



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# *“Reabilitação e Desinstitucionalização de pessoas com incapacidade Psicossocial”*

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

**Por: Fernando António da Trindade Rodrigues**

**LISBOA  
Setembro  
2010**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# *“Reabilitação e Desinstitucionalização de pessoas com incapacidade Psicossocial”*

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

**Por: Fernando António da Trindade Rodrigues**

**Sob orientação de: Professora Alexandra Sarreira Santos**

**LISBOA  
Setembro  
2010**

*"Passar momentos agradáveis durante o trabalho, quando simpatizamos com a nossa profissão, podemos trabalhar muitas horas seguidas, «sem a noção de que se trabalha»."*

(Anónimo)

*“Não imitemos os outros. Procuremos  
encontrar-nos a nós próprios e manter,  
sempre a nossa identidade personalizada.  
“inveja é ignorância "e" imitação suicídio”*

*Dale Carnegie*

## **RESUMO**

As políticas atuais contestam a institucionalização de doentes de evolução prolongada, sendo a desinstitucionalização e reabilitação uma prioridade, mudando o paradigma Nacional para uma vertente comunitária, ou seja, a maneira de encarar a doença mental evoluiu ao longo dos tempos, da exclusão até à abordagem comunitária. Neste contexto o enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica tem um papel decisivo na reabilitação e encontra-se capacitado para o acompanhamento individual, auxiliando o utente/família a desenvolver competências sociais e de atividades de vida, tendo em vista a sua autonomia e reinserção social.

Este trabalho surge como prioritário para evidenciar que é possível uma desinstitucionalização de utentes de evolução prolongada, com qualidade e sucesso, quando submetido a uma planificação e acompanhamento personalizado

Nesta perspectiva, foi aplicado um conjunto de técnicas (técnicas de relação de ajuda, de escuta activa, de treino de memória, de resolução de problemas, de mostrar disponibilidade, de treino de competências sociais, terapia de orientação para a realidade, terapia da reminiscência, terapia da validação) a dois doentes do sexo masculino com idades superiores a 65 anos, reformados, a receber pensão social, sem suporte familiar, com patologia psicótica (esquizofrenia), internados na UDEP há pelo menos 25 anos, tendo em vista a reabilitação e a desinstitucionalização dos mesmos.

Com esta metodologia observou-se que os utentes beneficiaram de uma melhor qualidade assistencial e de vida, contribuindo assim para o desenvolvimento de um programa de desinstitucionalização a executar na UDEP, assegurando a continuidade de qualidade assistencial e de vida dos mesmos.

## **ABSTRACT**

Nowadays' policies contest the institutionalization of chronically ill psychiatric patients, whereas deinstitutionalization and rehabilitation becomes a priority, by changing the national model into a community centered intervention; the way of facing mental illness evolved through the years, from exclusion until a community based approach.

In this context the Mental Health and Psychiatric Specialist Nurse has a decisive role in the rehabilitation process and is capacitated for the individual monitoring of patients, helping the patient/family to develop social skills and daily life skills towards autonomy and social inclusion.

This work results as a priority in order to show evidence that it is possible to deinstitutionalize chronically ill psychiatric patients with quality and success, when there is a careful planning and a personalized monitoring.

In this perspective a set of techniques was applied (aid relationship, active listening, memory training, problem solving, showing availability, social skills training, reality oriented therapy, reminiscence therapy) to two male patients over 65 years old, retired, earning a social pension, without family support, with psychotic pathology (schizophrenia), inpatients in UDEP for at least 25 years, regarding their rehabilitation and their deinstitutionalization processes.

With this methodology, it was noted that patients have benefited of a better quality of care and life, thereby contributing for the development of a deinstitutionalization program running in UDEP, ensuring the continuity of care and life quality for the patients.

## **AGRADECIMENTOS**

- Todos os trabalhos resultam do empenho e da colaboração de várias pessoas. Agradeço a todos os que me estimularam e deram sugestões para levar a bom termo este projecto, em especial aos amigos desinteressados.
- Aos utentes que participaram neste trabalho, para eles o meu obrigado, pela disponibilidade e carinho demonstrado, tornando possível a sua realização.
- À Cândida, pela amizade, preciosa colaboração na ferramenta informática e opiniões sinceras, estimulação e reforço positivo nos momentos mais difíceis.
- Às professoras Alexandra Sarreira Santos e Lurdes Garcia pela orientação e disponibilidade oferecida, sem as quais este trabalho não teria sido possível.
- À minha família, companheira e amiga Fernanda, pelas múltiplas colaborações nas diferentes áreas da vida e pela compreensão. Aos filhos Ana Luzia e David Miguel, que exigiram sempre, tudo a que têm direito e que muitas vezes me tiraram dos livros papeis e computador, porque outros nobres valores se levantaram, a eles também devo este trabalho pela compreensão e alegria sempre presente.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIMBOLOS**

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

Cit. – Citado por

Ed – Edição;

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DSM IV - Diagnostic and statistical manual of mental disorders

E.P.E – Empresa Pública Empresarial

[et al] – abreviatura de *et alii* que significa e outros;

h – Hora

IPSS – Instituto Particular de Solidariedade Social

n.º – Número;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

p. – Página;

série I-A – Primeira série A;

SR. - Senhor

UDEP - Unidade de Doentes de Evolução Prolongada

UIDA - Unidade de Internamento de Doentes Agudos

vol. – Volume

## INDICE

	Pag.
<b>0-INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>1- A MINHA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL.....</b>	<b>12</b>
<b>2- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....</b>	<b>15</b>
2.1- ESQUIZOFRENIA.....	15
2.2- REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	18
2.3- CONCEITOS E INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS UTILIZADAS EM REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	21
2.4-A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO/ INSERÇÃO PSICOSSOCIAL.....	24
<b>3-MODULO III – REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO.....</b>	<b>27</b>
3.1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....	27
3.2- IMPLICAÇÕES ÉTICAS.....	28
3.3-PROGRAMA DE REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO PSICOSOCIAL.....	29
<b>3.3.1- Descrição dos utentes.....</b>	<b>31</b>
3.4-PROMOVER A REABILITAÇÃO EM CONTEXTO RESIDENCIAL.....	33
3.5-RECURSOS UTILIZADOS NO ESTÁGIO.....	40
<b>4– CONCLUSÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>5-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO I – “Decreto – Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro”.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO II - “Estrutura e organização do local de estágio”.....</b>	<b>59</b>

<b>ANEXO III - “Escala de avaliação”.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO IV - “Plano reabilitativo realizado com os utentes”.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO V - “Indicadores”.....</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO VI - “Reflexão da bibliografia considerada pertinente”.....</b>	<b>162</b>

## **0- INTRODUÇÃO**

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Tem como objectivo a reflexão, discussão, análise do estágio que corresponde ao módulo III – opcional. Esta opção prende-se com a área da Reabilitação e Reinserção.

Este estágio surge no meu desenvolvimento pessoal e profissional, pretende evidenciar as intervenções autónomas em Enfermagem, necessárias a promover a reabilitação e a reinserção social de dois utentes, incentivando o exercício da sua cidadania, assim como dar um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Neste sentido, realizei o estágio na UDEP. Esta é uma quinta com cerca de 3 hectares e seis edifícios separados por jardins que após a integração dos Centros de Saúde Mental nos Hospitais Gerais, em Agosto de 1992, iniciou uma fase longa de decadência com degradação dos cuidados assistenciais de saúde, do espaço e edifícios.

A UDEP tem capacidade para 44 Residentes e alberga pessoas com doença crónica do foro psiquiátrico e internamentos prolongados. Este, leva muitas vezes à perda de aptidões sociais e despersonalização dos indivíduos. (Amarante, 1995; Colvero et al, 2004; Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016; OMS, 2002)

A política actual parece indicar uma viragem para uma maior intervenção na comunidade, apelando, não só para os cuidados continuados como também para a reabilitação psicossocial. A reabilitação e reinserção social do utente internado são imprescindíveis para o dotar de maior autonomia e competências necessárias para se relacionar com a comunidade, não só favorecendo a integração da pessoa como também evitar a institucionalização.

Os cuidados na comunidade estão empenhados no acompanhamento de pessoas com perturbações mentais e comportamentais. Na prática, os cuidados comunitários implicam o desenvolvimento de uma ampla variedade de serviços na sociedade e garantem que certas funções protectoras dos asilos sejam proporcionadas integralmente na comunidade e que os aspectos negativos das instituições não sejam perpetuados. Ou seja, fornecem uma ponte progressiva para a pessoa passar da dependência hospitalar para a independência e autonomia social (total ou parcial). Esta ponte é fornecida pelos

serviços da comunidade e permite aos utentes sentirem-se amparados mas livres para explorar novas formas de vida social. (Gameiro, 1989; Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016).

A transição do utente de um internamento em regime total ou parcial para a comunidade implica um acompanhamento que possibilita uma integração tranquila e com sucesso. Neste contexto, o Enfermeiro desempenha um papel facilitador, estimulador e motivador do utente a experimentar novas formas de vida social.

De forma particular, o Enfermeiro Especialista tem um papel preponderante nesta área, pois ocupa um lugar privilegiado na relação inter-pessoal entre ele e a pessoa ou entre um grupo de pessoas, não só pela sua formação e experiência que lhe permite interpretar e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, tentando abster-se de juízos de valor, mas também pelo acompanhamento sistemático num contínuo de cuidados. Estabelece relações terapêuticas de ajuda, interpretando a pessoa como ser global na sua própria individualidade, respeitando valores ético-sociais, tentando maximizar todas as potencialidades da pessoa, para restabelecer o seu equilíbrio ecológico de pessoa/sistema.

Esta relação terapêutica caracteriza-se pelo estabelecimento de acordos e parcerias com o utente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel neste processo dinâmico de fortalecimento da relação pretende-se ajudar o utente a ser proactivo na realização do seu projecto de vida.

Este trabalho é resultado de um contínuo de cuidados, onde a relação de ajuda pré-estabelecida e mantida no tempo durante anos, permite estabelecer relações de confiança, seguras e verdadeiras de aceitação dos utentes.

Mesmo sabendo que podem existir dificuldades e que a resistência humana à mudança é uma realidade, estou convicto da pertinência da abordagem da temática proposta e espero desta forma poder contribuir para a melhoria da qualidade assistencial, melhorando a qualidade de vida dos utentes. Neste contexto, de forma a demonstrar a evidência prática do meu trabalho, desenvolvi um conjunto de intervenções terapêuticas a dois utentes do sexo masculino com idades superiores a 65 anos, reformados, a receber pensão social, sem suporte familiar, com patologia psicótica (esquizofrenia), internados na instituição há pelo menos 25 anos, tendo em vista a reabilitação, desinstitucionalização e inserção dos mesmos.

A intervenção iniciou-se com uma entrevista diagnóstica e de ajuda com o objectivo de avaliar o estado psicopatológico e as suas repercussões na orientação, memória imediata, recente e remota, assim como as repercussões nas AVD's, e nas competências sociais dos utentes. Recorreu-se também a instrumentos de avaliação aplicadas no início e fim do estágio.

Foi desenhado e estruturado um plano personalizado com base nestas avaliações iniciais, seguidamente foram implementadas um conjunto de intervenções terapêuticas de suporte e apoio psicológico e utilização de diferentes técnicas.

Foram criados um conjunto de indicadores com o objectivo de fazer uma avaliação prática e fidedigna de todas as intervenções, assim como da evolução dos utentes. Estes, foram aplicados no início e no final da implementação do plano terapêutico.

Para facilitar a leitura deste relatório dividiu-se o mesmo em cinco capítulos para além deste. No segundo capítulo refiro-me à minha experiência profissional. No terceiro capítulo apresento a fundamentação teórica que considerei pertinente para este relatório. No quarto capítulo defino o módulo III, onde apresento o local de estágio, apresento as implicações éticas e o programa de reabilitação e reinserção psicossocial, apresento a discussão e análise do objectivo, as actividades efectuadas na comunidade, e a discussão dos resultados. No quinto capítulo enumero as conclusões do relatório, as considerações finais da minha aprendizagem, os aspectos facilitadores, dificuldades e limitações do mesmo. No último capítulo enumero a bibliografia utilizada.

## **1-A MINHA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

Exerço a actividade profissional de enfermeiro há vinte e quatro anos nas diferentes áreas de cuidados de saúde, embora preferencialmente ligado à área de Psiquiatria e Saúde Mental e como Enfermeiro Especialista em Psiquiatria e Saúde Mental há cerca de doze anos. Tendo em conta a minha experiência considero prioritário a reabilitação e a desinstitucionalização de utentes residentes, acreditando que é possível uma desinstitucionalização de utentes crónicos de psiquiatria, com qualidade e sucesso, quando submetido a uma planificação e acompanhamento personalizado.

Após nomeação como Enfermeiro Chefe em 2004, fui incentivado pelo Conselho de Administração e Director de Departamento a aceitar ser responsável pela UDEP.

O meu principal objectivo foi reestruturar a unidade e acima de tudo os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com doença crónica. No entanto fiquei bastante apreensivo porque os comentários sobre esta unidade não eram nada favoráveis. Se por um lado o espaço que abrange uma área total de cerca de três hectares, inclui seis edifícios degradados, separados por jardins e cerca de dois hectares de área de cultivo (quinta), com pouca ou nenhuma manutenção. Por outro lado desde 1992 data da integração dos Centros de Saúde Mental nos Hospitais Gerais que a equipa de enfermagem ficou reduzida aos mínimos para prestação de cuidados a pessoas internados há uma ou duas dezenas de anos. A própria equipa de enfermagem era constituída na sua maioria por elementos considerados “problemáticos” no seu desempenho profissional no hospital, foram afastados deste e colocados nesta unidade pelos anteriores Conselhos de Administração, sem ter em conta as preferências dos enfermeiros e as suas qualificações para esta área de especialidade.

Este desafio foi por mim encarado com ambivalência de sentimentos, acreditando ser possível com a colaboração de todos, aos diferentes níveis de actuação, criar condições humanas e circuitos para satisfazer as necessidades elementares de funcionamento da unidade, mas acima de tudo acreditar ser possível parar com a degradação da condição humana. Não só humanizar o espaço e os cuidados como preparar os cuidadores para novos desafios, como potenciar as capacidades não

afectadas pela doença e maximizar a qualidade de vida das pessoas enquanto cidadãos de pleno direito.

Quando cheguei a esta unidade deparei-me com situações de vida difíceis, onde a dependência dos utentes era estimulada, de uma forma consciente ou inconsciente, pelos cuidadores. A degradação da qualidade de vida dos mesmos era evidente, abandonados pela família e sociedade que os depositou numa instituição ainda jovens, com internamentos prolongados de décadas, venho encontrar uma população idosa, incapacitada, com perda de competências funcionais evidentes e bastante dependente dos cuidadores e em especial dos enfermeiros.

Actualmente, preconiza-se uma mudança de atitudes através da reabilitação social e desinstitucionalização do sujeito, com inclusão familiar e social, constituindo estas orientações estratégicas, o cerne da mudança de paradigma a nível nacional e internacional das políticas para a área da Saúde Mental.

Esta experiência levou-me a implementar um programa de reabilitação e inserção dos utentes. Neste programa organizei, coordenei, implementei e desenvolvi projectos de promoção e protecção da saúde mental, concretamente programas de promoção da participação activa através de educação para a cidadania e empowerment das pessoas com doença mental grave. Desenvolvi projectos que promovam o bem-estar e a saúde mental das pessoas com medidas de suporte, formação e acompanhamento aos cuidadores.

Todos estes procedimentos têm em conta evidenciar as intervenções autónomas em Enfermagem não esquecendo que o foco da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica assenta na promoção da saúde e prevenção da doença mental. Assim como no diagnóstico, na intervenção das respostas humanas desajustadas ou desadaptadas do contexto e nas pessoas que vivenciam problemas de saúde mental e perturbações psiquiátricas.

Neste contexto, acredito que o Enfermeiro Especialista se encontra numa posição privilegiada de aproximação às populações e preparado para interagir na satisfação das necessidades em saúde mental. No acompanhamento individual, auxiliando o mesmo a desenvolver competências sociais e de actividades de vida, tendo em vista a sua autonomia e reinserção, surgindo desta forma como o cerne da área problemática deste relatório. Aproveitei o facto de ingressar neste mestrado e de este ser um trabalho académico para efectuar a descrição deste programa de reabilitação /inserção de forma

estruturada. Espero demonstrar que as intervenções de Enfermagem Estruturadas se transmitem em ganhos para a Saúde, incentivando mudanças na prestação quotidiana de cuidados.

## 2-ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### 2.1 – ESQUIZOFRENIA

Apesar dos avanços científicos nas últimas décadas, subsistem muitas dúvidas relativamente à origem das doenças mentais, como é o caso da esquizofrenia. As diferentes explicações sobrenaturais sobre as doenças mentais predominaram durante séculos. Em 1850, Morel refere-se no seu livro sobre doenças mentais como uma “demência precoce”, Emil Kraepelin em 1893 no Tratado de Psiquiatria refere-se à “demência precoce” descrevendo-a em três formas clínicas: hebefrenia, catotonia e paranóide. Foi já no século XX, em 1911 que o psiquiatra Eugen Bleuler introduz a designação Esquizofrenia, pela qual a doença é hoje conhecida. (Afonso, 2010)

A palavra Esquizofrenia deriva do grego e etimologicamente corresponde a *schizein*, fenda ou cisão, e *phrenós*, que significa pensamento.

A esquizofrenia designa um grupo de psicoses marcado por grave alteração de vida psíquica nos seus diversos sectores, o pensamento, a afectividade e a vida quotidiana. (Afonso, 2010)

O início da Esquizofrenia ocorre tipicamente entre o final da adolescência e meados da década dos 30, sendo raro o início antes da adolescência (contudo existem relatos de casos com início aos 5 ou 6 anos), também pode começar mais tarde (por ex., após os 45 anos). Os aspectos essenciais para diagnosticar a esquizofrenia incluem um conjunto de sinais e sintomas característicos (tanto positivos quanto negativos) que estiveram presentes por um período de tempo significativo durante um mês (ou por um tempo menor, se tratados com sucesso), com alguns sinais de alterações de comportamento persistindo pelo menos 6 meses. (DSM IV, 2007)

Os sintomas positivos apresentam duas dimensões distintas, que, por sua vez, podem estar relacionadas a diferentes mecanismos neurais e correlações clínicas subjacentes: a “dimensão psicótica” que inclui delírios e alucinações, enquanto a “dimensão da desorganização” inclui o discurso e comportamento desorganizados. Os sintomas negativos incluem restrições na amplitude e intensidade na expressão emocional (embotamento afectivo), na fluência e produtividade do pensamento (alogia) e na iniciação de comportamentos dirigidos a um objectivo (DSM IV, 2007).

Esta entidade nosológica revela que, logo no início da doença, os sintomas negativos são evidentes, subsequentemente, aparecem os sintomas positivos. Uma vez que esses sintomas positivos são particularmente susceptíveis ao tratamento, mas em muitos casos persistem. Existem alguns indícios de que os sintomas negativos podem tornar-se progressivamente mais proeminentes em alguns indivíduos durante o curso da doença. Esta doença mostra-se incapacitante e progressiva, tornando-se incapacitante para o sujeito, uma vez que apresenta uma evolução tendencialmente crónica (DSM IV, 2007).

A esquizofrenia apresenta vários subtipos, tais como: paranoide; desorganizada ou hebefrénica; catatónica; simples e residual. (DSM IV, 2007)

Subtipo paranoide: as características essenciais da forma paranoide esquizofrenia são a presença de ideias delirantes dominantes ou alucinações auditivas, num contexto de relativa preservação das funções cognitivas e do afecto. As ideias delirantes são tipicamente persecutórias ou de grandeza ou ambas, mas podem ocorrer ideias delirantes com outra temática. Embora as ideias delirantes possam ser múltiplas, estão geralmente organizadas a volta de um tema. As alucinações estão também tipicamente relacionadas com o contexto da temática delirante. (DSM IV, 2007)

A forma paranoide de esquizofrenia parece surgir mais tardiamente que as outras formas de esquizofrenia. Esta forma parece ter melhor prognóstico que outras formas de esquizofrenia, nomeadamente em relação ao funcionamento profissional e a capacidade de ter uma vida independente. (Amarante, 1995; Colvero et al, 2004; Afonso, 2010)

Subtipo desorganizado ou hebefrénica: é caracterizado por uma desorganização do discurso e do comportamento e por o afecto se encontrar inapropriado ou embotado. O discurso pode acompanhar-se de comportamento pueril e risos fora do contexto. A desorganização do comportamento pode levar à incapacidade de executar tarefas quotidianas. Este subtipo está associado a alterações da personalidade pré – mórbida. (DSM IV, 2007)

Subtipo simples: caracteriza-se habitualmente por desenvolvimento insidioso com isolamento social marcado e uma diminuição no desempenho profissional e intelectual. Neste subtipo de esquizofrenia não são habituais os sintomas positivos, mas encontra-se frequentemente presente uma falta de iniciativa e uma perda de vontade (avolia), habitualmente estes doentes mostram uma apatia e indiferença relativamente ao mundo exterior. (DSM IV, 2007)

Subtipo residual: a designação só é usada quando houver pelo menos, um episódio de esquizofrenia que entretanto regrediu sem deixar sintomas psicóticos positivos importantes, como ideias delirantes, alucinações ou comportamento desorganizado. Permanece uma sintomatologia negativa caracterizada por pobreza do discurso embotamento afectivo ou abulia. Podem também subsistir sintomas positivos atenuados, como comportamento excêntrico, ligeira desorganização do discurso ou crenças estranhas. Se persiste ideias delirantes elas são pouco evidentes. A evolução deste tipo pode estar limitada no tempo, representando uma transição entre um episódio e uma remissão completa. Contudo ele pode manter-se durante anos com ou sem períodos de crise (DSM IV, 2007).

