, é a ética aplicada à vida e, se por outro lado, a ética do cuidar, se refere directamente ao exercício de cuidar, estamos diante de duas realidades que têm muito em comum. O exercício de cuidar é requisito indispensável para o desenvolvimento, o crescimento e maturidade de qualquer vida humana. O processo de nascer, de crescer e de morrer são eventos da vida humana e requerem a arte de cuidar para serem vividos com dignidade.

Existem alguns princípios próprios da ética de cuidar que importa salientar na nossa reflexão.

Um primeiro princípio fundamental da ética do cuidar é a prática do **acolhimento**. O acolhimento do outro, do outro-doente, do outro-vulnerável constitui o axioma central

da ética do cuidar. Antes de tudo, sou responsável pelo outro e devo acolhê-lo e este dever é anterior ao exercício da minha liberdade pessoal e profissional. A preocupação pelo outro-vulnerável constitui a força motriz do cuidar. Cuidar de alguém, não só é ocupar-se dele, aqui e agora, mas antecipar esta ocupação, pensar nele, prever as suas necessidades. O cuidar não é um acto pontual, mas uma acção que se desenvolve no tempo, que requer a fidelidade no tempo e se expressa por acções cronologicamente sucessivas. A acção de cuidar visa, sobretudo acompanhar o outro-doente na vivência e na experiência da doença (TORRALBA, 1999).

Outro princípio fundamental na ética de cuidar é a **compaixão**. Podemos dizer que, dificilmente se pode desenvolver a acção de cuidar sem a experiência da compaixão. A compaixão é pois a virtude necessária à ética do cuidar. A compaixão consiste em perceber como próprio o sofrimento alheio, isto é, na capacidade de interiorizar a dor do outro ser humano e de vivê-lo como se se tratasse de uma experiência própria. Compadecer-se de alguém é um hábito do coração que exige um movimento pessoal para fora de si, para compreender o outro no seu contexto e assumir no próprio coração a sua dor. Trata-se de uma compaixão dinâmica, autêntica, que se traduz num movimento solidário que se desvela para melhorar a situação do próximo (TORRALBA, 1999).

Na ética de cuidar, a compaixão deve ser o princípio fundamental da acção. A prática de compaixão não deve contrapor-se, de nenhum modo, à autonomia do doente, nem à sua capacidade para decidir responsabilmente sobre o seu futuro pessoal. A virtude da compaixão não deve limitar a liberdade alheia, mas desenvolvê-la. Compadecer-se de alguém, não significa substituí-lo ou decidir por ele. A autêntica compaixão procura o desenvolvimento da autonomia alheia e não a sua dependência.

A **competência profissional** constitui outro princípio fundamental na ética de cuidar. Ser competente num determinado âmbito profissional significa estar capacitado para desenvolver a própria profissão de um modo óptimo. A competência profissional exige do profissional um profundo conhecimento da sua base disciplinar, obrigando-o a formar-se continuamente, pois o desenvolvimento tecnológico acelerado exige dos profissionais respostas actuais às necessidades dos doentes. A arte de cuidar requer a integração por parte dos profissionais de conhecimentos de ordem espiritual e psicológica com conhecimentos técnicos e profissionais. O conhecimento da circunstância alheia é fundamental. Não se pode cuidar de uma pessoa sem se conhecer adequadamente o seu contexto envolvente, social e cultural. Todas as decisões devem tomar-se em função destas circunstâncias e jamais se deve converter

a ética de cuidar numa aplicação sistemática e abstracta de determinados princípios morais.

A **confidencialidade** é outro princípio importante na ética do cuidar. O doente em determinadas circunstâncias de vulnerabilidade necessita de um confidente. Não poucas vezes este confidente é o profissional que passa longo tempo junto do doente. Este, tem necessariamente de desenvolver algumas características pessoais fundamentais, como sejam a escuta atenta, a capacidade de guardar segredo, de calar para si as mensagens que o outro vulnerável lhe comunicou numa situação-limite. A confidencialidade caracteriza-se pela capacidade de preservar a vida íntima do outro, quer dizer, a sua privacidade, o seu universo interior. Na ética de cuidar a confidencialidade está precisamente no repto de proteger o doente da sua exibição, é a virtude que permite ao profissional guardar os segredos que lhe foram confiados por um outro-vulnerável (TORRALBA, 1999).