Subtipo Catatónica: neste subtipo a característica principal é a alteração psicomotora, podendo envolver um défice de actividade motora ou um excesso da mesma actividade. Envolvendo ainda um negativismo extremo, mutismo, movimentos voluntários peculiares e ecolalia. A imobilidade pode traduzir-se por catalepsia ou estupor. A actividade excessiva não tem objectivo aparente, nem é influenciada por estímulos externos (DSM IV, 2007).

A esquizofrenia é considerada uma doença crónica, de evolução progressiva e incapacitante, levando a alterações de comportamento e à perda de capacidades cognitivas e funcionais. Esta patologia aparece com maior frequência em jovens adolescentes e jovens adultos, que se preparam para organizar as suas vidas e se tornarem autónomos (constituir família, trabalhar), tornando-se dependentes de terceiros, esta é dificilmente aceite pela sociedade (estigma) o que durante anos levou ao encarceramento em instituições de cariz asilar onde ficam entregues à sua própria doença (Amarante, 1995; Colvero et al, 2004; Afonso, 2010).

Para Taylor (1992) a esquizofrenia constitui uma das chamadas psicoses funcionais, termo que descreve as doenças mentais para as quais não existe substrato orgânico demonstrável. A doença é totalmente abrangente, afectando todas as dimensões da pessoa. A evolução da esquizofrenia implica sempre uma deterioração progressiva na actividade profissional, relacionamento social e cuidados pessoais. Se o seu início ocorrer na infância ou na adolescência é frequente o portador ser incapaz de atingir o nível de desenvolvimento social esperado, sendo de maior gravidade.

Tendo em consideração a sua evolução, é importante ter em conta a idade de início em que se manifesta a doença, com impacto a nível fisiopatológico quanto prognóstico. Os sujeitos com início precoce são, mais frequentemente do sexo masculino, têm um ajustamento pré-mórbido menor, associado a uma aquisição educacional inferior, apresentando evidências maiores de anormalidades estruturais do cérebro, sinais e sintomas negativos mais proeminentes, mais evidências de prejuízo cognitivo, avaliado com testes neuropsicológicos, de pior resultado. Inversamente, os indivíduos com início mais tardio frequentemente são do sexo feminino, têm menor evidência de anormalidades estruturais do cérebro ou prejuízo cognitivo e apresentam melhor resultado (DSM IV, 2007; Afonso, 2010).

## 2.2- REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Reflectindo sobre a Saúde Mental e a sua praxis ao longo das décadas, verifica-se que a pessoa com doença mental foi tendencialmente isolada da sociedade e colocada em instituições, exercendo-se sobre ela uma intolerância autoritária em relação ao seu comportamento, manifestando-se através do seu encarceramento. (Amarante, 1995; Colvero, et al 2004).

Assim, como a abordagem ao utente com perturbação mental evoluiu ao longo das décadas, também os conceitos mudaram. Aquele tipo de atitudes é contestado actualmente, colocando em causa questões relacionadas com a ética e os direitos do homem, pelo que entidades internacionais como a OMS conceberam orientações estratégicas basilares da Política da Saúde Mental, numa perspectiva integrada da pessoa com doença mental na família e na comunidade. Valoriza-se a importância da promoção da saúde, com base no respeito dos direitos humanos e a sua inserção na comunidade, inerente a uma melhoria da sua qualidade de vida e a uma melhor racionalização dos custos do Sistema Nacional de Saúde, quando confrontado com a institucionalização. (OMS, 2002; Witiuk et al, 2003; Amarante, 1995)

Sendo assim, a institucionalização passa a ser questionada quando reflectimos sobre o indivíduo com doença mental crónica, devido ao seu impacto na redução da autonomia e aumento da dependência, na limitação das relações sociais e familiares, na

restrição das actividades lúdicas e ainda o aumento dos encargos inerentes à sua hospitalização. (Amarante, 1995; Colvero, et al 2004).

As políticas actuais contestam a institucionalização do utente de evolução prolongada, sendo a desinstitucionalização, reabilitação e a inserção do utente com perturbações psiquiátricas uma prioridade, mudando o paradigma nacional para uma vertente comunitária. Nesta linha insere-se a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. (Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016).

As novas políticas de Saúde Mental preconizam actualmente a criação de novas respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental, em articulação com a segurança social, na correlação dos diversos níveis de autonomia das pessoas com doença mental. A prestação de cuidados de saúde mental passa a ser feita por equipas e unidades multidisciplinares com capacidade de dar respostas coordenadas às diferentes actuações de índole médica, psicológica, social, de enfermagem e de reabilitação. Segundo o Decreto-lei nº8/10 (**Anexo I**), o conjunto das unidades e equipas de cuidados continuados de saúde mental, inclui unidades residenciais, unidades sócio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário. Todas estas unidades e equipas estão em articulação com os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Por tudo o descrito anteriormente, percebe-se a importância da reabilitação psicossocial para garantir a integração dos utentes com sucesso na comunidade.

A OMS definiu Reabilitação Psicossocial como: “ *Um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais.*” (cit. por Cordo, 2003)

Depreende-se desta definição que não é um conjunto de técnicas implementado por equipas multidisciplinares que resulta, mas todo um processo abrangente que envolve a sociedade no seu geral.

Para Pitta (1996) o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social e recreativo. Da mesma forma Hesbeen (2001), descreve reabilitação psicossocial como o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a

restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade.

As estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do utente, no contexto no qual é promovido (hospital ou comunidade) e as condições culturais e socioeconómicas. As redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem aspectos da reabilitação psicossocial. Os principais objectivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração. (Relatório Mundial da Saúde cit. por Cordo, 2003)

A reabilitação psicossocial permite aos utentes/família adquirir ou recuperar as aptidões práticas necessárias para viver e conviver na comunidade e ensinar-lhes como fazer face às suas incapacidades. Inclui assistência no desenvolvimento das aptidões sociais, interesses e actividades de lazer, que dão um sentido de participação e de valor pessoal. Ensina também competências sociais e aptidões de vida, tais como regime alimentar, higiene pessoal, cozinhar, fazer compras, fazer orçamentos, manter a casa e utilizar diferentes meios de transportes. (Cordo, 2003)

A reabilitação psicossocial era entendida como a restituição de um estado anterior à normalidade do convívio social ou mesmo de actividades profissionais (Valladares et al 2003). Pitta (1996) acrescenta que a reabilitação desenvolve-se, como um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e também, de plena contratualidade em três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social. Para a mesma autora a reabilitação representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para melhorar a vida das pessoas com doença mental.

Os princípios básicos que devem nortear as equipas de reabilitação psicossocial são a multidisciplinaridade, a reabilitação é ecléctica no uso de uma variedade de técnicas no entanto não é a sofisticação técnica que por si só resulta mas sim o espírito que anima todo o processo de reabilitação. Este espírito não é apenas uma mais-valia, mas também uma característica especial que permite a cada profissional mudar a sua visão dos factos, ajustá-la para ver melhor, ou analisar melhor, tendo em vista agir adequadamente perante as situações humanas que se lhe apresentem, respeitando sempre a individualidade e a decisão do utente. (Hesbeen, 2001)

Nesta perspectiva, a reabilitação psicossocial, consiste acima de tudo em acreditar nas capacidades e potencialidades da pessoa, inserida no seu meio.

### 2.3- CONCEITOS E INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS UTILIZADAS EM REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Considero relevante para facilitar a compreensão e o enquadramento deste relatório, enunciar de forma descritiva algumas definições utilizadas em contexto da reabilitação psicossocial.

Doente institucionalizado - O sujeito apresenta um impacto de perda de identidade e de individualidade, de degradação das condições de vida, de ruptura com o meio familiar e social, perda de amigos e em última instancia, de exclusão social. (Cordo, 2003; Colvero, et al, 2004)

Desinstitucionalização – o cuidar da pessoa como um todo e na relação das suas condições de vida, não se limitando na administração de medicação ou de psicoterapias. Torna-se num processo não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político, sendo acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento. (Cordo, 2003; Colvero, et al, 2004)

Treino de competências sociais – conjunto de intervenções que visam a autonomia do utente, conferindo a capacidade de decidir por ele mesmo (valor ético), a aquisição de competências sociais conferem ao utente capacidades para poder decidir sobre a sua vida e garantir a sua sobrevivência. (Cordo, 2003; Oliveira et al, 2005)

Técnica de relação de ajuda – utiliza-se no contexto relacional entre duas ou mais pessoas, o que ajuda e o que é ajudado. Na definição do termo menciona-se a colaboração prestada por uma pessoa a outra que experimenta uma dificuldade momentânea.

A pessoa que ajuda é a que presta a colaboração, que junta os seus esforços ao outro que necessita da ajuda, sendo este o actor principal, aparecendo o que ajuda como secundário, para cooperar, para servir de suporte. Desta maneira, passa a ser uma relação de natureza terapêutica, com intervenções estruturadas, segundo as necessidades do utente cuidado, esta ajuda não é por si próprio um processo de resolução de problemas, onde a postura do enfermeiro deve de ser não directiva (evitando os conselhos), respeitando a maneira como a pessoa vive esta dificuldade.

A ajuda é estabelecida em diversos espaços, cada um deles com significados e influências diversas na relação. A ajuda deve ser centrada na pessoa e não nos seus problemas. O enfermeiro coloca à disposição do cliente as suas competências técnicas, utiliza-as para dinamizar as capacidades reais e potenciais do cliente, a fim de encontrar soluções adequadas ao seu projecto de vida. (Phaneuf, 2005; Lopes, 2006; Collière, 1999)

Técnica de escuta activa – a eficácia da comunicação, passa por estar atento aos obstáculos à comunicação, que podem ser de diversa ordem, capacidade de concentração reduzida, a pressuposição de entendimento, ausência de significação comum, influência do mecanismo inconsciente, limitação do emissor/receptor, falta de habilidade para escutar, sentir e compreender a mensagem do outro. A escuta activa representa uma das técnicas de comunicação terapêutica, funciona como instrumento fundamental na relação enfermeiro/utente. É utilizada para demonstrar interesse, aceitação, respeito pelo outro, interpretar melhor a comunicação verbal e não-verbal. (Oliveira, et al, 2005)

Técnica de treino de memória – Conjunto de estratégias de intervenção de forma a focalizar a atenção, integrada na relação enfermeiro/utente com base na empatia (compreender o mundo do outro tal qual ele próprio o compreende) e na ajuda. (Nunes e Pais, 2007)

Técnica de resolução de problemas – Tem por base o ajudar os pacientes a identificar os problemas e a ajuda-los a reconhecer os recursos que possuem para ultrapassar essas dificuldades, ensinando uma metodologia para superar essas dificuldades, quer isto dizer, que são um conjunto de passos até se chegar a um contracto terapêutico. (Nunes e Pais, 2007)

Técnica de Mostrar Disponibilidade – é considerada como um instrumento na gestão de sentimentos, uma vez que pode ser entendida como uma forma de presença e de compromisso, pode ser a disponibilidade de um contacto, à disponibilidade de um espaço de colocação de dúvidas. Revela a importância desta técnica na promoção de confiança do sujeito. (Lopes, 2006)

Terapia de orientação para a realidade – Conjunto de estratégias de intervenção que consiste em estimular a pessoa com base em factos reais e da sua própria realidade,

de modo a que os diversos estímulos ambientais, facilitem a orientação, tendo em conta que a realidade não é só orientação temporal.

Na terapia de orientação para a realidade, enquadra-se a pessoa no seu meio de interacção social, estimulando a melhorar a comunicação através de informação contínua, recorrendo a situações reais, com sinalização do ambiente, utilização de linguagem verbal e não verbal simples e clara, adaptando as actividades às dificuldades da pessoa, treinando habilidades cognitivas. (Bottino, et al, 2002)

Terapia da reminiscência – é considerada uma variação da terapia da orientação para a realidade, o seu objectivo principal é estimular a pessoa por intermédio de jogos, figuras, objectos, música, que esteja relacionado com a experiência de vida anterior (memória remota), como seja durante a juventude. Técnica utilizada para recordar emoções vividas anteriormente e resulta numa maior socialização e ocupação (entretenimento). (Bottino, et al, 2002)

Terapia da Validação – esta terapia enquadra-se no contexto das intervenções terapêuticas, com base no diagnóstico realizado ao utente com diminuição da capacidade da memória, orientação e aumento da dependência das actividades de vida diária. Utiliza técnicas como a empatia e a escuta activa, a sua utilização na recuperação do bem-estar do utente, torna-se mais evidente na recuperação da auto-estima, redução da necessidade de apoios físicos e farmacológicos, promoção da comunicação e inter-acção com os outros, redução da tensão emocional e da ansiedade, estimulação do potencial adormecido. Pretende acima de tudo, dotar a pessoa de maior autonomia possível, por maior período de tempo. (Caldas et al, 2005)

O “Empowerment” ou “Empoderamento”- traduz-se por um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte das pessoas num maior controlo e responsabilidade sobre as suas vidas. Pretende capacitar a pessoa para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde. O profissional de saúde enquanto interveniente nesta dinâmica reconhece os indivíduos como sujeitos activos no seu processo de saúde e que são capazes de exercer a sua autonomia. Tal significa que profissionais e utentes estabelecem uma relação de equidade no processo de tomada de decisão. (Ornelas, 2005)

Entrevista de ajuda – é uma interacção verbal e não-verbal entre o enfermeiro e o utente/família, na qual este realiza intervenções que capacitem o utente/família a reconhecer, sentir, saber, decidir e escolher se deve ou não mudar o seu comportamento.

Através da entrevista o Enfermeiro auxilia o utente/família a encontrar estratégias para a resolução de problemas e a utilizar e otimizar os recursos da própria pessoa para que esta compreenda melhor o que lhe está a acontecer. (Phaneuf, 2005, Tomey, 2002)

Recovery - é definido como um processo, um desafio diário e uma reconquista de esperança, da confiança pessoal, da participação social e do controlo sobre as suas vidas. (Fisher, 2006)

Embora seja uma experiência individual, envolve uma dimensão social e ocorre através dessa mesma participação e das relações com os outros, família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, são fontes de suporte de desenvolvimento e interdependência. Também de grande importância no processo de recovery são os acessos aos recursos sociais como a habitação, emprego educação. O recovery tem para além da dimensão pessoal, social e política, a reclamação da igualdade de oportunidades, dos direitos civis e da cidadania. (Fisher, 2006).

Psicoeducação - é uma técnica que tem o objectivo de melhorar a compreensão da doença pelos utentes/famílias. Pretende-se desta forma melhorar o seu comportamento e atitude face à doença. Esta técnica deve ser vista como intrínseca ao tratamento, devidamente enquadrada no projecto terapêutico, neste contexto a pessoa adquire um papel activo no seu tratamento. Procura ajudar utentes/família no esclarecimento dos vários aspectos da doença de uma forma sistematizada. Os objectivos gerais da psicoeducação são melhorar a adesão ao tratamento, melhorar o insight da pessoa face à doença, diminuir o risco de recaída, detectar e intervir precocemente nas recaídas, encaminhar para recursos comunitários. (Afonso, 2010)

#### 2.4- A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO/ INSERÇÃO PSICOSSOCIAL

O meu desenvolvimento pessoal e profissional foi sempre construído com bases formativas globais e ecléticas, o que não me permite afirmar com fidedignidade que segui determinada teoria ou filosofia de enfermagem, mas sim várias que me guiaram na realização deste trabalho.

A especificidade da prática clínica da enfermagem de saúde mental, permite compreender, intervir de forma terapêutica na promoção e protecção da saúde mental, na prevenção da doença, no tratamento e na reabilitação/inserção psicossocial.

São as competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais do Enfermeiro Especialista que permitem o cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo de todo o ciclo vital. Possibilitam estabelecer relações de confiança e parceria com o utente, bem como aumentar o insight, as competências sociais, as actividades de vida e a sua capacidade de decisão na resolução de problemas, assim como experienciar vivências gratificantes na relação intrapessoal e nas relações interpessoais, tendo em vista a sua autonomia e reinserção. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Durante as duas últimas décadas do séc. XX utilizou-se nos hospitais portugueses o modelo de vida de Nancy Roper, Winifred W. Logan, Alison J. Tierney; Virginia Henderson. Estes, estão direccionados para as actividades de vida, com relevo para os factores biológicos ou físicos. Apesar de estar contemplado os factores psicológicos, socioculturais e ambientais o utente não é avaliado na sua globalidade.

A compreensão do utente como um todo, considera simultaneamente, todas as variáveis que afectam o sistema do utente, fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual, daí ser importante no cuidado ao utente com Esquizofrenia. Assim, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflecte a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos. A pessoa cliente é vista como um todo e cujas partes estão em interacção dinâmica, incluem todas as variáveis que influenciam o sistema cliente nas vertentes fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual. (Tomey, 2002) Esta abordagem permite cuidar do utente de forma personalizada, tendo em conta o que o mesmo necessita para atingir o maior grau de autonomia possível.

Um programa de reabilitação não poderia existir e apresentar resultados sem se estabelecer uma relação Enfermeiro/utente. A relação de ajuda, cedo despertou o interesse nas teóricas de Enfermagem e principalmente nas Enfermeiras de Psiquiatria. Peplau, foi das primeiras teóricas a referir que a relação utente/Enfermeiro é muito importante no processo terapêutico e a assumir o utente como parceiro no processo de Enfermagem.

A relação de ajuda em enfermagem possui um carácter particular porque é realizada por duas pessoas, o que ajuda e o que é ajudado, sendo uma enfermeira que pretende ajudar, procurando favorecer no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, melhorar o funcionamento e a capacidade da pessoa para fazer face à vida. (Tomey, 2002; Phaneuf, 2005)

A pessoa que ajuda é a que presta a colaboração, que junta os seus esforços ao outro que necessita da ajuda, sendo este o actor principal, aparecendo o que ajuda como secundário, para cooperar, para servir de suporte. Desta forma, passa a ser uma relação de natureza terapêutica, com intervenções estruturadas, segundo as necessidades do utente cuidado, esta ajuda não é por si só um processo de resolução de problemas, onde a postura do enfermeiro deve ser não directiva (evitando os conselhos), respeitando a maneira como a pessoa vive esta dificuldade. (Phaneuf, 2005)

O enfermeiro coloca à disposição do cliente as suas competências técnicas, utiliza-as para dinamizar as capacidades reais e potenciais do cliente, a fim de encontrar soluções adequadas ao seu projecto de vida. A ajuda deve ser centrada na pessoa e não nos seus problemas. (Tomey, 2002; Phaneuf, 2005)

Através da relação de ajuda o enfermeiro pode procurar ajudar a pessoa cuidada a exprimir os seus sentimentos, as suas opiniões, libertar a tensão, a pessoa aceitar-se a ela própria, desenvolver a auto-imagem e a auto-confiança em si mesma, em suma fortalecer a pessoa e capacita-la para se adaptar e enfrentar as dificuldades da sua vida na medida das suas capacidades. (Tomey, 2002; Phaneuf, 2005)

Resumindo, o objectivo da enfermagem é despertar na pessoa o interesse em si mesmo e na vida, através de simples, mas numerosas experiências positivas que utilizam recordações não perturbadas pela doença.

### **3-MODULO III – REABILITAÇÃO E REINserÇÃO**

Este capítulo centra-se no estágio opcional que teve lugar no Centro Hospitalar de Setúbal do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental na Unidade de Doentes de Evolução Prolongada, durante um período de dez semanas. Após a apresentação do local de estágio, refiro as implicações Éticas. De seguida, apresenta-se o programa de reabilitação/reinserção psicossocial e a descrição dos utentes. No subcapítulo seguinte passo à discussão e reflexão do objectivo de estágio e actividades propostas, assim como a sua pertinência. Reflecto ainda acerca do plano reabilitativo dos utentes, assim como os ganhos em saúde para os mesmos.

#### **3.1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

Como foi referido anteriormente, a minha opção por este local de estágio, passa por pretender dar visibilidade a todo um conjunto de intervenções autónomas como enfermeiro especialista no cuidar do utente institucionalizado. Organizando, planeando e acompanhando os cuidados sempre personalizados à individualidade que cada um representa, com a finalidade de promover a desinstitucionalização e integração na comunidade.

A UDEP pertence ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E. e localiza-se a cerca de três quilómetros de distância da instituição hospitalar referida, numa quinta que tem por nome: “Quinta Nova”. A história desta unidade tem início nos anos 60, altura em que foi fundado em Setúbal o Albergue Distrital, onde eram recolhidos marginais, indigentes e doentes mentais. Localizado, na Quinta de Guia, encontrava-se o albergue do sexo masculino. Na Quinta Nova (UDEP) encontrava-se o albergue do sexo feminino. Com o 25 de Abril, a Lei de Repressão da Mendicidade foi revogada, sendo constituídos em todos os concelhos do País comissões representativas das diversas forças políticas e sociais. Estas tinham a finalidade de procederem à reconversão dos antigos Albergues, em Unidades de Saúde ou Protecção Social (dependentes da Misericórdia, da Segurança Social entre outros).

Neste seguimento, em 1976 com a aprovação do Decreto-lei 365/76 de 15 de Março, a Secção Masculina do Albergue, passou a pertencer ao Instituto da Família e Acção Social e a partir dessa data adquire a designação de Lar de Idosos, dando origem ao

actual CATI (Centro de Acolhimento da Terceira Idade).

A Secção Feminina do Albergue passou a pertencer ao Ministério da Saúde, e a funcionar como Centro de Higiene Mental de Setúbal. Posteriormente deu origem à UDEP destinado a doentes mentais de evolução prolongada. Em 1992, foram extintos todos os Centros de Saúde Mental do País e foram integrados nos respectivos Hospitais Distritais, dando origem aos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental. Actualmente a UDEP, integra o Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Setúbal EPE. **(Anexo II)**

### 3.2- IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Tendo por base os valores éticos como um imperativo no agir de enfermagem a todos os utentes, exige não só um elevado nível de conhecimentos, como uma maturidade pessoal e profissional nas tomadas de decisão justas na relação com o utente (relações éticas).

As implicações éticas, sempre estiveram presentes e foram reforçadas aos utentes, como seja, a sua livre escolha pela adesão e continuidade das actividades terapêuticas desenvolvidas, podendo alterar o plano traçado, renegociar ou mesmo desistir, assim como reforcei a confidencialidade de todo o processo, desta forma resulta na praxis diária do enfermeiro de uma maior consciencialização das necessidades do utente.

Assegurar os direitos fundamentais da pessoa, tendo por base a dignidade humana, equidade, liberdade e justiça, são valores imprescindíveis para manter uma consciência ética e responsável na prática assistencial. Neste contexto os valores éticos têm que orientar a prestação de cuidados de enfermagem a todos os utentes, e em particular na saúde mental, pelas características peculiares destes utentes. É exigido um elevado conhecimento ético por parte dos enfermeiros, de forma a permitir tomar decisões justas.

O enfermeiro ao prestar cuidados, deve ter sempre em consideração a singularidade do outro e apresentar uma postura de empatia, para criar um ambiente de confiança e segurança utilizando uma comunicação adequada a cada situação. Desta forma a relação do cuidar passa, pelo respeito e dignidade de cada um, numa relação ética de veracidade.

### 3.3- PROGRAMA DE REABILITAÇÃO E REINserÇÃO PSICOSSOCIAL

O Programa de reabilitação e reinserção psicossocial foi desenvolvido durante um período de 10 semanas, correspondente ao tempo limite do estágio. O programa envolveu dois indivíduos residentes na UDEP. Para a selecção dos mesmos definiu-se como critérios de inclusão: **idade superior a 65 anos, residentes na instituição há mais de 25 anos e com o Diagnóstico Clínico de Psicose Esquizofrénica.**

Os utentes seleccionados cumpriam os critérios definidos, pelo que ambos têm idades superiores a 65 anos, são do sexo masculino, reformados, sem suporte familiar e a receberem pensão social. Ambos possuem o Diagnóstico Clínico de Psicose (esquizofrenia) e encontram-se internados na instituição há mais de 25 anos.

A primeira abordagem aos utentes consistiu na Avaliação Diagnóstica com uma entrevista de Enfermagem. As entrevistas foram realizadas em contexto formal, num gabinete, adequado e preparado para a realização de entrevistas com ambiente tranquilo e acolhedor, onde a privacidade é elemento terapêutico fundamental. Na entrevista diagnóstica, os dados recolhidos permitem identificar os problemas e potencialidades dos utentes.

Utilizou-se a entrevista de ajuda, técnica de escuta activa e técnica de presença. Com estas pretendeu-se efectuar uma avaliação do estado psicopatológico do utente, as suas repercussões na orientação, memória imediata, recente e remota, assim como as repercussões nas actividades de vida diária. Avaliou-se também as competências sociais e necessidades reabilitativas de cada utente.

Para complementar as avaliações acima descritas, foram efectuadas algumas avaliações e aplicados vários instrumentos de avaliação tais como: Escala de Avaliação Global e Funcionamento (AGF); Escala de Barthel, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS); Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE); Teste do Relógio; Quadro de Avaliação de Checklist de Interesses; Quadro de Avaliação de Competências Sociais e Breve Avaliação das Actividades de Vida Diária. (**Anexo III**)

Com base nesta avaliação, construiu-se um plano de operacionalização das intervenções de enfermagem e considero ter sido pertinente a recolha anterior de dados e elementos importantes do utente. Tais como, a observação do utente, as suas actividades de vida diária e interacção social, nomeadamente na prestação de cuidados,

na alimentação, nos ateliês, na reunião de enfermagem, na consulta do processo clínico e na equipa multidisciplinar

Toda esta informação recolhida auxiliou a construção de indicadores de avaliação. (**Anexo V**) Estes, foram utilizados no início e no fim do programa para facilitar a interpretação do percurso reabilitativo dos utentes, as suas necessidades de reabilitação e as intervenções necessárias.

O plano Reabilitativo dos utentes, embora personalizado, consistiu em Entrevistas de ajuda e Actividades terapêuticas personalizadas, com uma frequência de uma a duas vezes por semana. (**Anexo IV**) Após cada entrevista foi efectuada uma ou mais actividades, consoante as necessidades identificadas. Nestas foram utilizadas várias técnicas e intervenções terapêuticas, descritas anteriormente e que passo a enumerar:

- Entrevista Diagnostica e Ajuda
- Treino de Memória
- Treino de Actividades de Vida Diária
- Treino de Competências Sociais
- Técnica de Mostrar Disponibilizar
- Técnica de Escuta Activa
- Técnica de Promoção de Suporte Emocional
- Técnica de Relação de Ajuda
- Técnica de Resolução de Problemas
- Técnica de Orientação para a Realidade
- Técnica da Reminiscência
- Técnica de Validação
- Aplicação de instrumentos de avaliação; (**Anexo III**)

Para todas as actividades terapêuticas foram delineados objectivos e respectivo plano a implementar (**Anexo IV**). Na execução do plano, foram planeadas e

programadas, actividades terapêuticas com a duração de 30 a 45 minutos aproximadamente.

Todas as entrevistas/actividades realizadas com os utentes seleccionados, foram efectuadas em privado, excepto as actividades em grupo, de acordo com as opções de preferência dos utentes seleccionados. **(Anexo IV)**

Durante todo o estágio foi prestada formação e consultoria aos restantes Enfermeiros, de forma a garantir que determinadas estratégias de intervenção e actividades fossem executadas e se prolongassem no tempo. Nomeadamente em relação às AVDs e competências sociais.

Ao longo de todo o estágio foi também efectuado vários contactos e visitas a equipamentos na comunidade de forma a seleccionar o que mais se adequava às necessidades de cada utente, tendo em vista a reinserção dos mesmos e que são descritas no ponto seguinte.

No final do estágio foram aplicadas as escalas utilizadas na primeira abordagem, a Entrevista de Enfermagem e os indicadores de avaliação. **(Anexo III; IV; V)**

### **3.3.1- Descrição dos utentes**

As pessoas internadas nesta unidade são consideradas residentes permanentes e a maioria tem como diagnóstico clínico psicose esquizofrénica. Desde o despoletar da doença até ao internamento prolongado, medeia um intervalo de tempo relativamente curto, influenciado pela gravidade da patologia.

Selecionei dois casos considerados típicos desta população. Esta forma de selecção implica que se conheça a população em estudo, de forma a poder seleccionar os casos que considere como típicos. Como o estágio/intervenção decorreu em 10 semanas, o meu conhecimento dos utentes permitiu-me esta selecção de uma forma fidedigna e demonstrar toda a prática através da evidência.

#### **Utente W**

O Sr. W tem 72 anos de idade, sexo masculino, solteiro, natural de Setúbal, analfabeto, pensionista, tem como diagnóstico clínico Esquizofrenia Paranóide

(Catatónica), internado nesta instituição há 32 anos, situação social de isolamento, sem referências familiares, sem suporte familiar. Ao longo destes anos foi integrado em vários ateliês ocupacionais (carpintaria, agropecuária). Actualmente ocupa-se esporadicamente na carpintaria.

Na avaliação inicial apresenta bom aspecto geral, olhar expressivo com períodos em que parece estar distante, a mobilidade está comprometida após fracturar o colo do fémur, bastante dependente de cuidadores. Defensivo, desinteressado e reservado, a nível da consciência, atenção e concentração diminuída com estreitamento do campo da consciência, no entanto mantém consciência da si e da sua identidade. Apresenta desorientação temporal, nível autopsíquico mostra alguma dificuldade e confusão, humor eutímico mas com baixa expressividade, dificuldade na compreensão do que o rodeia, maior dificuldade em explicar algo. A nível do pensamento está comprometida a capacidade de se socializar e da iniciativa para se relacionar com os outros. Cognição alterada com dificuldade em conhecer as cores básicas, conhece algumas figuras geométricas, reconhece visualmente os animais, na praxia mostra dificuldade em identificar ferramentas e em nomeá-las, na linguagem assina o nome com dificuldade. Na percepção apresenta dificuldade em reconhecer o dinheiro.

### **Utente K**

O Sr. K tem 69 anos de idade, sexo masculino, solteiro, natural de Coimbra, tem o 1º ano do Ciclo Preparatório, profissionalmente foi ajudante de alfaiate, reformado com pensão de Portugal e França, tem como diagnóstico clínico Esquizofrenia Paranóide, internado nesta instituição há 32 anos, sem suporte familiar. Ao longo destes anos foi integrado em vários ateliês ocupacionais (rouparia/alfaiataria, carpintaria, agropecuária). Actualmente ocupa-se no exterior como engraxador de sapatos num hotel da cidade.

Na avaliação inicial apresenta bom aspecto geral, apresentação cuidada e olhar expressivo. Alguma dificuldade na expressão dos seus sentimentos, tem contudo um bom contacto, postura cordial e afável, reservado no seu espaço, mas disponível para colaborar. No início mostra-se curioso, reservado, desconfiado e evasivo. Denotou preocupação e ansiedade manifesta. Apesar de presente nos espaços comuns interage

pouco com os outros utentes, denotando algum isolamento. Apresenta humor predominantemente eutímico, congruente com os *afectos* que estão mantidos. Memória sem alterações. A nível da consciência tem presente a flexibilidade com consciência de si e do corpo, discurso pouco esclarecido em relação ao objectivo. Está orientado no espaço, tempo e pessoa, auto e alopsíquico.

Apresenta alguma dificuldade em aderir às rotinas da unidade, e a todas as actividades de convívio, mantendo as suas rotinas diárias.

Apesar de apresentar um bom nível de autonomia, nunca deixou de ficar dependente desta unidade residencial, a nível dos serviços de hotelaria (alimentação, dormida, tratamento de roupa) e cuidados de saúde.

### 3.4-PROMOVER A REABILITAÇÃO EM CONTEXTO RESIDENCIAL

Este estágio, como referenciado anteriormente surge de forma natural no meu percurso profissional e da necessidade de evidenciar na praxis um conjunto de intervenções autónomas de enfermagem, mas acima de tudo acreditar que é possível maximizar as capacidades da pessoa não afectadas pela doença e restabelecer o equilíbrio possível para exercer o gosto pela vida e pelo direito à cidadania. Assim, o objectivo geral deste estágio prende-se com: Promover a reabilitação e a reinserção social de dois utentes, incentivando o exercício da sua cidadania.

No início deste estágio não existiu necessidade de fazer uma integração, visto ser este o meu local de trabalho. Este aspecto, influenciou positivamente todo o trabalho desenvolvido com os utentes alvo, pois este factor assume-me como privilegiado no conhecimento prévio do espaço, utentes, dinâmicas institucionais, normas de procedimento e metodologia de trabalho.

Após a selecção dos utentes, procedeu-se à avaliação diagnóstica onde se identificou os problemas e potencialidades dos mesmos, o que culminou no desenvolvimento de um plano de intervenção personalizado (**Anexo IV**). Esta foi pertinente para identificar as necessidades dos utentes, assim como planear, executar e avaliar os cuidados de forma sistemática.

Devo ressaltar a importância do plano de intervenção, ser um processo dinâmico em constante adaptação e evolução em resultado das constantes avaliações.

As actividades realizadas foram sempre de encontro às necessidades identificadas e referidas pelos utentes, com o intuito de favorecer e estimular a saída do isolamento, a expressão de sentimentos, a comunicação e a interacção social, através de: Relacionamento inter-pessoal, Entrevistas de ajuda, aprendizagem de competências emocionais, saídas programadas ao exterior, actividades terapêuticas e lúdicas.

Cada actividade obedeceu sempre a objectivos específicos direccionados a melhorar o bem-estar no indivíduo; melhorar a socialização e interacção com o grupo, melhorar a atenção e a concentração, melhorar a auto-estima, reduzir a ansiedade e o isolamento entre outros. (**Anexo IV**)

Tendo em conta que se pretendeu preparar os utentes para uma integração na comunidade, considerei pertinente, para além da avaliação psicopatológica, alguns aspectos que poderão impedir a saída ou a integração, tais como: estereotípias, agressividade, stress, ansiedade, entre outros. Como tal, as intervenções e actividades programadas tiveram em consideração auxiliar os utentes na “Gestão” desses sintomas, na aprendizagem de resolução de problemas e na “Gestão” de stress/ansiedade. Foi também importante utilizar a escuta activa, ser empático e disponível de forma a promover a expressão de sentimentos, clarificando e validando as situações, assim como reformular questões e reforçar positivamente todas as conquistas alcançadas durante os treinos.

Julgo que todo o desenvolvimento da relação terapêutica contribuiu, para o sedimentar da relação, onde a gestão do stress/ansiedade ou alteração de comportamentos foi diluída pelo conjunto de intervenções efectuadas, apoiando os utentes através da técnica de disponibilizar presença, da escuta activa, do suporte emocional.

Considero que sempre favoreci a expressão de sentimentos, o que revelou uma manifestação de aprendizagem de competências emocionais, que fluíram ao longo das intervenções com a verbalização de medos e receios, conforme se pode observar nos indicadores II (Oferecer Escuta Activa) e III (Promover Suporte Emocional) respectivamente. (**Anexo V**)

Pondero que foi também importante para esta expressão de sentimentos a utilização de entrevistas não directivas, facilitadoras e do tipo catártica, intervenção com o objectivo de facilitar o utente a verbalizar as suas dificuldades, emoções e sentimentos.

Colocando questões abertas na sua maioria e algumas fechadas de maneira a obter informações adequadas, aliadas à empatia e escuta activa.

Estou convicto que a minha opção por este estágio e programa de intervenção com os utentes, resultou no fortalecimento das capacidades dos utentes alvo e no meu desenvolvimento profissional enquanto enfermeiro especialista.

Os resultados evidenciados pelas escalas aplicadas, pelos indicadores e expressa pelos utentes nas entrevistas, revelam que ambos os utentes após as intervenções de enfermagem apresentam uma melhoria global da sua funcionalidade nas diferentes áreas de avaliação e conseqüente intervenção. (Anexo III, IV, V)

No entanto senti algumas dificuldades na gestão dos sentimentos dos outros utentes e os meus próprios sentimentos foram testados, porque fui diversas vezes questionado pela população residente por dar mais atenção e intervir com os dois utentes alvo.

Alguns utentes manifestaram desagrado por não os incluir neste tipo de trabalho, o que me exigiu um esforço acrescido psicoeducacional e de suporte emocional aos utentes que se manifestaram pelos seus interesses e direitos enquanto pessoas.

A reabilitação e reinserção representam um contínuo esforço de programas e estratégias, delineados de acordo com as políticas de desenvolvimento desta área de especialidade. Nesta situação concreta pretendi demonstrar que é possível uma desinstitucionalização de utentes crónicos de psiquiatria, com qualidade e sucesso, quando sujeito a uma planificação cuidada e acompanhamento personalizado, através do desenvolvimento das competências individuais, bem como a preparação para as mudanças ambientais. A nível da gestão que represente menores encargos para a instituição hospitalar e menor despesa para a Fazenda Pública, assegurando e mantendo a melhoria da qualidade assistencial e qualidade de vida das pessoas institucionalizadas.

Durante este estágio foi importante estabelecer contactos com a comunidade no sentido de promover a acessibilidade dos utentes a sistemas sociais básicos, para que estes usufruam de todos os seus direitos. Nestes utentes em concreto realizei o levantamento das necessidades dos mesmos, no que diz respeito aos apoios da segurança social (reformas, complemento por dependência, subsídios, colocação em lares, centros de dia, unidades sócio-ocupacionais, unidades residenciais). Operacionalizar e actualizar documentos identificativos (cartão do cidadão), acompanhamento de situações médico-legais e de justiça.

O programa foi elaborado de forma a preparar os utentes para se integrarem em instituições na comunidade, estabelecendo um plano terapêutico de acompanhamento individual, com participação e respeito pela vontade do próprio (**Anexo IV**). Neste sentido efectuei várias reuniões, visitas e contactos telefónicos a várias instituições comunitárias no distrito de Setúbal a fim de se seleccionar qual o local adequado para cada utente.

Com esta acção pretendi visitar as instituições e reunir com os seus responsáveis de forma a conhecer melhor a realidade das mesmas e perceber a receptividade, desmistificar o estigma que tem acompanhado estes utentes e facilitar o acompanhamento e a integração destes.

Considero pertinente ter sido recebido pelos responsáveis técnicos das instituições e poder conhecer, o trabalho desenvolvido, suas áreas de actuação/vocação, organização de resposta social e que recursos, preparação das equipas multidisciplinares e indagar da receptividade de eventualmente ser possível estabelecer uma parceria para acolhimento de utentes da área da saúde mental.

Desta forma contactei e fui recebido pela directora do Centro de Acolhimento da Terceira Idade (CATI), a qual me informou que este centro depende jurídica, organizacional e financeiramente dos serviços centrais da segurança social. O papel actual da directora é de gestão dos recursos humanos e materiais, assegurando a qualidade dos cuidados e promover a qualidade de vida dos utentes neste centro, informando os serviços centrais.

Fui recebido com a administradora hospitalar e reuni-mos com a Directora Técnica e Presidente da Direcção do Centro Paroquial Nossa Senhora da Anunciada em Setúbal que é uma IPSS. Dependendo das vagas, mostraram receptividade e disponibilidade, em realizar um protocolo com o CHS, no acolhimento de utentes da UDEP.

Efectuei também reunião com a Directora Técnica e Enfermeira de um Lar privado em Alcochete, onde fui informado das condições da instituição, conhecimento do espaço físico, organização, funcionamento e prestação de cuidados. A receptividade desta instituição é favorável a receber utentes da área de saúde mental, mostram-se dispostos a realizar um acordo de prestação de cuidados a utentes da UDEP, o hospital continua a prestar cuidados médicos e de enfermagem especializados para a garantia da continuidade dos cuidados de Saúde Mental, assegurando a qualidade assistencial.

Efectuei outra reunião com a directora de um Lar em Palmela, que se mostrou interessada em poder receber utentes da UDEP, nos moldes descritos anteriormente. Realço as boas condições do espaço físico com instalações modernas e espaçosas, espaços exteriores de jardins idênticos à UDEP, podendo funcionar como elemento facilitador de integração dos utentes a uma nova realidade comunitária.