Intimamente ligada com a confidencialidade, está um outro rasgo essencial no cuidar que é a **confiança**. Só é possível cuidar um ser humano vulnerável se entre o sujeito cuidador e o sujeito cuida do se estabelece uma relação de confiança, um vínculo de fidelidade. Confiar em alguém é acreditar nele, é colocar-se em suas mãos, é pôr-se à sua disposição. Isto só é possível quando se acredita no outro, pelo que é enquanto profissional, mas sobretudo, pelo que é como pessoa, desde a sua autoridade moral. Para isso é fundamental que o profissional saiba dar provas e garantias de confiança, não só pelas suas palavras, pelos seus gestos, mas sobretudo pela eficiência e eficácia da acção que desenvolve (TORRALBA, 1999).

Por último, a **consciência ética**, enquanto caminho de interioridade que significa reflexão, prudência e conhecimento de causa. No exercício de cuidar, é fundamental não perder de vista a consciência da profissionalidade e isto supõe, manter sempre a tensão, estar atento ao que se está a fazer e não esquecer jamais que o outro vulnerável que está sob os meus cuidados é um ser humano, com uma dignidade intrínseca. Ser consciente de todos os factores que influem no exercício de cuidar e ser consciente das dificuldades que implica cuidar bem um ser humano é uma das fundamentais da excelência profissional.

Para decidir o que é mais pertinente dum determinado ponto de vista ético num momento dado do exercício de cuidar, não servem grandes princípios racionais, mas é fundamental deixar emergir na nossa acção a compreensão da situação vivencial do doente, a compreensão do seu contexto e das possibilidades reais de vida.

Podemos concluir, a ética do cuidar é um caminho de realização de todos os profissionais de saúde. É a disposição interior para deixar-se tocar pelo outro vulnerável que reclama a nossa solidariedade e entrega.

A arte de cuidar é então um caminho de dignificação para quem cuida e para quem é cuidado. É o processo humano e profissional que permanece quando a cura já não se vislumbra. É a via geradora de plenitude de sentido e de vida para o desenvolvimento da qualidade profissional.

### **Conclusão**

A ética do cuidar é um caminho de realização de todos os profissionais de saúde. É a disposição interior para deixar-se tocar pelo outro vulnerável que reclama a nossa solidariedade e entrega. Trata-se não só de cuidar de pessoas, mas de cuidá-las bem. Isto só é possível, se o nosso agir for embebido de compreensão acolhedora, competência humanizada, atenção holística e adequada a cada caso individual, a cada situação existencial de cada doente.

A arte de cuidar é então um caminho de dignificação para quem cuida e para quem é cuidado. É o processo humano e profissional que permanece quando a cura já não se vislumbra. É a via geradora de plenitude de sentido e de vida para o desenvolvimento da qualidade profissional.

### **Bibliografia**

BARBERO, Javier – La ética del cuidado. In GAFO, Javier; AMOR, José – Deficiência mental y final de la vida: dilemas éticos de la deficiência mental, 4. Madrid: Universidade Pontifícia de Comillas, 2000.

CARDOSO, Maria Manuela Lopes – “Uma educação para a solicitude”. In: *Cadernos de Bioética*. Coimbra. N.º 13, Janeiro / Abril, 1997, 9. 29-39

RENAUD, Michel – “Solicitude e Vulnerabilidade”. In: *Cadernos de Bioética*. Coimbra. N.º 13, Janeiro / Abril, 1997

TORRALBA, Francesc – Lo ineludiblemente humano: hacia una fundamentación de la ética del cuidar. In *L. Hospitalarias*. 1999 (253:3) 133.

# **ANEXO XXV**

---

**Poster – “Reabilitação Psicossocial”**

# REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

**Autores:** Elvira Manuela Nogueira Ferreira / Jorge Manuel Oliveira Araújo

## **Objectivos**

- Aprofundar o tema da reabilitação.
- Salientar os princípios gerais a atender na reabilitação.
- Sensibilizar os profissionais para a focalização na centralidade da pessoa portadora de doença mental e não na sua incapacidade.