Toda esta informação foi fornecida ao director do departamento e administradora hospitalar que mostraram interesse, solicitando uma reunião conjunta multidisciplinar, no sentido de se poder desenvolver parcerias para a desinstitucionalização da UDEP.

Neste seguimento, marquei nova reunião, em meados do mês de Abril, com os responsáveis do departamento e os responsáveis técnicos e donos dos lares de Alcochete e Palmela, realizada uma reunião onde foi dado a conhecer os objectivos do departamento e conhecer a respectiva receptividade destas entidades no sentido de se poder estabelecer uma parceria para a desinstitucionalização da UDEP, assegurando sempre o CHS a continuidade dos cuidados e a qualidade assistencial.

Fui recebido em conjunto com o director do departamento e administradora hospitalar, numa reunião com visita guiada pela direcção da Associação de Saúde Mental Doutor Fernando Ilharco que é uma IPSS de Setúbal.

Considero estas reuniões de extrema importância, não só pela cordialidade das mesmas, mas acima de tudo pelo interesse comum de fazer face às necessidades dos utentes e suas famílias, tão carenciadas de estruturas comunitárias de saúde mental. Por outro lado aproximou a instituição hospitalar, das instituições comunitárias no sentido de realizar parcerias assegurando a continuidade e qualidade dos cuidados, caminhando de acordo com o Plano de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007/2016), para que possa ser um contributo, para uma nova realidade que se deseja de evolução do País em matéria de saúde mental.

Na realidade do nosso País, nota-se a escassez de estruturas comunitárias direccionadas ao apoio de pessoas com dificuldades nesta área o que complica a articulação.

Tendo em conta a realidade do concelho de Setúbal, ressalta a falta de equipamentos sociais destinados especificamente ao acolhimento e reabilitação de pessoas afectas de problemas de saúde mental.

Passo a enumerar instituições sediadas na comunidade que podem desempenhar um papel de ajuda e suporte ao sujeito portador de doença mental crónica assim como para os seus familiares, na área de influência do CHS:

- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados (CERCI) - Sesimbra; Grândola; Santiago do Cacém; Palmela; Setúbal.
- Associação de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) de Setúbal. O apoio abrange os concelhos de Palmela e Setúbal, utentes de todas as idades nas seguintes valências: educativa, profissional, ocupacional e residencial, em estreita relação com a comunidade e o meio envolvente.
- Associação de Saúde Mental Doutor Fernando Ilharco que é uma IPSS, com as seguintes valências: um Fórum sócio-ocupacional, uma Unidade de Vida Autónoma, uma Unidade de Vida Protegida e um Centro de Convívio.
- Santa Casa da Misericórdia - Sesimbra; Grândola; Santiago do Cacém; Palmela; Setúbal; Torrão; Sines; Alcácer do Sal. As valências da Santa Casa da Misericórdia são genericamente de Infantário, Creche, Jardim de Infância, Ocupação de Tempos Livres (jovens), Centros de Dia, Lares.
- Existem ainda diversas associações de cariz comunitário e social, abrangendo as mais diversas respostas sociais como a título de exemplo em Setúbal a “Associação Cristã da Mocidade”, que trabalha com duas vertentes, uma de Infantário e outra de Ocupação de Tempos Livres para Adultos.

A sociedade portuguesa no seu geral e especificamente o Distrito de Setúbal, mostra o quanto é emergente melhorar a capacidade de resposta em equipamentos de índole social na comunidade em geral, para satisfazer as necessidades das populações em infra-estruturas sociais abrangentes.

Tendo em conta o descrito anteriormente considero que a preparação de uma alta só faz sentido quando realizada em colaboração com a equipa multidisciplinar. A alta é sempre preparada e planeada nas diferentes vertentes de intervenção. Permite interpretar e compreender as diferentes perspectivas de abordagem na comunidade e o consequente reflexo que têm nas próprias instituições de acolhimento.

Para a reinserção social dos utentes ponderei o facto da importância da selecção dos equipamentos tendo em conta as necessidades e escolhas dos utentes. Neste contexto, os utentes estão avaliados clinicamente e distribuídos pelo seu nível de incapacidade, conforme indicação da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. No final do estágio ficaram propostas medidas sociais de integração para estes utentes com o objectivo de contribuir para uma adequada colocação em serviços na comunidade de acordo com a sua incapacidade e respeitando o plano terapêutico personalizado.

Realço a importância da qualidade da informação, para a realização de uma transferência, tendo por base um bom planeamento, de modo a que tanto o utente como a instituição receptora se sintam seguros e apoiados para efectivar uma integração harmoniosa na comunidade. Neste sentido considero que ao desenvolver um conjunto de estratégias/actividades que permitem maximizar as potencialidades dos utentes é um grande passo no planeamento e preparação da alta, assim como a passagem de toda a informação na preparação do utente, isto representa na minha óptica a verdadeira relação de ajuda no acompanhamento personalizado de cada utente.

Nesta fase académica em que me encontro e para a consecução deste estágio, não posso deixar de mencionar a importância da revisão bibliográfica em relação às políticas de Saúde Mental actuais, assim como bibliografia e presença em acções de formação relativamente á reabilitação e desinstitucionalização. De toda a pesquisa realizada, considereei pertinente para este estágio algumas referências bibliográficas que analisei e reflecti. **(Anexo VI)**

Reforço a ideia de que todos os resultados só são possíveis porque a relação terapêutica tem raízes num passado de anos. A relação profissional tem um forte componente afectivo, que o técnico tem de saber ajustar à sua pessoa e à pessoa/utente. O enfermeiro especialista transmite a convicção de que o utente pode ser mais feliz e tem capacidade para isso. Nesta interacção mostra que aceita o outro como pessoa, tal qual ele é e respeita a sua autonomia.

Destaco a importância de todas as intervenções efectuadas anteriormente sendo que o maior privilégio é aquele que o tempo consolida, numa relação terapêutica e de ajuda, onde a confiança, o respeito pelo outro, pode alcançar com êxito alianças terapêuticas duradouras até à possível integração na comunidade.

### 3.5-RECURSOS UTILIZADOS NO ESTÁGIO

Recursos físicos: Centro Hospitalar de Setúbal – UDEP; Estruturas da comunidade: Lar de idosos, CATI- Centro de Acolhimento da Terceira Idade (Setúbal); Lar de idosos, Centro Paroquial Nossa Senhora da Anunciada, IPSS (Setúbal); Lar de idosos Alcolar (Alcochete), Lar de idosos Máryah (Palmela), Lar de idosos Fátima Park (Moita); Associação de Saúde Mental Doutor Fernando Ilharco (IPSS-Setúbal), transporte do Centro Hospitalar de Setúbal.

Recursos Humano: Responsáveis técnicos das instituições sediadas na comunidade; equipa multidisciplinar das instituições; orientadora de estágio; utentes; equipa multidisciplinar do DPSM

Recursos da comunidade: Instituições sediadas na comunidade (culturais, ocupacionais e lazer), entre outras.

Recursos materiais: instrumentos de avaliação (escalas, testes e exercícios), computador, projecto de estágio, processos clínicos

Recursos temporais: 11 de Fevereiro a 30 de Abril

Os recursos previsíveis registados no projecto de estágio, revelaram-se na sua generalidade suficientes, na construção deste processo dinâmico, realço a boa adesão dos responsáveis do departamento e disponibilidade para se efectuar os respectivos contactos reuniões e visitas, no conhecimento da realidade comunitária envolvente, surgiram recursos que à partida não eram previsíveis, tal como lares geograficamente perto mas fora da área de influência do departamento.

As reuniões e visitas realizadas às estruturas comunitárias, foram importantes porque graças a elas conheci a realidade das instituições comunitárias e a sua capacidade de resposta na área de Setúbal, assim como se deu início a um conjunto de reuniões das quais resultou o estabelecimento de parcerias. Este conhecimento das respostas sociais na área de Setúbal foi importante para me auxiliar no planeamento da alta e na integração e acompanhamento dos utentes de acordo com as suas necessidades, tendo em conta essas mesmas respostas.

Relativamente aos recursos materiais devo salientar o projecto de estágio que se revelou um importante documento de orientação no desenvolvimento dos objectivos e

das actividades. Contudo para um período de dez semanas de estágio mostrou-se demasiado ambicioso. No entanto, com esforço e dedicação o objectivo foi conseguido. Mas devo salientar que acima de tudo foi muito pertinente o conhecimento prévio das realidades e a minha formação especializada nesta área, o que permitiu conduzir de maneira eficaz as actividades planeadas.

Em relação aos processos clínicos é de salientar a pouca informação escrita, (concretamente as histórias de vida não estão feitas) a ênfase é dado à doença, sua sintomatologia e tratamento farmacológico, não existe no processo registo da situação social (técnico do serviço social), para além do descrito o processo dos doentes não é único, dispersando a informação, dificuldade em interpretar o indivíduo como um todo.

Os recursos humanos revelaram-se fundamentais e pertinentes, pela abertura e disponibilidade demonstrada, pelos responsáveis técnicos e suas equipas das diferentes instituições, pelo interesse e partilha de objectivos comuns de melhoria de qualidade assistencial e conseqüente melhor qualidade de vida dos utentes, apoiados e acompanhados pela equipa especializada do departamento. Considero que os recursos utilizados são suficientes para o objectivo a que me propus.

No que diz respeito ao papel desempenhado pelas orientadoras de estágio, considero que demonstraram grande maturidade e eficácia, nas orientações e sugestões, não só pelos seus conhecimentos formativos, que se mostraram sempre pertinentes e reflexivos, mas acima de tudo pela condição humana, de respeito, segurança, motivação, tranquilidade, inculcando discretamente auto-confiança e elevando a auto-estima, como pilar de qualquer construção que se pretenda segura, durável e reflexiva no desenvolvimento das autonomias da profissão.

Os transportes do CHS, estão organizados para fazer face a todas as situações, no entanto debatem-se com escassez de meios materiais e humanos, mas prestam um serviço que se pode afirmar de satisfatório, considero que cumpriram com o solicitado, no apoio às necessidades dos utentes e às visitas realizadas a instituições na comunidade.

No que diz respeito aos instrumentos de avaliação (escalas, testes e exercícios), foram importantes porque auxiliaram na avaliação das necessidades, permitiram desenhar o plano terapêutico, implementá-lo e avaliar os resultados obtidos.

A ferramenta informática demonstrou ser imprescindível para a realização do relatório, permitiu treinar e desenvolver um conjunto de técnicas que habitualmente não praticava.

Os recursos temporais foram cumpridos conforme previsto no plano e respectivas interrupções, o que na prática resultou em dez semanas efectivas de estágio.

## 4-CONCLUSÃO

Durante décadas recorreu-se à institucionalização da pessoa com doença mental, afastando-os da comunidade e respectiva família. A sua institucionalização representou um impacto na perda de identidade e de individualidade, de degradação das condições de vida, de ruptura com a família e amigos, de exclusão social. Entre outros, o aspecto mais relevante é provavelmente o estigma que está associado á doença mental.

Na actualidade, há uma mudança de atitudes através da reabilitação psicossocial e desinstitucionalização da pessoa e a sua inclusão no seio familiar ou na comunidade envolvente. Estas estratégias são as indicações da política de saúde mental a nível Nacional e Internacional, como seja a OMS, para a área da Saúde Mental.

Em todo este processo de desinstitucionalização deve inserir-se de forma integrada, todos os intervenientes, tais como utentes, família, técnicos, de entre os quais enfermeiros especialistas pelo seu papel privilegiado de terapeuta de proximidade e continuidade de cuidados. Estes técnicos devem desenvolver estratégias terapêuticas em conjunto com o utente, na perspectiva de uma melhor qualidade de vida e autonomia da pessoa.

Estando a UDEP inserida num DPSM público, onde a população residente apresenta o comprometimento de competências em diversas referências, bem como o desenraizamento familiar e social, sem projectos de vida reais e exequíveis, consequentes a um internamento de duração prolongada. Torna-se pertinente a implementação de um programa de desinstitucionalização, tomando como referência o enquadramento das políticas actuais e os documentos que promovem os cuidados continuados integrados de Saúde Mental, contribuindo para que os utentes gozem do seu estatuto de cidadãos de pleno direito.

Neste contexto académico em que me encontro, pretendi demonstrar que é possível executar uma desinstitucionalização com sucesso, planeada e acompanhada de forma personalizada, mantendo ou melhorando a qualidade de vida dos utentes. Para tal foram seleccionados dois utentes a quem se aplicou várias entrevistas de diagnóstico e ajuda, o que permitiu delinear um projecto terapêutico personalizado com base num conjunto de intervenções terapêuticas, suportadas por técnicas como seja, o Disponibilizar Presença, o Oferecer Escuta Activa, o Promover Suporte Emocional. A aplicação de outras diferentes técnicas tais como de relação de ajuda, de resolução de

problemas, de orientação para a realidade, de reminiscência, de validação, de treino de competências sociais e de memória, resultam num conjunto de mais-valias para a qualidade de vida, maximizando as potencialidades dos utentes para uma eficaz reinserção social, adequada às suas capacidades/funcionalidades e de acordo com a vontade do próprio.

Com esta metodologia de acompanhamento individual e aplicação destas diferentes mas complementares técnicas terapêuticas, considero ter demonstrado que os utentes beneficiam de uma melhor qualidade assistencial e de vida.

Pretendi demonstrar as intervenções autónomas de enfermagem no cuidar do utente institucionalizado, promover a desinstitucionalização e a integração na comunidade, como seja, desenvolver actividades, planos terapêuticos e decisões com o utente e colaborar com a equipa, na promoção da saúde mental, através de um contínuo de cuidados. Para tal, as intervenções autónomas de Enfermagem utilizadas foram:

- Estabelecer um ambiente terapêutico tranquilo;
- Reconhecer a influência da cultura e etnicidade no processo terapêutico;
- Utilizar competências de comunicação terapêutica, verbais e não verbais, (observação, empatia, escuta);
- Compreender as respostas humanas à experiência de saúde/doença, (ansiedade, medo, desesperança);
- Estimular e apoiar o sentido de resiliência do utente (auto-estima, vontade e esperança);
- Estar disponível e oferecer apoio terapêutico às pessoas mais significativas da relação do utente;
- Assegurar a continuação dos cuidados através da ligação com os técnicos da comunidade (elaboração da carta de alta, reunião semanal, outros contactos relevantes).
- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida.

Por tudo o descrito considero ter demonstrado/enumerado algumas competências necessárias dos enfermeiros especialistas na área da saúde mental, tendo em conta as respostas humanas nas situações de vida e nos processos de saúde/doença.

O respeito pelo indivíduo, pela dignidade humana e pela própria humanidade, são valores universalmente aceites, no caso concreto dos profissionais de enfermagem

acresce a responsabilidade como cuidadores de desmistificar a doença mental, a marginalização dos indivíduos afectos de anomalia psíquica e garantir uma contínua prestação de cuidados de qualidade.

Considero que o conhecimento prévio da realidade dos utentes, assim como a relação pré-estabelecida, foi facilitador de toda a intervenção, tendo alcançado com êxito os objectivos inicialmente propostos. Realço que a maior limitação e dificuldade deste estágio, foi o facto do objectivo ser muito ambicioso para o tempo delineado.

## 5-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, José. **Introdução à Psicopatologia Compreensiva**. 4ª edição, Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.

AFONSO, Pedro. **Esquizofrenia - Para além dos mitos, descobrir a doença**. 1ª edição, Cascais: Principia Editora, Lda, 2010.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, Novos direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de saúde pública**, 1995, Vol. 11Nº3 Rio de Janeiro Julho/Setembro Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>

BOTTINO, et al – **Reabilitação na Doença de Alzheimer: Terapia de Orientação da Realidade; Terapia da Reminiscência**, 2002.  
Disponível: [www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0244.pdf](http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0244.pdf)

CALDAS e Mendonça. **A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal**. Lisboa: Lidel – edições técnicas Lda, 2005.

COLLIÉRE, F. **Promover a Vida**. Lisboa: Lidel – edições técnicas Lda, 1999.

COLVERO, Luciana; Ide, Cilene; Rolim, Marli. **Família e doença mental a difícil convivência com a diferença**. Revista Escola de Enfermagem USP, 2004  
Disponível: <http://www.ee.usp.br/reensp/upload/pdf/112.pdf>

CORDO, Margarida. **Reabilitação de pessoas com doença mental: das famílias para a instituição da instituição para a família**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.

Diário da República, 1.ª série — N.º 19 — 28 de Janeiro de 2010. 257. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Decreto-Lei n.º 8/2010** de 28 de Janeiro  
Disponível: [dre.pt/util/getpdf.asp?s=dip&serie=1&iddr=2010](http://dre.pt/util/getpdf.asp?s=dip&serie=1&iddr=2010).

DSM IV - Diagnostic and statistical manual of mental disorders , 2007  
Disponível: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm.php?Itr=E>

FISHER, D. **A New Vision of Recovery: People can fully recover from mental illness.** (2006). Disponível em: <http://www.power2u.org>.

GAMEIRO, Aires. **Manual de Saúde Mental e Psicopatologia.** Porto: Edições Salesianas, 1989.

HESBEEN, Walter. **A Reabilitação – Criar novos caminhos.** Loures: Lusociência, 2003.

LOPES, Manuel. **A Relação Enfermeiro – Doente como uma Intervenção Terapêutica.** Coimbra: Formasau, 2006.

NUNES & Pais. **Doença e Alzheimer. Exercícios e Estimulação da Memória, Praxis e Funções Executivas.** Lisboa: Vol. I.I Lidel Edições Técnicas, 2007.

OLIVEIRA, P. et al – **Comunicação Terapêutica em Enfermagem.** Revista Electrónica de Enfermagem, Vol. 07N 01, 2005.

Disponível: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_1/original\\_05-htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/original_05-htm)

ORDEM DOS ENFERMEIROS; 2010; Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Relatório mundial da saúde – saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa: Ministério da Saúde Direcção-Geral da Saúde, 2002,

ORNELAS, José et al – **Participação e empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares.** Lisboa: AEIPS Editores, 2005.

PHANEUF, Margot. **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação.** Loures: Lusociência, 2005.

PITTA, Ana – **Reabilitação psicossocial no Brasil,** São Paulo, editora hucitec, 1996

PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2007 – 2016 – **Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal**, Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007

Taylor, Cecelia – **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. 13ª ed. Porto alegre: Artes médicas, 1992.

TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)**; Lisboa: Lusociência, 2002

VALLADARES, A. C. A; LAPPANN-BOTTI, N. C; MELLO, R; KANTORSKI, L. P; SCATENA, M. C. M. ; 2003 cedido por :

[http://www.fen.ufg.br/revista/revista5\\_1/pdf/reabili.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/pdf/reabili.pdf)

WITIUK, Ilda; Silva, Rosangela – **Família Portadora de transtorno mental: vítima ou vilã?**, 2003 cedido por: [http://www.cpihts.com/2003\\_07\\_06/Ilda\\_1op.htm](http://www.cpihts.com/2003_07_06/Ilda_1op.htm)

# ANEXOS

# **ANEXO I – “Decreto – Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro”**

ou de contratação bilateral ou através de comercializadores não regulados e que ofereçam um valor de potência máxima interruptível não inferior a 4 MW, para todos os tipos de interruptibilidade. As dificuldades, entretanto, verificadas na apresentação da proposta e na definição das especificações técnicas dos equipamentos a instalar para a adesão ao serviço de interruptibilidade, levaram ao estabelecimento, através da Portaria n.º 1308/2010, de 23 de Dezembro, de um regime transitório que vigora entre 1 de Janeiro e 30 de Novembro de 2011, durante o qual será permitido contratar com o operador da rede de transporte a prestação do serviço de interruptibilidade no mercado livre, com dispensa dos requisitos previstos nas alíneas *c)* e *d)* do artigo 8.º da Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho. Para além deste regime a Portaria n.º 1308/2010, de 23 de Dezembro, introduziu também uma valorização da modulação na fórmula de remuneração definida pela Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho. Por outro lado, a Portaria n.º 1309/2010, de 23 de Dezembro, veio estabelecer o regime transitório aplicável durante o ano de 2011, à prestação do serviço de interruptibilidade por consumidores em MAT, AT e MT que, contratando a sua energia eléctrica directamente em mercado organizado, através de contratação bilateral ou através de comercializadores não regulados e que ofereçam um valor de potência máxima interruptível inferior a 4 MW e não inferior a 0,25 MW. Nestas condições, para que o consumidor que ofereça uma potência máxima interruptível superior a 4 MW não fique prejudicado relativamente aos consumidores abrangidos pela Portaria n.º 1309/2010, de 23 de Dezembro, excepção-se, durante o ano interruptível compreendido entre 1 de Novembro de 2010 e 31 de Outubro de 2011, a aplicação do prazo limite de 15 de Setembro previsto no n.º 2 do artigo 10.º da Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho para o pedido de formalização do contrato de adesão ao serviço de interruptibilidade.

A Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho, estabelece que os consumidores de energia eléctrica que desejem prestar o serviço de interruptibilidade devem preencher vários requisitos, sendo um deles o de não desenvolverem uma actividade que inclua serviços essenciais em que a aplicação do serviço de interruptibilidade possa pôr em risco a segurança de pessoas ou bens.

Para que o consumidor de energia eléctrica conheça antecipadamente as actividades para as quais não se verifica um dos requisitos exigidos para adesão ao serviço de interruptibilidade e simultaneamente poder facilitar a emissão da declaração confirmativa da situação de cada consumidor, para efeitos da celebração do contrato de adesão ao serviço de interruptibilidade, por parte da Direcção-Geral de Energia e Geologia, é aditado um anexo à Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho, em que se tipificam as actividades que incluem serviços essenciais em que a aplicação do serviço de interruptibilidade possa pôr em risco a segurança de pessoas ou bens.

Assim:

Manda o Governo, pelo Secretário de Estado da Energia e da Inovação, ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 172/2006, de 23 de Agosto, o seguinte:

#### Artigo 1.º

##### Pedido de adesão

Excepcionalmente, para os consumidores de energia eléctrica que desejem prestar o serviço de interruptibili-

dade durante o ano interruptível compreendido entre 1 de Novembro de 2010 e 31 de Outubro de 2011, não é aplicável o prazo previsto no n.º 2 do artigo 10.º da Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho.

#### Artigo 2.º

##### Serviços essenciais

É aditado o seguinte anexo à Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho, da qual passa a fazer parte integrante:

##### «ANEXO I

Serviços essenciais para efeitos da alínea *f)* do n.º 1 do artigo 8.º da Portaria n.º 592/2010:

- a) Iluminação pública a cargo das Administrações Públicas;
- b) Fornecimento de água;
- c) Fornecimento de energia eléctrica;
- d) Fornecimento de gás natural;
- e) Correios e telecomunicações;
- f) Recolha e tratamento de águas residuais;
- g) Gestão de resíduos sólidos urbanos;
- h) Serviços médicos e hospitalares;
- i) Serviços directamente vinculados à defesa nacional, às forças de segurança pública, aos bombeiros, à protecção civil;
- j) Transportes de serviço público e respectivos equipamentos e instalações dedicadas à segurança do tráfego terrestre, marítimo ou aéreo.»

#### Artigo 3.º

##### Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no seguinte à da sua publicação.

O Secretário de Estado da Energia e da Inovação, *José Carlos das Dores Zorrinho*, em 28 de Janeiro de 2011.

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

### Decreto-Lei n.º 22/2011

#### de 10 de Fevereiro

O presente decreto-lei clarifica os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, criada pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro. Este decreto-lei permitiu oferecer um novo conjunto de respostas de cuidados continuados integrados, destinadas especificamente a pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade.

A prática e a implementação desta rede de cuidados determinaram a necessidade de alguns ajustes no regime criado, nomeadamente quanto aos termos da responsabilidade civil das unidades e equipas aí previstas e do pessoal que as integra.

Além disso, entendeu-se ser mais pertinente remeter questões de natureza operacional para regulamentação do Governo, de forma a que o quadro de referência legal no domínio dos cuidados continuados integrados de saúde mental seja menos vulnerável a alterações pontuais.

No sentido da clarificação do regime vigente, opta-se também pela republicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro.

Finalmente, o presente decreto-lei procede ainda à alteração da composição do Conselho Nacional de Saúde Mental, criado pelo Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, no sentido de incluir um representante das instituições particulares de solidariedade social com intervenção na área da saúde mental.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

**Artigo 1.º**

**Alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro**

Os artigos 5.º, 9.º, 14.º e 16.º do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, passam a ter a seguinte redacção:

«Artigo 5.º

[...]

1 — .....

2 — As unidades e equipas previstas no presente decreto-lei, bem como o pessoal que as integra, são responsáveis, nos termos do artigo 491.º do Código Civil, pelos danos causados pelas pessoas com as incapacidades mencionadas no artigo 2.º

**Artigo 9.º**

**Unidades residenciais**

1 — Constituem unidades residenciais:

- a) Residências de treino de autonomia;
- b) Residências autónomas de saúde mental;
- c) Residências de apoio moderado;
- d) Residências de apoio máximo.

2 — *(Anterior n.º 1.)*

3 — *(Anterior n.º 2.)*

**Artigo 14.º**

**Unidades sócio-ocupacionais**

1 — .....

2 — .....

3 — *(Revogado.)*

4 — *(Revogado.)*

5 — .....

**Artigo 16.º**

**Equipas de apoio domiciliário**

1 — .....

2 — .....»

**Artigo 2.º**

**Alteração sistemática**

São eliminadas as três secções em que se divide o capítulo II do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, designado «Tipologias».

**Artigo 3.º**

**Alteração ao Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro**

O artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, e pelo Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de Outubro, passa a ter a seguinte redacção:

«Artigo 3.º

[...]

1 — .....

2 — .....

a) .....

b) .....

c) .....

d) .....

e) .....

f) .....

g) .....

h) .....

i) .....

j) Um representante das instituições particulares de solidariedade social, com intervenção na área da saúde mental;

l) *[Anterior alínea j).]*

m) *[Anterior alínea l).]*

n) *[Anterior alínea m).]*

o) *[Anterior alínea n).]*

p) *[Anterior alínea o).]*

q) *[Anterior alínea p).]*

r) *[Anterior alínea q).]*

3 — .....»

**Artigo 4.º**

**Revogação ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro**

São revogados o n.º 2 do artigo 8.º, os artigos 10.º, 11.º, 12.º, e 13.º e os n.ºs 3 e 4 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro.

**Artigo 5.º**

**Republicação**

É republicado, em anexo ao presente decreto-lei, do qual faz parte integrante, o Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, com a redacção actual.

**Artigo 6.º**

**Entrada em vigor**

O presente decreto-lei entra em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 25 de Novembro de 2010. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Fernando Teixeira dos Santos* — *Pedro Manuel Dias de Jesus Marques* — *Ana Maria Teodoro Jorge*.

Promulgado em 26 de Janeiro de 2011.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 31 de Janeiro de 2011.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

## ANEXO

(a que se refere o artigo 5.º)

**Republicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro**

## CAPÍTULO I

**Disposições gerais**

## Artigo 1.º

**Objecto**

1 — O presente decreto-lei cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade, adiante designadas como pessoas com incapacidade psicossocial.

2 — O referido conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados específicas de saúde mental, inclui unidades residenciais, unidades sócio ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, e articula-se com os serviços locais de saúde mental (SLSM) e com a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI).

## Artigo 2.º

**Definições**

Para efeitos do disposto no presente decreto-lei, entende-se por:

*a)* «Autonomia», o conjunto de competências necessárias para o desempenho das actividades da vida diária, da vida social e relacional bem como para a tomada de decisões independentes ao longo do percurso da vida;

*b)* «Cuidador», a pessoa adulta, membro ou não da família, que cuida da pessoa com incapacidade psicossocial, com ou sem remuneração, no sentido de realizar e proporcionar as actividades da vida diária com vista a minorar ou até mesmo suprir o *deficit* de auto cuidado da pessoa que cuida;

*c)* «Cuidados continuados integrados de saúde mental», o conjunto de intervenções sequenciais de saúde mental e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na reabilitação e recuperação das pessoas com incapacidade psicossocial, entendida como o processo de reabilitação e de apoio social, activo e contínuo, que visa a promoção da autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência com vista à sua integração familiar e social;

*d)* «Dependência», a situação em que se encontra a pessoa com incapacidade psicossocial, que por falta ou perda de autonomia psíquica, ou intelectual ou física, resultante de doença mental grave, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária;

*e)* «Doença mental grave», doença psiquiátrica, que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afecta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa;

*f)* «Estrutura modular», a autonomização de um espaço físico dentro de uma estrutura física comum, de forma a recriar um ambiente próprio, tipo domicílio, o mais próximo do ambiente familiar;

*g)* «Funcionalidade», a capacidade da pessoa com doença mental grave, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, se relacionar com o meio envolvente e participar na vida social;

*h)* «Grau elevado de incapacidade psicossocial», a situação objectiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresente graves limitações funcionais ou cognitivas, com necessidade de apoio na higiene, alimentação e cuidados pessoais, na gestão do dinheiro e da medicação, reduzida mobilidade na comunidade, dificuldades relacionais acen-tuadas, incapacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

*i)* «Grau moderado de incapacidade psicossocial», a situação objectiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresente limitações cognitivas ou funcionais medianas, com necessidade de supervisão regular na higiene, alimentação e cuidados pessoais, nas actividades de vida diária e doméstica, na gestão do dinheiro e da medicação, com dificuldades relacionais significativas mas não apresentando disfuncionalidades a nível da mobilidade na comunidade e da capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

*j)* «Grau reduzido de incapacidade psicossocial», a situação objectiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresente limitações cognitivas ligeiras, com necessidade de supervisão periódica na gestão do dinheiro e da medicação, e da organização da vida social e relacional, não apresentando disfuncionalidades a nível da mobilidade na comunidade, da autonomia funcional, da autonomia na higiene, alimentação e cuidados pessoais, nas actividades de vida diária e doméstica e da capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

*l)* «Incapacidade psicossocial», a situação objectiva de redução total ou parcial da capacidade da pessoa com doença mental grave para desempenhar as actividades da vida diária, no contexto social, familiar e profissional;

*m)* «Reabilitação psicossocial», o processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o autocuidado, actividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade;

*n)* «Recuperação», o processo que visa alcançar a auto-determinação e a procura de um caminho pessoal por parte das pessoas com problemas de saúde mental;

*o)* «Treino da autonomia», o conjunto de intervenções psicossociais destinado a promover a aquisição e ou a manutenção de competências para o desempenho, o mais independente possível, das actividades da vida diária e social.

## Artigo 3.º

**Princípios orientadores**

Os cuidados continuados integrados de saúde mental são desenvolvidos de acordo com os seguintes princípios:

*a)* Consideração das necessidades globais, que permita o desenvolvimento das capacidades pessoais e a promoção da vida independente e de um papel activo na comunidade;

*b)* Respeito pela privacidade, confidencialidade e autodeterminação através do reconhecimento das decisões informadas acerca da própria vida;

c) Respeito pelos direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais, para o efectivo exercício da cidadania plena;

d) Respeito pela igualdade e proibição de discriminação com base no género, origem étnica ou social, idade, religião, ideologia ou outro qualquer estatuto;

e) Promoção de relações interpessoais significativas, e das redes de suporte social informal;

f) Envolvimento e participação dos familiares e de outros cuidadores;

g) Integração das unidades em contextos comunitários inclusivos e não estigmatizantes;

h) Localização preferencial das unidades no âmbito territorial dos SLSM, de forma a facilitar a articulação e a continuidade de cuidados;

i) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas;

j) Eficiência e qualidade na prestação dos serviços.

#### Artigo 4.º

##### Objectivos das unidades e equipas

Constituem objectivos das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental:

a) A reabilitação e autonomia das pessoas com incapacidade psicossocial;

b) A manutenção ou reforço das competências e capacidades das pessoas com incapacidade psicossocial, com vista ao desenvolvimento do seu processo de recuperação;

c) A integração familiar e social das pessoas com incapacidade psicossocial;

d) A promoção de vida na comunidade tão independente quanto possível das pessoas com incapacidade psicossocial que residam nos hospitais psiquiátricos, instituições psiquiátricas do sector social e departamentos ou serviços de psiquiatria de hospitais;

e) A promoção e o reforço das capacidades das famílias e outros cuidadores das pessoas com incapacidade psicossocial, habilitando-as a lidar com as situações daí decorrentes, facilitando e incentivando o acompanhamento familiar e promovendo a sua participação e envolvimento na prestação de cuidados.

#### Artigo 5.º

##### Dever de sigilo e responsabilidade civil

1 — Estão obrigados ao dever de sigilo profissional todos os profissionais que, nos termos do presente decreto-lei, directa ou indirectamente, tomem conhecimento de informações relativas à situação clínica das pessoas com as incapacidades mencionadas no artigo 2.º

2 — As unidades e equipas previstas no presente decreto-lei, bem como o pessoal que as integra, são responsáveis, nos termos do artigo 491.º do Código Civil, pelos danos causados pelas pessoas com as incapacidades mencionadas no artigo 2.º

#### Artigo 6.º

##### Coordenação e organização

1 — A coordenação das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental é assegurada a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local nos termos a definir, quanto à constitui-

ção e competências das estruturas em causa, pela portaria referida no número seguinte.

2 — A coordenação e organização das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental obedecem a critérios de complementaridade e ao princípio do respeito da prevalência do interesse da pessoa incapaz e são definidas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho, da solidariedade social e da saúde, de acordo com os princípios previstos no artigo 3.º, abrangendo, nomeadamente:

a) A coordenação a nível nacional, regional e local e a necessária articulação com os parceiros que colaboram na prestação de cuidados continuados de saúde mental, bem como com outras entidades que considerem pertinentes para o exercício das suas competências;

b) As especificidades inerentes aos serviços prestados em cada tipologia, assim como os técnicos necessários, nos termos do n.º 4 do artigo 8.º;

c) A definição do instrumento único de avaliação do grau de incapacidade psicossocial, nos termos do n.º 2 do artigo 19.º;

d) A definição do instrumento único de avaliação da dependência, nos termos do n.º 3 do artigo 22.º;

e) Os modelos de promoção e gestão da qualidade para aplicação obrigatória em cada uma das unidades e equipas, nos termos do artigo 25.º;

f) O processo periódico de avaliação das unidades e equipas, nos termos do artigo 26.º;

g) A formação inicial e contínua dos recursos humanos das unidades e equipas, nos termos do n.º 1 do artigo 27.º;

h) A cooperação e colaboração entre as diversas unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

#### Artigo 7.º

##### Articulação com os serviços locais de saúde mental

1 — As unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental funcionam em articulação com os SLSM, previstos no artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro.

2 — Nos termos do disposto no número anterior, os SLSM devem assegurar, designadamente:

a) A referenciação das pessoas com incapacidade psicossocial para as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, de acordo com o diploma referido no número anterior;

b) A prestação de cuidados de psiquiatria e de saúde mental às pessoas com incapacidade psicossocial integradas nas unidades e equipas, nos termos previstos no presente decreto-lei.

## CAPÍTULO II

### Tipologias

#### Artigo 8.º

##### Tipologia das unidades e equipas

1 — A prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental é assegurada por:

a) Unidades residenciais;

b) Unidades sócio-ocupacionais;

c) Equipas de apoio domiciliário.

2 — *(Revogado.)*

3 — As diferentes tipologias são adaptadas às características de grupos etários específicos, nomeadamente da infância e adolescência.

4 — As especificidades inerentes aos serviços prestados em cada tipologia, assim como os técnicos necessários, são fixadas na portaria prevista no artigo 6.º

#### Artigo 9.º

##### Unidades residenciais

1 — Constituem unidades residenciais:

- a) Residências de treino de autonomia;
- b) Residências autónomas de saúde mental;
- c) Residências de apoio moderado;
- d) Residências de apoio máximo.

2 — As unidades residenciais têm obrigatoriamente direcção técnica, função desempenhada por técnico da área de saúde mental ou área social.

3 — As unidades residenciais apresentam diversos níveis de intensidade e periodicidade, e asseguram, designadamente, os seguintes serviços, de acordo com os níveis de complexidade das diferentes tipologias:

- a) Acesso a cuidados médicos gerais e da especialidade de psiquiatria;
- b) Cuidados de enfermagem gerais e especializados em saúde mental e psiquiátrica;
- c) Acesso e prestação a dispositivos médicos e meios de diagnóstico e terapêutica;
- d) Apoio psicossocial, de reabilitação e de integração na comunidade;
- e) Apoio a familiares e outros cuidadores;
- f) Actividades de vida diária e de lazer;
- g) Apoio de pessoal auxiliar;
- h) Transporte de doentes residentes para exames, consultas e tratamentos.

#### Artigo 10.º

*(Revogado.)*

#### Artigo 11.º

*(Revogado.)*

#### Artigo 12.º

*(Revogado.)*

#### Artigo 13.º

*(Revogado.)*

#### Artigo 14.º

##### Unidades sócio-ocupacionais

1 — A unidade sócio-ocupacional localiza-se na comunidade, em espaço físico próprio, sendo destinada a pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, mas com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social.

2 — A unidade sócio-ocupacional tem por finalidade a promoção de autonomia, a estabilidade emocional e a

participação social, com vista à integração social, familiar e profissional.

3 — *(Revogado.)*

4 — *(Revogado.)*

5 — As unidades sócio-ocupacionais têm uma direcção técnica, cuja função é desempenhada por técnico da área de saúde mental ou área social.

#### Artigo 15.º

##### Serviços

A unidade sócio-ocupacional assegura, designadamente, os seguintes serviços:

- a) Apoio e reabilitação psicossocial e nas actividades de vida diária;
- b) Apoio sócio-ocupacional, incluído convívio e lazer;
- c) Supervisão na gestão da medicação;
- d) Apoio aos familiares e outros cuidadores com vista à reintegração familiar;
- e) Apoio de grupos de auto-ajuda;
- f) Apoio e encaminhamento para serviços de formação e de integração profissional;
- g) Promoção de actividades sócio-culturais e desportivas em articulação com as autarquias, associações culturais, desportivas e recreativas ou outras estruturas da comunidade.

#### Artigo 16.º

##### Equipas de apoio domiciliário

1 — A equipa de apoio domiciliário em cuidados continuados integrados de saúde mental desenvolve as actividades necessárias de forma a:

- a) Maximizar a autonomia da pessoa com incapacidade psicossocial;
- b) Reforçar a sua rede de suporte social através da promoção de relações interpessoais significativas;
- c) Melhorar a sua integração social e o acesso aos recursos comunitários;
- d) Prevenir internamentos hospitalares e admissões em unidades residenciais;
- e) Sinalizar e encaminhar situações de descompensação para os SLSM;
- f) Apoiar a participação das famílias e outros cuidadores na prestação de cuidados no domicílio.

2 — As equipas de apoio domiciliário podem estar vinculadas e ser coordenadas tecnicamente por uma unidade residencial, uma unidade sócio-ocupacional, um agrupamento de centros de saúde (ACES) ou um SLSM.

#### Artigo 17.º

##### Serviços

A equipa de apoio domiciliário assegura, designadamente, os seguintes serviços:

- a) Acesso a apoio multiprofissional de saúde mental;
- b) Envolvimento dos familiares e outros cuidadores, quando necessário;
- c) Promoção da autonomia, através do apoio regular nos cuidados pessoais e nas actividades da vida diária, gestão doméstica e financeira, compras, confecção de alimentos, tratamento de roupas, manutenção da habitação, utilização dos transportes públicos e outros recursos comunitários;

- d) Supervisão na gestão da medicação;
- e) Promoção do acesso a actividades ocupacionais, de convívio ou de lazer.

### CAPÍTULO III

#### Acesso, ingresso e mobilidade

##### Artigo 18.º

###### Acesso

São destinatários das unidades e equipas previstas no presente decreto-lei as pessoas com incapacidade psicossocial e necessidade de cuidados continuados integrados de saúde mental que:

- a) Se encontrem a viver na comunidade;
- b) Tenham alta das unidades de agudos dos hospitais psiquiátricos, das instituições psiquiátricas do sector social ou dos departamentos e serviços de psiquiatria e pedopsiquiatria dos hospitais;
- c) Tenham alta das unidades de internamento de longa duração, públicas ou privadas;
- d) Sejam referenciadas pelos SLSM.

##### Artigo 19.º

###### Ingresso

1 — A admissão nas unidades e equipas é determinada pela respectiva equipa coordenadora, sob proposta dos SLSM ou das instituições psiquiátricas do sector social.

2 — Para efeitos da proposta de ingresso nas unidades e equipas, o grau de incapacidade psicossocial é determinado através de um instrumento único de avaliação, definido na portaria prevista no artigo 6.º

##### Artigo 20.º

###### Mobilidade

1 — Esgotado o prazo de internamento fixado e não sendo atingidos os objectivos terapêuticos, deve o responsável da unidade ou equipa preparar a saída, em articulação com a respectiva equipa coordenadora e o SLSM, tendo em vista o ingresso da pessoa na unidade ou equipa mais adequada, procurando atingir a melhoria ou a recuperação, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida.