## **Método — expositivo**

## **Introdução**

*“ Um processo que pretende facilitar a possibilidade de cada pessoa com doença mental desenvolver as suas potencialidades máximas, no sentido de tornar o mais autónomo possível o seu funcionamento dentro de um ambiente comunitário específico” J. Silva*

A reabilitação continua a ser para alguns uma utopia inatingível, para outros um desafio constante acreditar na pessoa para além do horizonte da doença e das incapacidades.

## **Resumo**

O processo de reabilitação inicia-se com a avaliação global e integrada da pessoa, família e rede social. Com base nesta avaliação, a qual inclui recursos/potencialidades e limitações, realçando-se sobretudo as aptidões e capacidades já existentes, definem-se em conjunto metas e objectivos, à luz dos quais se elabora o plano de reabilitação. A concretização do plano implica uma avaliação constante, reajustes oportunos, redefinição de objectivos.

A reabilitação psicossocial põe em interacção três subsistemas: a pessoa, a família/rede social de suporte e a própria equipa. Não se gera apenas uma relação “funcional”, em que cada um sabe como tem de actuar para que a reabilitação aconteça, mas uma relação em si mesmo, personalizada, em que todos se descobrem como seres em crescimento.

É fundamental que a família se sinta elemento activo e participante em todo o processo de reabilitação procurando o melhor para o seu familiar. Não pensar que a pessoa lhe pertence e por isso poderá decidir por ela, mas respeitar a sua decisão (a não ser que se ponha em perigo a si próprio ou a terceiros), promover o seu máximo potencial, sem cair em paternalismos ou protecções.

Para a equipa a pessoa em reabilitação é apelo a descobrir que para além das incapacidades e desvantagens resultantes da própria patologia, existe uma pessoa. Respeitar a liberdade, potenciar a autonomia e a capacidade de decisão, reconhecer no outro um outro, com uma integridade única, impõe limites éticos de intervenção no âmbito do consentimento.

Para a pessoa com uma perturbação mental, o tempo presente é momento para passar da apatia, do sem futuro e sem esperança, da monotonia à criação de expectativa, à possibilidade de viver novas experiências, à descoberta de sentido e de projecto de vida.

## **Conclusão**

O processo de reabilitação é gradual, dinâmico e específico. Pretende-se que potencie o desenvolvimento/aprendizagem de aptidões sociais que facilitem uma maior autonomia e independência, reflectindo-se numa melhoria da qualidade de vida, numa possibilidade de integração sócio-comunitária e/ou familiar, na aprendizagem da responsabilidade, capacidade relacional, assim como fomentar a ajuda mútua e cooperação inter-grupal, levando cada pessoa a assumir-se como actor do seu processo de reabilitação.

Nos princípios gerais da reabilitação psicossocial, podemos identificar algumas dimensões nucleares: a primeira refere-se à centralidade da pessoa em todo o processo, como protagonista da sua própria história; a segunda refere-se ao envolvimento da equipa, que não substitui a pessoa, mas colabora e ajuda-a a assumir a responsabilidade da sua vida; e a terceira salienta a importância da rede social de suporte, cujo envolvimento poderá facilitar a integração, realização e qualidade de vida da pessoa.

## **Bibliografia**

**Cazzullo, C.** — La aceptación de la enfermedad mental. In *Dolentium Hominum*, 1997-34, 81-84.

**Ekdawi, M. e Conning, A.** — *Psychiatric Rehabilitation: a practical guide*. Chapman & Ball, London: 1994

**Formigoni, U.** — Reabilitação que transforma. In V Congresso de Psiquitria S. João de Deus. Doente / Família / Comunidade. Lisboa: 1994, 29-35.

**Pelcier, Y.** — Réhabilitation Psycho sociale. In *her Congrès International : La Réhabilitació psicossocial integral a la comunitat i amb la comunitat*, Barcelona, 1995, 19-20.