2 — A preparação da saída, a que se refere o número anterior, deve ser iniciada com uma antecedência suficiente que permita a elaboração de informação clínica e social, que habilite a elaboração do plano individual de cuidados, bem como a sequencialidade da prestação de cuidados, aquando do ingresso noutra unidade ou equipa.

3 — Sempre que necessário, considerando a natureza do caso e a condição da pessoa, deve ser dado aos familiares e outros cuidadores conhecimento dos procedimentos previstos no número anterior.

### CAPÍTULO IV

#### Organização

##### Artigo 21.º

###### Unidades de cuidados continuados integrados de saúde mental

1 — As unidades de cuidados continuados integrados de saúde mental (UCCISM) são criadas por despacho

dos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho, da solidariedade social e da saúde, a partir da adaptação ou reconversão de estruturas já existentes, ou a criar, vocacionadas para dar resposta exclusiva a situações específicas de incapacidade psicossocial.

2 — Em função das necessidades, e com vista à racionalização e coordenação dos recursos locais, as UCCISM podem integrar mais do que uma tipologia, desde que assegurem os espaços, equipamentos e outros recursos específicos de cada resposta, sem prejuízo da eficaz e eficiente prestação continuada e integrada de cuidados.

3 — As UCCISM, segundo as características e o volume de necessidades, podem diferenciar-se de acordo com diferentes patologias e organizar-se internamente atendendo aos graus de dependência das pessoas.

##### Artigo 22.º

###### Instrumentos de utilização comum

1 — A gestão das unidades e equipas assenta num sistema de informação.

2 — Cada unidade ou serviço deve dispor de um processo individual de cuidados continuados integrados da pessoa em situação de incapacidade psicossocial, do qual deve constar:

- a) O registo de admissão;
- b) As informações de alta;
- c) O diagnóstico de necessidades;
- d) O plano individual de intervenção;
- e) O registo de avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção.

3 — O diagnóstico da situação de incapacidade psicossocial constitui o suporte da definição dos planos individuais de intervenção, obedecendo a um instrumento único de avaliação da dependência, definido na portaria prevista no artigo 6.º

4 — Os instrumentos de utilização comum devem permitir a gestão uniforme dos diferentes níveis de coordenação das unidades e equipas.

5 — Os dados pessoais, incluindo clínicos, referidos no n.º 2 são introduzidos em suporte informático, só podendo ser tratados por profissionais de saúde ou outros técnicos também sujeitos a sigilo profissional.

6 — As bases de dados a constituir para a finalidade prevista no n.º 2 são criadas, desenvolvidas e mantidas, incluindo o seu necessário interface com as bases de dados da segurança social, nos termos da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, sendo o meio e o modo de acesso aos respectivos dados definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, a emitir no prazo de 90 dias, a qual define igualmente as medidas de segurança referentes a operações inseridas no sistema de informação, quer no âmbito de cada tratamento quer a respeito de quaisquer comunicações de dados.

##### Artigo 23.º

###### Entidades promotoras e gestoras

1 — As entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas revestem uma das seguintes formas:

- a) Entidades públicas dotadas de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Entidades públicas empresariais;

- c) Instituições particulares de solidariedade social e equiparadas, ou que prossigam fins idênticos;  
d) Entidades privadas com fins lucrativos.

2 — O disposto no número anterior não prejudica a gestão de instituições do Serviço Nacional de Saúde, no seu todo ou em parte, por outras entidades, públicas ou privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de profissionais, nos termos do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, e de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto.

#### Artigo 24.º

##### Obrigações das entidades promotoras e gestoras

Constituem obrigações das entidades previstas no artigo anterior, perante as administrações regionais de saúde e os centros distritais do Instituto da Segurança Social, I. P., as constantes do modelo de contratualização a aprovar e, ainda, designadamente:

- a) Prestar os cuidados e serviços definidos nos contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas;  
b) Facultar, à equipa coordenadora, o acesso a todas as instalações das unidades e equipas, bem como às informações indispensáveis à avaliação e auditoria do seu funcionamento;  
c) Remeter à equipa coordenadora o quadro de recursos humanos existentes nas unidades e equipas e o respectivo regulamento interno, para aprovação, até 30 dias antes da sua entrada em vigor;  
d) Comunicar à equipa coordenadora, com uma antecedência mínima de 90 dias, a cessação de actividade das unidades e equipas, sem prejuízo do tempo necessário ao encaminhamento e colocação das pessoas nelas residentes.

### CAPÍTULO V

#### Qualidade e avaliação

#### Artigo 25.º

##### Promoção e garantia da qualidade

Os modelos de promoção e gestão da qualidade para aplicação obrigatória em cada uma das unidades e equipas são fixados na portaria prevista no artigo 6.º

#### Artigo 26.º

##### Avaliação

As unidades e equipas estão sujeitas a um processo periódico de avaliação que integra a auto-avaliação anual e a avaliação externa, da iniciativa da equipa coordenadora, nos termos definidos na portaria prevista no artigo 6.º

### CAPÍTULO VI

#### Recursos humanos

#### Artigo 27.º

##### Recursos humanos

1 — A política de recursos humanos para as unidades e equipas rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada

através de formação inicial e contínua, definida na portaria prevista no artigo 6.º

2 — A prestação de cuidados nas unidades e equipas é garantida por equipas multidisciplinares, podendo contar com a colaboração de voluntários devidamente seleccionados, formados e enquadrados como prestadores de cuidados informais.

### CAPÍTULO VII

#### Instalações, funcionamento, fiscalização e licenciamento

#### Artigo 28.º

##### Instalações, funcionamento, fiscalização e licenciamento

1 — As condições e requisitos de construção, funcionamento, licenciamento e segurança das instalações e pessoas das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental obedecem ao estipulado na lei.

2 — As condições e requisitos a que se refere o número anterior, bem como o regime de fiscalização são definidos nos termos a regulamentar por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho e da solidariedade social e da saúde.

### CAPÍTULO VIII

#### Financiamento das unidades e equipas

#### Artigo 29.º

##### Financiamento

O financiamento das unidades e equipas, dependendo das condições de funcionamento das respostas, obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação selectiva mediante modelo de financiamento próprio, a aprovar por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, do trabalho, da solidariedade social e da saúde.

#### Artigo 30.º

##### Modelo de financiamento

1 — O financiamento das unidades e equipas é da responsabilidade dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, consoante a natureza dos cuidados prestados, nos seguintes termos:

- a) O financiamento de cada tipo de serviços é específico, com preços adequados e revistos periodicamente, nos termos definidos na portaria prevista no artigo anterior;  
b) O financiamento das diferentes unidades e equipas deve ser diferenciado através de métodos contabilísticos apropriados, designadamente com recursos a centros de custo próprios.

2 — Os encargos com a prestação das unidades e equipas de cuidados continuados de saúde mental fazem parte integrante dos orçamentos das respectivas administrações regionais de saúde e os encargos com a prestação do apoio social dos orçamentos dos respectivos organismos do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

3 — A utilização das unidades residenciais e das unidades sócio-ocupacionais ou do apoio ao domicílio é com-

participada pela pessoa com incapacidade psicossocial, na componente de apoio social, em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar nos termos a regulamentar.

## CAPÍTULO IX

### Disposições transitórias e finais

#### Artigo 31.º

##### Aplicação progressiva

As unidades e equipas previstas no presente decreto-lei são implementadas progressivamente, através de experiências piloto a criar no período de 12 meses a contar da sua entrada em vigor.

#### Artigo 32.º

##### Regulamentação

O presente decreto-lei deve ser regulamentado no prazo de 90 dias após a sua entrada em vigor.

#### Artigo 33.º

##### Adaptação dos estabelecimentos e serviços existentes

1 — O despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, mantém-se transitoriamente em vigor no que se refere às respostas já existentes dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico, até à sua reconversão nas unidades e equipas previstas no presente decreto-lei.

2 — As unidades de apoio integrado criadas no âmbito do despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, bem como outros estabelecimentos e serviços idênticos que se encontrem em funcionamento à data da entrada em vigor do presente decreto-lei, são progressivamente objecto de reconversão, assegurando a continuidade da prestação de cuidados já existente.

3 — Os termos e as prioridades de reconversão são definidos por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho, da solidariedade social e da Saúde.

4 — A reconversão das respostas, prevista no número anterior, deve ser concluída no prazo de 24 meses.

## SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA

### Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 3/2011

#### Processo n.º 61/10.4YFLSB — 3.ª

Acordam no Pleno das secções criminais do Supremo Tribunal de Justiça:

#### I

A — No processo n.º 40/06.6JBLSB F. L. 1 da 5.ª Secção do Tribunal da Relação de Lisboa, o arguido Fernando Kweseka Coelho, com os demais sinais dos autos, interpôs o presente recurso extraordinário para fixação de jurisprudência, apresentando as seguintes conclusões:

1 — No duto acórdão de que se recorre, decidiu-se [que] o arguido já notificado da acusação não deve ser notificado do despacho do MP que nos termos do n.º 5 do artigo 283.º do CPP ordena o prosseguimento dos autos,

iniciando-se o prazo de abertura de instrução com prolação desse despacho.

2 — Esta decisão está em oposição com uma outra proferida pelo Tribunal da Relação de Lisboa, na 9.ª Secção, em 10 de Julho de 2003, no processo n.º 6205/2003-9.

3 — Neste duto aresto, agora fundamento, contrariamente, decidiu-se que aos co-arguidos já notificados da acusação deve ser dado conhecimento do despacho proferido pelo MP que nos termos do n.º 5 do artigo 283.º ordena o prosseguimento dos autos, iniciando com essa notificação o prazo para a abertura de instrução.

4 — Nestes dois dutos arestos decidiu-se a mesma questão fundamental de direito, sobre uma questão análoga de facto, sempre no âmbito da mesma legislação e assentando em soluções manifestamente opostas.

5 — Saber se, existindo vários co-arguidos, frustrando-se a notificação de um deles, deve ser notificado, ou não, aos outros, o despacho do MP proferido nos termos do n.º 5 do artigo 283.º do CPP que ordena o prosseguimento dos autos.

6 — Entendemos que deve ser fixada jurisprudência com o sentido do acórdão fundamento deste recurso, ou seja, no caso de existirem vários co-arguidos, frustrando-se a notificação da acusação a pelo menos um deles, o início do prazo para a abertura de instrução conta-se desde a notificação aos outros co-arguidos do despacho do MP proferido nos termos do n.º 5 do artigo 285.º do CPP e que ordena o prosseguimento dos autos aos outros co-arguidos já notificados da acusação.

Violaram-se as seguintes disposições legais:

Artigos 113.º, n.º 12, 277.º, n.º 3, 283.º, n.º 5, e 287.º, n.ºs 1 e 6, todos do Código de Processo Penal.

Nestes termos, e demais de direito, deverá o presente recurso obter provimento e em consequência fixar-se jurisprudência no sentido propugnado e de acordo com o acórdão fundamento.

VV. Ex.<sup>as</sup> farão contudo justiça!

B — Cumprido o disposto nos artigos 439.º e 440.º do CPP, veio este Supremo Tribunal, por acórdão de 5 de Maio de 2010, a concluir pela oposição de julgados, prosseguindo o recurso, nos termos da 2.ª parte do artigo 441.º, n.º 1, e cumprindo-se o disposto no artigo 442.º, n.º 1, ambos do CPP.

C — Recorrente e Ministério Público foram notificados para apresentarem no competente prazo as alegações escritas.

D — Apenas o Ministério Público apresentou alegações, concluindo:

1 — A Lei n.º 59/98, de 25 de Agosto, considerou que os interesses dos arguidos e assistentes, no exercício do direito de defesa daqueles e da acção conformadora, de uns e de outros, do sentido da decisão final, ficariam melhor salvaguardados com as normas dos artigos 287.º, n.º 6, e 315.º, n.º 1, 2.ª parte.

2 — A introdução da norma constante do artigo 287.º, n.º 6, não teve como objectivo um alargamento de prazo para requerer a abertura de instrução, mas o de permitir que se pudesse optar, no caso dos arguidos, por uma defesa conjunta e que desta opção se pudesse sempre desistir, preferindo defesas separadas, sem que tal pudesse implicar a impossibilidade de requerer a abertura de instrução, por, entretanto, já poder ter expirado o prazo relativo a arguido previamente notificado.

3 — Para que, após a dedução da acusação, o processo prossiga sem que dela se mostrem notificados todos os

## **ANEXO II - “Estrutura e organização do local de estágio”**



A história desta unidade tem início nos anos 60, altura em que foi fundado em Setúbal o Albergue Distrital, onde eram recolhidos marginais, indigentes e doentes mentais. Localizado, na Quinta de Guia, encontrava-se o albergue do sexo masculino. Na Quinta Nova (UDEP) encontrava-se o albergue do sexo feminino. Com o 25 de Abril, a Lei de Repressão da Mendicidade foi revogada, sendo constituídos em todos os concelhos do País comissões representativas das diversas forças políticas e sociais. Estas tinham a finalidade de procederem à reconversão dos antigos Albergues, em Unidades de Saúde ou Protecção Social (dependentes da Misericórdia, da Segurança Social entre outros).

Neste seguimento, em 1976 com a aprovação do Decreto-lei 365/76 de 15 de Março, A Secção masculina do Albergue, passou a pertencer ao Instituto da Família e Acção Social e a partir dessa data adquire a designação de Lar de Idosos, dando origem ao actual CATI (Centro de Acolhimento da Terceira Idade).

A secção feminina do Albergue passou a pertencer ao Ministério da Saúde, e a funcionar como Centro de Higiene Mental de Setúbal. Posteriormente deu origem à UDEP destinado a doentes mentais de evolução prolongada. Em 1992, foram extintos todos os Centros de Saúde Mental do País e foram integrados nos respectivos Hospitais Distritais, dando origem aos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental. Actualmente a UDEP, integra o Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Setúbal EPE.

O Departamento de Psiquiatria é formado pela Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA); Unidade de Doentes de Evolução Prolongada (UDEP) e Unidade de Ambulatório (Consultas Externas e Consultas Comunitárias de Psiquiatria).

A UDEP destina-se fundamentalmente à Reabilitação e Reintegração Psicossocial de pessoas com patologia do foro psiquiátrico e contempla 2 regimes de internamento. O internamento completo (residentes) e o internamento parcial (das 9h-19h), chamado de Hospital de Dia.

O Centro Hospitalar de Setúbal está integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Abrange os concelhos de Setúbal, Palmela, Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém e Sines. A população de referência da área da Psiquiatria e Saúde Mental inclui ainda os concelhos de Sesimbra e Odemira.

A UDEP abrange uma área total de cerca de três hectares que inclui seis edifícios separados por jardins e cerca de dois hectares de área de cultivo (quinta).

**Edifício 1** – **Refeitório:** Salão de refeições, Cozinha, Vestiário Auxiliares de Limpeza, Arquivo

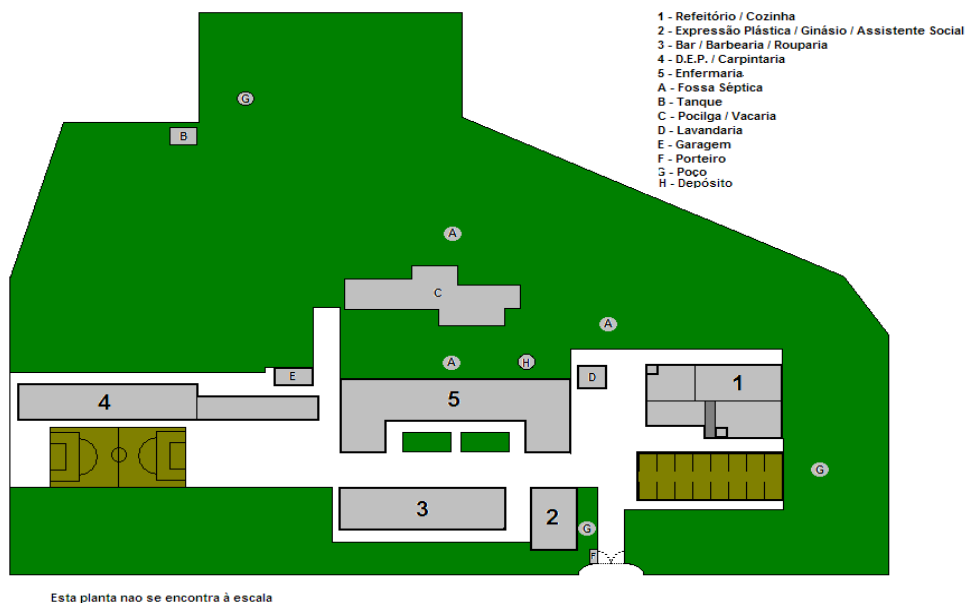
**Edifício 2** – **Expressão Plástica / Ginásio / Assistente social:** Atelier Expressão Plástica, Gabinete da Assistente Social, Ginásio, Sala de convívio

**Edifício 3** – **Barbearia / Bar Terapêutico / Rouparia:** Gabinete do monitor de jardinagem, Bar, Barbearia/ Cabeleireira Ateliê de rouparia, Casas de banho, mercearia

**Edifício 4** – **Agro-pecuária/Carpintaria:** Departamento de Formação, Vestiários dos doentes Gabinete do monitor de agro-pecuária, Carpintaria, Garagem

**Edifício 5** – **Pavilhão de Internamento:** Enfermaria de mulheres (seis quartos com lotação de 22 camas), Casa de Banho de mulheres, Rouparia, Gabinete da Médica de Clínica geral, Casa de banho de funcionários, Vestiário de funcionários, Gabinete da médica psiquiatria/coordenadora da unidade, Sala de convívio dos utentes, Copa, Sala de registos de enfermagem, Gabinete do enfermeiro chefe, Secretariado de unidade, Casa de banho dos funcionários, Sala de trabalho de enfermagem, Armazém, Farmácia, Enfermaria de Homens (Seis quartos com lotação de 22 camas), Casa de Banho de homens

**Edifício 6** - Lavandaria / Rouparia



### **Constituição da equipa multidisciplinar:**

A equipa multidisciplinar é constituída por diversos técnicos que em conjunto pretendem alcançar o objectivo desta unidade. Esta é constituída por: Uma Médica Psiquiatra/ Coordenadora da Unidade; Duas médicas de Medicina Geral; Um enfermeiro chefe; Quinze enfermeiros dos quais 3 enfermeiros especialistas, Uma Assistente Social; Três Monitores Oficiais e uma Administrativa com funções Ocupacionais, Catorze auxiliares de acção médica, das quais uma com funções de administrativa; Uma operadora de lavandaria.

- Existem também empresas externas contratadas pelo Centro Hospitalar de Setúbal, que fornecem apoio à unidade e são constituídos pelos seguintes profissionais: Auxiliares de Cozinha, Auxiliares de Limpeza e Seguranças.

### **Horários praticados pela equipa multidisciplinar:**

Equipa de Enfermagem – Manhã: das 8h às 16.30h, Tarde: das 16h às 23h30min e Noite: das 23h às 8h30min. No turno da manhã os cuidados são assegurados por três enfermeiros, distribuídos por internamento total e (parcial "hospital de dia"), um nas Consultas Externas no Hospital São Bernardo e um na Consulta Comunitária, às 2ª, 3ª e 5ª Feiras, respectivamente nos Centros de Saúde de Sines; Santiago do Cacem;

Grândola. No período da tarde asseguram os cuidados dois enfermeiros e por último à noite um enfermeiro.

Auxiliares de Acção Médica – Manhã: das 8h às 16h, Tarde: das 16h às 23h e Noite: das 23h às 8h.e trabalham dois elementos por turno.

Monitores Oficiais – Os Ateliês funcionam de segunda a sexta, das 9h às 16h

Médico Psiquiatra – Consultas de segunda a sexta, excepto dia reservado para urgência

Médico Clínica Geral – Terças e quintas das 9h às 12h.

Assistente Social – varia consoante as suas disponibilidades.

Empresas Externas:

- Os Auxiliares de Limpeza trabalham das 8h as 16h, excepto aos fins-de-semana e feriados que trabalham das 8h às 13h.
- As Auxiliares de Cozinha estão presentes no refeitório das 8h as 20h diariamente.
- A Segurança é assegurada 24 horas por dia.

## **ANEXO III – “Escalas de avaliação”**

## = AVALIAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA =

Nome do utente: \_\_\_\_\_

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

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

### I – ALIMENTAÇÃO

ITENS A AVALIAR	Nunca	Algumas Vezes	Com Frequência	Na maioria das vezes	Sempre
1 – Alimenta-se com asseio (sem necessidade de orientação)					
2 – Usa os utensílios adequados para se alimentar (sem necessidade de orientação)					
3 – Alimenta-se com ritmo adequado, sem pressa nem demora em excesso (sem necessidade de orientação)					
4 – Mastiga com a boca fechada (sem necessidade de orientação)					
5 – Retira comida dos pratos das outras pessoas sem autorização.					
6 – Inere a quantidade de alimentos apropriados (sem necessidade de orientação)					
7 – Recolhe alimentos do chão ou lixo					

### II – CUIDADOS PESSOAIS

ITENS A AVALIAR	Nunca	Algumas vezes	Com Frequência	Na maioria das vezes	Sempre
1 – Cuida da sua higiene diariamente utilizando produtos de higiene					
2 – Usa desodorizante diariamente (sem necessidade de orientação)					
3 – Penteia os cabelos diariamente (sem supervisão)					
4 – Barbeia-se e coloca after-shave quando necessário (sem supervisão)					
5 – Realiza a higiene oral pelo menos três vezes por dia (sem necessidade de orientação)					
6 – Veste-se e despe-se em horas e locais apropriados (sem necessidade de orientação)					

### III – ACTIVIDADES DOMÉSTICAS

ITENS A AVALIAR	Nunca	Algumas Vezes	Com Frequência	Na maioria das vezes	Sempre
1 – Arruma a sua cama diariamente (sem necessidade de orientação)					
2 – Mantém o quarto com o espaço individual limpo (sem necessidade de orientação)					
3 – Realiza a separação de roupa suja em local adequado (sem necessidade de orientação)					
4 – Guarda as roupas limpas (sem necessidade de orientação)					
5 – Dobra e/ou pendura as roupas (sem necessidade de orientação)					

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermeiro: \_\_\_\_\_

**= BREVE AVALIAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA =**

Nome do utente: \_\_\_\_\_

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

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

Comportamento	Totalmente Dependente	Parcialmente Dependente	Com supervisão	Totalmente Autónomo
1 – Duche				
2 – Lavar o cabelo				
3 – Pentear o cabelo				
4 – Fazer a barba				
5 – Lavar os dentes				
6 – Limpeza das unhas				
7 – Roupa interior				
8 – Roupa exterior				
9 – Calçado				

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fonte: Transcrito de CORDO, Margarida – **Reabilitação de pessoas com doença mental: das famílias para a instituição da instituição para a família**. Lisboa: Climepsi Editores, 1993. p.173.

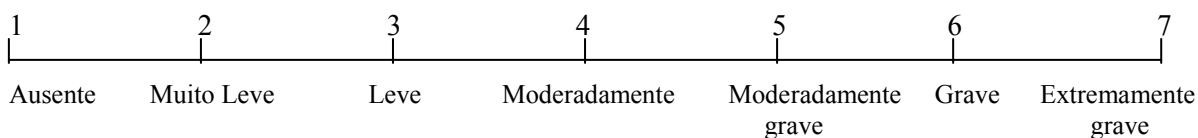
## = BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS) =

Nome do utente: \_\_\_\_\_

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

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

Instruções:



1.	Preocupações somáticas	1	2	3	4	5	6	7
2.	Ansiedade	1	2	3	4	5	6	7
3.	Depressão	1	2	3	4	5	6	7
4.	Ideação suicida	1	2	3	4	5	6	7
5.	Culpa	1	2	3	4	5	6	7
6.	Hostilidade	1	2	3	4	5	6	7
7.	Humor alterado	1	2	3	4	5	6	7
8.	Pensamento de grandiosidade	1	2	3	4	5	6	7
9.	Desconfiança	1	2	3	4	5	6	7
10.	Actividade alucinatória	1	2	3	4	5	6	7
11.	Pensamentos bizarros	1	2	3	4	5	6	7
12.	Comportamentos bizarros	1	2	3	4	5	6	7
13.	Auto-estima	1	2	3	4	5	6	7
14.	Desorientação	1	2	3	4	5	6	7
15.	Desorganização	1	2	3	4	5	6	7
16.	Embotamento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
17.	Retrocesso emocional	1	2	3	4	5	6	7
18.	Lentificação motora	1	2	3	4	5	6	7
19.	Tensão	1	2	3	4	5	6	7
20.	Baixa cooperação	1	2	3	4	5	6	7
21.	Excitação	1	2	3	4	5	6	7
22.	Distracção	1	2	3	4	5	6	7
23.	Hiperactividade motora	1	2	3	4	5	6	7
24.	Maneirismos	1	2	3	4	5	6	7

Fonte: Traduzido e adaptado de VENTURA [et al] – Training and quality assurance with the brief psychiatric rating scale. 1993. Consult [28 de Setembro 2006]. Disponível em:  
[http://www.nelmh.org/downloads/other\\_info/brief\\_psychiatric\\_rating\\_scale\\_form.pdf#search=%22bprs%22](http://www.nelmh.org/downloads/other_info/brief_psychiatric_rating_scale_form.pdf#search=%22bprs%22)

**= QUADRO DE AVALIAÇÃO DE CHECKLIST DE INTERESSES =**

Nome do utente: \_\_\_\_\_

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

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

ACTIVIDADES	ALGUM	FORTE	NENHUM
1 – Jardinagem			
2 – Costura			
3 – Jogar às cartas			
4 – Ouvir rádio			
5 – Escrever			
6 – Dançar			
7 – Jogar futebol			
8 – Construir puzzles			
9 – Ir de férias			
10 – Ver filmes			
11 – Nadar			
12 – Assistir a concertos			
13 – Ouvir música popular			
14 – Jogar xadrez			
15 – Ler			
16 – Viajar			
17 – Fazer trabalhos manuais			
18 – Festas			
19 – Teatro			
20 – Jogo da malha			
21 – Engomar			
22 – Ouvir música clássica			
23 – Lavar o chão			
24 – Jogar às damas			
25 – Cantar			
26 – Fazer exercício			
27 – Jogar voleibol			
28 – Trabalhos de carpintaria			
29 – Limpar o pó			
30 – Jogar bilhar			
31 – Cozinhar			

**= QUADRO DE AVALIAÇÃO DE CHECKLIST DE INTERESSES =**

ACTIVIDADE	ALGUM	FORTE	NENHUM
32 – Jogar basquetebol			
33– Tocar viola			
34 – Fazer colecções			
35 – Jogar pinguepongue			
36 – Ir às compras			
37 – Tirar fotografias			
38 – Pintar			
39 – Ver televisão			
40 – Trabalhos em cerâmica			
41 – Conviver			
42 – Conversar			
43 – Jogar (sentido lato)			
44 – Fazer passeios			
45 – Lavar roupa			
46 – Religião			

Refira outros interesses especiais:

---

---

---

---

(Fonte: Transcrito de CORDO, Margarida – **Reabilitação de pessoas com doença mental: das famílias para a instituição da instituição para a família**. Lisboa: Climepsi Editores, 1993. p.173).

## TESTE DO RELÓGIO

O TESTE DO RELÓGIO, pela sua simplicidade, é utilizado como forma de triagem cognitiva. Serve para avaliar a função visuo-espacial e a função executiva, sob a influência de todas as funções cognitivas. Uma das grandes vantagens é a menor influência do grau de alfabetização, o que aumenta a fidedignidade do teste em pacientes com baixo nível de escolaridade. É um teste essencialmente qualitativo e que, por isso, dispensa pontuação.

### EM QUE CONSISTE?

Consiste em solicitar ao paciente que desenhe os números de um relógio, marcando determinada hora sem mencionar a necessidade de ponteiros. O círculo pode ou não ser oferecido previamente. Considera-se o teste finalizado quando o paciente desenha todos os números do relógio, especialmente bem distribuídos, e os ponteiros marcando a hora pretendida. O teste não é cronometrado e pode ser repetido as vezes que forem necessárias.

### EXEMPLO:

1. "Este círculo é um relógio. Desenhe todos os números marcando 11 horas e 10 minutos"
2. "Desenhe um relógio que marque 11 horas e 10 minutos."

## Avaliação Cognitiva

### Teste do Relógio

#### Racional:

Esta escala refere-se ao funcionamento frontal e temporo-parietal, sendo extremamente fácil de executar.

#### Indicação:

Avaliação de rastreio da severidade de demência.

#### Avaliação:

Pelo clínico.

#### Tempo de execução:

Cerca de 2 minutos.

## Teste do Relógio

Peça ao doente que desenhe um relógio indicando uma determinada hora, por exemplo, 11h15.

#### Pontuação:

Número 12 no topo	- 3 pontos
Dois ponteiros	- 2 pontos
12 números	- 2 pontos
A hora certa	- 2 pontos

- Uma pontuação entre 0 e 6 indica disfunção cognitiva, de 7 a 9 indica função cognitiva normal.

## Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF)

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional como fazendo parte de um *continuum* hipotético de saúde-doença mentais. Não incluir a deficiência do funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais).

<b>Código</b>	(Nota: Usar códigos intermédios sempre que seja adequado, por exemplo, 45, 68, 72.)
100	<b>Funcionamento superior num largo espectro de actividades, os problemas da vida nunca parecem ficar sem solução, é procurado por outros devido às suas muitas qualidades positivas. Ausência de sintomatologia.</b>
91	
90	<b>Ausência ou sintomatologia mínima</b> (por exemplo, ansiedade ligeira antes de um exame), <b>bom funcionamento em todas as áreas, interesse e envolvimento num espectro alargado de actividades, eficaz socialmente, de uma maneira geral satisfeito com a vida, os problemas e as preocupações não ultrapassam os do dia-a-dia</b> (por exemplo, discussão ocasional com familiares).
81	
80	<b>Se estiverem presentes sintomas, estes representam reacções transitórias e esperadas a factores de stress psicossocial</b> (por exemplo, dificuldade em concentrar-se depois de uma discussão familiar); <b>apenas uma ligeira deficiência do funcionamento social, ocupacional ou escolar</b> (por exemplo, atraso temporário no rendimento escolar).
71	
70	<b>Alguma sintomatologia ligeira (por exemplo, humor deprimido e insónia ligeira) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar</b> (por exemplo, ociosidade ocasional ou furto no seio do agregado familiar), <b>mas bastante bom funcionando de uma maneira geral, tem algumas relações interpessoais significativas.</b>
61	
60	<b>Sintomatologia moderada</b> (por exemplo, afecto embotado e discurso circunstancial, ataques de pânico ocasionais) <b>OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar</b> (por exemplo, poucos amigos, conflitos com colegas ou colaboradores).
51	
50	<b>Sintomatologia grave</b> (por exemplo, ideação suicida, rituais obsessivos graves, frequentes furtos em lojas) <b>OU qualquer deficiência do funcionamento social, ocupacional ou escolar</b> (por exemplo, ausência de amigos, incapaz de manter um emprego).
41	
40	<b>Alguma deficiência em testes de realidade ou na comunicação</b> (por exemplo, o discurso é, por vezes, ilógico, obscuro ou irrelevante) <b>OU deficiência major em várias áreas, tais como trabalho ou escola, relações familiares, juízos, pensamento ou humor</b> (por exemplo, homem deprimido que evita os amigos, negligência a família e é incapaz de trabalhar, é frequente a criança espancar crianças mais novas, tem uma atitude de desafio em casa e mau rendimento escolar).
31	
30	<b>O comportamento é consideravelmente influenciado por actividade delirante ou alucinações OU grave deficiência na comunicação ou nos juízos</b> (por exemplo, por vezes incoerente, actua com rudeza despropositadamente, preocupação suicida) <b>OU incapacidade de funcionamento em quase todas as áreas</b> (por exemplo, fica na cama todo o dia; não tem trabalho, nem casa nem amigos).
21	
20	<b>Algum perigo de magoar-se a si próprio ou aos outros</b> (por exemplo, tentativas de suicídio sem esperar claramente a morte; frequentemente violento; excitação maníaca) <b>OU não consegue ocasionalmente manter a higiene mínima pessoal</b> (por exemplo, suja-se com fezes) <b>OU acentuada deficiência na comunicação</b> (por exemplo, muito incoerente ou sem expressão verbal).
11	
10	<b>Perigo persistente de magoar-se a si próprio ou aos outros</b> (por exemplo, violência recorrente) <b>OU incapacidade persistente para manter o mínimo de higiene pessoal OU acto suicida grave esperando claramente a morte.</b>
1	
0	Informação insuficiente.

# AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

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

Idade: \_\_\_\_\_ Anos \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## 1. ORIENTAÇÃO

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz”.  
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) \_\_\_\_\_  
Em que país estamos? (Como se chama o nosso país?) \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota:

## 2. RETENÇÃO

“Vou dizer três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras”

**PÊRA**

**GATO**

**BOLA**

“Repita as três palavras”. (Dar 1 ponto a cada resposta correcta).

Pêra \_\_\_\_\_ Gato \_\_\_\_\_ Bola \_\_\_\_\_

Nota:

## 3. ATENÇÃO E CÁLCULO

“Agora peço-lhe que me diga quantos são **30** menos **3** e que ao número encontrado volte a subtrair **3** até eu lhe dizer para parar”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30) (27) (24) (21) (18) (15)

Nota:

## 4. EVOCAÇÃO

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção)

“Agora, veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta).

Pêra \_\_\_\_\_ Gato \_\_\_\_\_ Bola \_\_\_\_\_

Nota:

**5. LINGUAGEM** (1 ponto por cada resposta correcta).

**a)** Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?” \_\_\_\_\_

Nota:

**b)** Mostrar o lápis.

“Como se chama isto?” \_\_\_\_\_

Nota:

**c)** Repetir a frase:

“O rato roi a rolha” \_\_\_\_\_

Nota:

**d)** “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão” (ou: “coloque-o aqui em cima da secretária/mesa” - indicar o local onde o papel deve ser colocado)

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

- Pega no papel com a mão direita \_\_\_\_\_

- Dobra o papel ao meio \_\_\_\_\_

- Coloca o papel no chão \_\_\_\_\_

(ou no local indicado)

Nota:

**e)** “Leia e cumpra o que diz neste cartão”.

(Mostrar o cartão com a frase **“FECHE OS OLHOS”**).

Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase.

Nota:

**f)** “Escreva uma frase”.

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com um ponto. Erros gramaticais ou troca de letras não contam como erros).

Nota:

A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

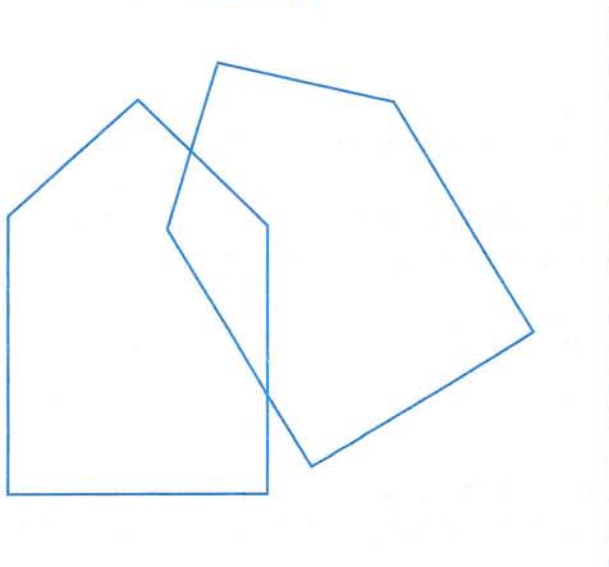
**g)** “Copie o desenho que lhe vou mostrar”.

(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto.

Tremor e erros de rotação não são valorizados).

**DESENHO**



**CÓPIA**

(Máximo 30 pontos) TOTAL:

Nota:

# AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

## VALORES DO GRUPO DE CONTROLO

Valores de Corte para a população portuguesa:

Idade superior a 40 anos:

Analfabetos: defeito  $\leq 15$

1 a 11 anos de escolaridade: defeito  $\leq 22$

>11 anos de escolaridade: defeito  $\leq 27$

## Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
<b>ALIMENTAÇÃO</b> 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
<b>BANHO</b> 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
<b>ATIVIDADES ROTINEIRAS</b> 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
<b>VESTIR-SE</b> 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)	
<b>INTESTINO</b> 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
<b>SISTEMA URINÁRIO</b> 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	

<p><b>USO DO TOILET</b>  0 = dependente  5 = precisa de alguma ajuda parcial  10 = independente ( pentear-se, limpar-se)</p>	
<p><b>TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA)</b>  0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado  5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar  10 = pouca ajuda (verbal ou física)  15 = independente</p>	
<p><b>MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS)</b>  0 = imóvel ou &lt; 50 metros  5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, &gt; 50 metros  10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) &gt; 50 metros  15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) &gt; 50 metros</p>	
<p><b>ESCADAS</b>  0 = incapacitado  5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado)  10 = independente</p>	

## **PONTUAÇÃO**

**TOTAL (0–100):**

### **Orientações:**

1. A pontuação na Escala Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia.
2. Seu principal objetivo é saber sobre o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal).
3. Se o sujeito não consegue ler o questionário, alguém pode ler o mesmo para ele. É permitido que algum amigo ou parente responda pelo sujeito (caso este esteja impossibilitado de responder).
4. Preferencialmente procure obter respostas relativas às últimas 48 horas, dependendo do caso, pode ser por períodos maiores.

**Observação: esta tradução encontra-se em processo de validação para a língua portuguesa. Data: 28 de agosto de 2006.**

### **Traduzido por:**

Dr. Guanís de Barros Vilela Junior  
Grupo de Pesquisas em Qualidade de Vida e Atividade Física  
UEPG / METROCAMP

**= QUADRO DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS =**

Nome do utente: \_\_\_\_\_

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

Tarefas	Executa com Iniciativa	Executa com Orientação	Executa Bem	Executa mal	Não executa
Cumprir os horários					
Cumprir escala de tarefas					
Arrumar os espaços que utiliza					
Arrumar o quarto (organizar o espaço)					
Fazer a cama					
Pôr a roupa para lavar					
Dobrar a roupa					
Arrumar a roupa no armário					
Comportamento adequado durante a refeição					
Levantar a mesa					
Arrumar a loiça em sítio adequado					
Limpar a mesa					
Arrumar o espaço utilizado durante a refeição					
Comunicação adequada					
Interação social adequada					
Gestão adequada de bens (diária de tabaco e dinheiro)					
Gestão da terapêutica (retirar do invólucro e toma da mesma)					
Orientação para a realidade					

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Fonte: Adaptado de CORDO, Margarida – **Reabilitação de pessoas com doença mental: das famílias para a instituição da instituição para a família**. Lisboa: Climepsi Editores, 1993. p.174).

## **ANEXO IV – “Plano reabilitativo realizado com os utentes”**

## **CASO CLINICO I – Utente W**

*Programação/Planeamento*

*Entrevista Diagnostica; de Ajuda*

Instituição: CHS; UDEP

**Local:** Gabinete Médico

Data: 12/02/2010

**Intervenientes:** Enfermeiro Fernando Trindade e o *Sr. W*

*Objectivos:*

- Avaliar o estado psicopatológico e as suas repercussões na orientação, memória imediata, recente e remota, assim como as repercussões nas AVD's;
- Avaliar as competências sociais;

*Plano a Implementar:*

- Operacionalização das acções de enfermagem planeadas, com base nesta avaliação;
- Fornecimento de suporte e apoio psicológico;
- Utilização da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional;
- Utilização da técnica de relação de ajuda

Esta entrevista foi realizada em contexto formal, no gabinete médico, sala adequada e preparada para realização de entrevistas com ambiente tranquilo e acolhedor, onde a privacidade é elemento terapêutico fundamental.

A entrevista de avaliação diagnóstica é sobreponível ao da intervenção terapêutica, (Lopes, 2006), refere ser fundamental para compreender a forma como o utente vive a sua doença, existindo a necessidade em compreender os seus sinais e sintomas e identificar a ajuda que necessita para ultrapassar as dificuldades sentidas.

### Preparação Previa da Entrevista

Antes de realizar a entrevista recolhi informações sobre a situação clínica, existente no processo clínico nesta unidade e no arquivo central do CHS, também junto de outros profissionais da equipa multidisciplinar (Assistente Social; Enfermeiros; Monitores Oficiais). Para além das funções que exerço nesta Unidade de Enfermeiro Chefe com um conhecimento privilegiado dos utentes, dinâmicas, normas de procedimento, definição de funções dos profissionais por turno, métodos de trabalho instituídos, consultei as orientações para a realização de entrevista e de observação do utente enumeradas por (Abreu, 2006).

O local escolhido foi visitado previamente e preparado de forma a conferir privacidade, boa claridade e um ambiente terapêutico. Este permitiu posicionar o utente, sem no entanto impor a minha presença, facilitando a expressão de sentimentos (Lopes, 2006).

Optei pela entrevista não directiva, facilitadora e do tipo Catártica, intervenção com o objectivo de facilitar o utente a verbalizar as suas dificuldades, emoções e sentimentos, face á sua situação de doença (Lopes, 2006). As questões foram abertas na sua maioria e algumas fechadas de forma a poder recolher informações adequadas e aliadas à empatia e escuta activa. Foi tido em consideração os aspectos éticos, nomeadamente garantir a confidencialidade dos dados obtidos e solicitar o seu consentimento para a recolha de dados relevantes ao longo da entrevista, de forma a poderem ser utilizados posteriormente na análise.

### Definição de Papeis e Espaços

A entrevista decorreu no dia 12/02/2010. Solicitei a colaboração do utente para entrevista e expliquei qual era o seu propósito, como iria decorrer e o tempo que aproximadamente iria demorar e a importância da mesma para o meu trabalho. Acompanhei e transporte o *Sr. W* em cadeira de rodas até ao gabinete médico, onde previamente preparei o espaço com cuidado, para poder deslocar a cadeira de rodas e apresentar alternativa de escolha ao utente do seu posicionamento (cadeira de rodas ou cadeira de gabinete), procurei colocar o entrevistado o mais à vontade possível e tentei manter uma postura não verbal adequada e coerente. Optou por ficar na cadeira de

rodas, foi colocado num ângulo de 90° em relação ao entrevistador, sem impor a presença, respeitando o espaço vital do utente, como é sugerido por (Abreu, 2006; Lopes, 2006), em simultâneo transmiti interesse e disponibilidade, debruçando-me ligeiramente sobre o mesmo. Perguntei se estava confortável, “*estou bem assim*” sic.

Ao iniciar a entrevista tornei a clarificar o meu papel e a minha função, iniciei a entrevista, explicando que a mesma tem como objectivo identificar os aspectos que podem ser melhorados posteriormente em entrevistas futuras, de maneira a contribuir para a sua satisfação/recuperação. Primeiramente falei no estado do tempo e como este influencia as pessoas, em especial aquelas que têm problemas com os ossos e o reumático, surgindo como questões quebra-gelo tal como é sugerido por (Phaneuf, 2006; Abreu, 2006), colocando-o à vontade para exprimir os seus sentimentos.

*Dados recolhidos do processo clínico:*

Data de nascimento: 31/08/1937

Estado civil: Solteiro

Documentação: Bilhete de Identidade; Cartão de Contribuinte; Cartão de Utente e número de Beneficiário da Segurança Social

Natural: Setúbal (S. Julião) - Setúbal

Habilitações literárias: Analfabeto

Profissão: Indiferenciada (pesca, construção civil)

Reformado: Sim; Pensão Social (224,58 €), aguarda o complemento de reforma no valor aproximado (100€).

Diagnóstico clínico: Esquizofrenia Paranoide (Catatónica – Crónica)

Primeiro internamento: Ano de 1978, continuo até à presente data

Tempo de internamento na UDEP: Trinta e dois (32) Anos

Situação social: Isolamento, sem referências familiares, sem suporte familiar

Actividades terapêuticas/ocupacionais: Atelier de Carpintaria, jogos (dominó, loto)

Antecedentes médicos: Submetido a cirurgia ortopédica a 29/01/2010 por fractura do colo do fémur. Observado pela neurologia a 15 e 16 de Fevereiro por quadro sugestivo de possível AVC isquémico, sem tradução imagiológica.

Exames: Análises de rotina e em urgência, radiologia e tomografia axial computadorizada craniana.

### Perspectiva do Sr. W

O Sr. W, nasceu em Setúbal - Tróia em 1937/08/31, pelo que tem 72 anos, solteiro, reformado, residente na UDEP desde 1978. O Sr. W, refere ter 62 anos de idade, existindo um desfasamento entre a idade real e o verbalizado pelo Sr. W, denotando-se alteração da sua orientação autopsíquica.

Relativamente à sua história pessoal e familiar o Sr. W sabe muito pouco e o que está registado no processo clínico é manifestamente insuficiente. Segundo o Sr. W, este cresceu com os pais (o pai era pescador e a mãe trabalhava na fabrica de peixe, ambos falecidos, desconhece como) e o irmão (também faleceu, desconhece como). Desconhece se há antecedentes familiares de doença mental.

Quanto à sua história de doença actual, refere ser doente da cabeça após a tropa, que cumpriu na Índia, desconhece há quanto tempo se encontra nesta unidade, como foi internado e o motivo, verbaliza apenas “*que estava doente da cabeça*” sic e que “*ainda está doente da cabeça, muito esquecido*” sic.

### Estratégias/Capacidades

O Sr. W não sabe o que “*fazer para melhorar... da cabeça ...e perna...não gosto de incomodar... gostava de andar á vontade... sem ajuda... da cadeira...das pessoas...esquece-mo muito*” sic, mas considera importante melhorar da cabeça e perna.

### Perspectiva do Enfermeiro

Tem bom aspecto geral, apresentando-se cuidado, pele e mucosas hidratadas e íntegras. Quanto á mímica, expressão e motricidade apresenta olhar expressivo com períodos em que parece estar distante, olhando em frente fixamente ou mesmo baixando-os, a mobilidade está comprometida, desloca-se passivamente em cadeira de rodas (só sabe travar e destravar) após fracturar do colo do fémur em Dezembro de 2009, tendo sido intervencionado no Hospital do Otão, fractura consolidada e já teve

alta da consulta de ortopedia. Observado pela neurologia no serviço de urgência a 15 e 16 de Fevereiro por quadro sugestivo de possível AVC isquémico, sem tradução imagiológica, medicado preventivamente.

Apresenta um tom de voz e postura de mãos adequada, sem rituais maneirismos, estereotípias, movimentos catatônicos, discineticos, tremores ligeiros das extremidades.

A sua apresentação e vestuário estão adequados as circunstâncias climatéricas, tendo uma postura cordial e afável. Apresenta contacto fácil, embora apresente um discurso verbal pobre, muitas vezes com dificuldade na expressão dos seus sentimentos fazendo pausas, tem contudo um bom contacto, é simpático para com os profissionais da equipa e os restantes colegas da unidade.

O seu estado de consciência tem presente às vezes a flexibilidade, existe por períodos um discurso pouco claro e pouco perceptível com consciência de si e do corpo. Apresenta períodos onde se encontra com um olhar fixo e ausente demonstrando falta de concentração e de atenção. Apresenta alterações na polarização de campo (Abreu, 2006) referentes à atenção e concentração com diminuição das mesmas.

Relativamente à orientação espacial reconhece o lugar onde se encontra. Não apresenta desorientação em nenhum período do dia (24 horas). Apresenta desorientação temporal, desconhecendo a data, mês e o ano. Desconhece a estação do ano onde se encontra.

Ao nível autopsíquico conhece o seu nome, no entanto refere ter 62 anos, apesar de ter 72 anos. Ao nível autopsíquico conhece o nome de algumas pessoas à sua volta, embora por vezes precise de ajuda.

Apresenta humor predominantemente eutímico, durante a entrevista mas com períodos de pouca expressividade denotando alguma passividade/tristeza (humor de tonalidade depressiva). Afectos aparentemente mantidos, verbalizando "gostava da mãe e do irmão" sic e (gosta das pessoas com quem convive e todos o ajudam) sic e (o pensamento é lentificado circulando os detalhes, não atingindo as ideias centrais sendo por vezes incapaz de perceber o essencial, divagando ocasionalmente durante a entrevista).

Apresenta alteração da memória, aplicado escala Mini Exame do Estado Mental (MMSE) nomeadamente a recente, desconhecendo o que tinha comido ao almoço desse dia e no jantar do dia anterior, desconhece a que hora se levantou também não sabe

descrever as suas actividades de vida diárias (levantar-se, tomar banho, tomar o pequeno almoço, tomar café, ir à carpintaria...)

Denota dificuldade em aprender novas informações uma vez que apresentou alguma dificuldade em memorizar as palavras (pêro, bola, gato). Apresenta alteração da memória remota uma vez que não se lembra de informações de conteúdo pessoal e do passado que considera importantes, tais como o nome da mãe do pai e do irmão, quando faleceram, sabe que não andou à escola mas não se recorda quem lhe ensinou a conhecer os números.

Mostra desinteresse e apatia por participar em actividades recreativas com tendência ao isolamento, contudo verbaliza que gostava de jogar cartas, dominó e ver telenovelas na Televisão. Foi-lhe mostrado um baralho de cartas e este não conseguiu dizer o valor de cada carta ou como se designavam, no entanto no dominó conhece correctamente cada peça e aplica-as adequadamente mostrando interesse pelo jogo. Refere gostar de ouvir musica nomeadamente (fado) e diz que gosta de ver filmes. No grupo a interacção com os outros sujeitos apresenta períodos como olhar vago, perda de atenção ao contexto que o rodeia olhando fixamente o chão.

Tem como medicação:

Levodopa 100mg + carbidopa 25mg – Pequeno-almoço + Jantar

Biperideno 2mg – Almoço

Levomepromazina 100mg – Deitar

Risperidona 2mg – Jantar

Enalapril 5mg – Pequeno-almoço

Sinvastatina 20mg – Jantar

Acido Acetilsalicilico 100mg – Almoço

Terapêutica Depôt – Haloperidol (decanoato) 100mg, IM de 21/21 dias

Encerramento da entrevista

Despedi-me do Sr. W, reforçando o facto da confidencialidade dos factos e comprometendo-me a ajuda-lo a ultrapassar algumas dificuldades. Reforçando que a sua

participação nas actividades propostas é de livre adesão, e que se quiser desistir a qualquer momento o pode fazer, garantindo a privacidade e a segurança.

Ficou marcada a realização de actividades terapêuticas no horário entre as 16 e as 20 horas, por acordo de ambos, com este horário, o utente pode aderir ao conjunto de actividades terapêuticas e lúdicas que se realizam diariamente entre as 17 e as 18 horas, assim como permite acompanhar a refeição do jantar e a inter-acção social na sala polivalente com jogos, ver televisão, conversar com outros utentes e profissionais.

Tendo perguntado se é para melhorar da cabeça e se é para o ajudar a voltar a andar, tendo eu afirmado que íamos treinar várias situações para melhorar a memória, também o seu equilíbrio e a marcha com vista à sua melhor autonomia, comentário do Sr. W “...para não incomodar ninguém” sic.

#### Análise da interacção

Considero ter sido pertinente e orientador da entrevista o facto de terem sido recolhidos dados e elementos anteriormente, como observação do utente que constituíram indicadores (identificados nos quadros respectivos) das suas actividades de vida diária e interacção social, nomeadamente na prestação de cuidados, na alimentação, na carpintaria, na reunião de enfermaria, na consulta do processo clínico e na equipa multidisciplinar. Ao longo da entrevista demonstrei disponibilidade para escuta e empatia clarificando e validando o que me foi referido pelo Sr. W, de forma a poder reformular novas questões. A utilização de uma entrevista não directiva com base em questões abertas e algumas fechadas foi facilitador da realização da entrevista. Mantive sempre respeito pelos silêncios e mostrei aceitação mantendo uma postura ligeiramente inclinada para o mesmo. Penso assim que consegui com a entrevista diagnóstica, de ajuda, mais do que obter dados adequados para efectuar o diagnóstico o estabelecer de uma relação.

#### Análise de dados

Considero que recolhi o essencial, do Sr. W manteve uma postura descontraída, humor eutímico, fâcies expressivo embora com períodos em que fixa o olhar em frente de modo inexpressivo, com discurso circular à temática, pelo que existiu a necessidade ao longo da entrevista de reformular as questões.

Considero que ao longo da entrevista utilizei a escuta activa, mostrei-me empático e disponível de forma a promover a expressão de sentimentos do Sr. W.

Estive sempre centrado nos dados que obtinha e procurei validar e reformular as questões sempre que necessário.

O facto de ter utilizado uma entrevista não directiva com a realização essencialmente de questões abertas e a boa gestão dos silêncios contribuiu para que o meu discurso fosse adequado e oportuno, obtendo informação necessária sem ser exaustivo. Considero que a entrevista foi bem sucedida, contudo pretendo aprofundar e melhorar a história familiar e pessoal do indivíduo.

### *Avaliação da Situação Clínica*

Na avaliação diagnóstica da situação, foram efectuadas algumas avaliações, aplicados vários instrumentos de avaliação que passo a descrever.

### *Aplicadas escalas de avaliação inicial:*

Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF); 31%

Escala de Barthel - 40 pontos

Avaliação Breve do Estado Mental - 11 pontos

Teste do Relógio - Não se aplicou (utente analfabeto)

Aplicado Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS); Quadro de Avaliação de Checklist de Interesses e Quadro de Avaliação de Competências Sociais; Breve Avaliação das Actividades de Vida Diária referenciado por Cordo (2003) e Avaliação das Actividades de Vida Diária.

### *Intervenções de Enfermagem*

Treino de memória a curto prazo frequentemente

Treino de memória a longo prazo frequentemente

Treino de orientação para a realidade (ao nível temporal, alopsíquica e autopsíquica)  
frequentemente

Treino de actividades de vida diária frequentemente

Apoiar o indivíduo (através da técnica de disponibilizar presença)

Apoiar o indivíduo (através da escuta activa)

Apoiar o indivíduo (através do suporte emocional)

Encorajar o indivíduo (através da terapia de validação)

Estimular o indivíduo (através da terapia da reminiscência)

Estimular o indivíduo (á socialização de grupo)

Motivar o indivíduo (participação na reunião de enfermaria)

## **Actividades Terapêuticas Efectuadas**

### Actividade terapêutica

Treino de memória

Terapia pelas actividades, através da realização de jogos

Data: 18/02/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. W

### Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhorar a sua socialização e interacção com o grupo

Melhorar a memória a curto e longo prazo no indivíduo

Melhoria da atenção

Melhoria da auto-estima

Melhorar a sua motricidade fina

### Plano a implementar

Utilização da técnica de Treino de Memória a curto e longo prazo

Estimular através da Técnica da Reminiscência e avaliar as capacidades relacionadas com a memória remota, recorrendo às peças do dominó

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

As actividades terapêuticas foram planeadas e programadas para uma duração de 30 a 45 minutos.

Foi sempre explicado ao Sr. W os objectivos das entrevistas e das actividades, no que consistiam os exercícios tendo por base a estimulação, para manter a melhor funcionalidade global da pessoa, a auto-estima, o bem-estar, a memória e a atenção.

Ao longo da actividade o Sr. W apresenta dificuldades em recordar o que jantou no dia anterior, também apresenta dificuldade em descrever as suas rotinas correspondentes às suas actividades de vida diárias, consegue dizer “...*ir à carpintaria trabalhar...*” sic. Verbaliza aspectos importantes onde diz o seu nome completo, desconhece o ano em que nasceu (sabe o mês), refere a idade certa (72 anos) não sabe o nome dos pais “...*morreram...*” sic, desconhece a causa. Refere que foi à tropa com 25 anos na Índia, e ficou “...*doente da cabeça...*” sic, desconhece como foi ali parar, foi internado “...*por ser doente da cabeça...*” sic. A memória imediata, recente e remota está diminuída, uma vez que não conseguiu memorizar duas palavras seguidas, respondeu ao lado e que estava esquecido. A auto-estima também se encontra diminuída “...*só dou trabalho...*” sic, tendência ao isolamento, coloca-se aos cantos, nas salas de convívio.

Foram efectuados exercícios propostos por (Nunes e Pais, 2007), para avaliar a sua percepção relativamente às cores, figuras geométricas e animais, verificou-se que se encontrava apenas mantida na última e diminuída nas restantes (identifica a cor branca e o vermelho contudo não identifica as restantes e não reconhece as figuras geométricas). Consegue identificar somente a moeda de dois euros, que recebe diariamente da secretária de unidade para gastos correntes pessoais.

Apresenta alguma crítica para a sua situação de saúde/doença “*que anda muito esquecido*” sic e que necessita de “*pensar um pouco mais*” sic e de se “*concentrar mais nas coisas*” sic, pelo que ficou marcado novas actividades terapêuticas para realização do treino de memória.

### Actividade terapêutica

Treino de memória

Terapia pelas actividades, através da realização de jogos

Data: 25/02/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. W

#### Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhorar a sua socialização e interacção com o grupo

Melhorar a memória a curto prazo e longo no individuo

Melhoria da atenção

Melhoria da auto-estima

Melhorar a sua motricidade fina

#### Plano a implementar

Utilização da técnica de Treino de Memória a curto e longo prazo

Estimular através da Técnica da Reminiscência e avaliar as capacidades relacionadas com a memória remota, recorrendo às peças do dominó

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

Ao longo da actividade o Sr. W, referiu sentir-se “...um pouco melhor...”sic e que “...está-me a ajudar a melhorar a minha cabeça...”sic. Foram realizados para a memória imediata, exercícios com duas e três palavras, segundo (Nunes e Pais, 2007), efectuando ambas com sucesso. Postura direita, fixando-se nos meus olhos sempre que

explicava o que pretendia com os exercícios, seguidamente fixava-se nos exercícios de forma a aumentar a sua concentração. Saliento que o Sr. W considera que as actividades o estão a ajudar e também a minha intervenção tem sido adequada.

Voltou a verbalizar gostar de jogar dominó, ficou marcada essa actividade para 03/03/2010, mostrando-se contente, sorri e despede-se com aperto de mão “...boa tarde Sr. Trindade...” sic.

#### Actividade terapêutica

Estimulação da Memória através do Jogo do Dominó

Data: 03/03/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. W

#### Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhorar a sua socialização e interacção com o grupo

Melhorar a memória a curto prazo e longo no individuo

Melhoria da atenção

Melhoria da auto-estima

Melhorar a sua motricidade fina

#### Plano a implementar

Utilização da técnica de Treino de Memória a curto e longo prazo

Estimular através da Técnica da Reminiscência e avaliar as capacidades relacionadas com a memória remota, recorrendo às peças do dominó

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

Foi colocado no gabinete em cadeira de rodas, de frente para a secretária com postura adequada. Mostrei a caixa do jogo com as peças “*gosto muito de jogar...não me lembrava do que combinámos*” *sic*. No início do jogo Sr. W, distribuiu as peças, durante o jogo esteve atento e jogou adequadamente fizemos dois jogos com muito agrado do Sr. W, que verbalizou “*...empatamos...não esperava ganhar um jogo...gostei muito de jogar...*”, dados reforços positivos pelo seu desempenho, “*...gostava de jogar com mais pessoas*”*sic*. Ficou acordado nova actividade como sugerido pelo Sr. W, para quarta-feira 10/03/2010, na sala de convívio.

#### Actividade terapêutica

Técnica de treino de memória e terapia de actividades através da realização de um jogo de dominó

Data: 10/03/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. W, grupo de três amigos utentes e utentes da unidade.

#### Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhorar a sua socialização e interacção com o grupo

Melhorar a memória a curto prazo e longo no individuo

Melhoria da atenção

Melhoria da auto-estima

Melhorar a sua motricidade fina

#### Plano a implementar

Utilização da técnica de Treino de Memória a curto e longo prazo

Estimular através da Técnica da Reminiscência e avaliar as capacidades relacionadas com a memória remota, recorrendo às peças do dominó

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

### Actividade Jogo de Dominó

O Sr. W preparou e distribuiu as peças do jogo de dominó correctamente, apresentou uma interacção adequada no grupo, postura correcta na cadeira. Olhava fixamente as peças e por vezes os colegas de jogo, mantendo a atenção, sem que a presença dos outros o distraíssem.

Foi sorrindo á medida que o jogo decorria, tendo sido aplicado a técnica de validação, promoção de suporte emocional e escuta activa. Verbalizou no final do jogo que “...tenho-o ajudado a conviver com os amigos” sic e que se sentiu “...bem por ter jogado...não ganhei...mas gostei muito...” sic. No final da actividade referiu que gostava de voltar a jogar e combinou com os amigos “amanhã jogamos outra vez” sic, o que todos concordaram.

### Análise e Reflexão da actividade/entrevista

A Terapia da Reminiscência inerente ao envolvimento da actividade (jogar dominó) o Sr. W, mantém melhoria da memoria remota permitindo-lhe jogar com atenção e concentração, conforme o indicador V.

Através da Técnica de Validação, os reforços positivos dirigidos ao Sr. W, estimulou a que este jogasse correctamente, com inter-acção adequada no grupo, mantendo postura direita na cadeira, conforme indicador IV.

As Técnicas de Disponibilizar Presença, Escuta Activa e Promoção de Suporte emocional, foram eficazes, uma vez que mantém interesse nas actividades terapêuticas planeadas, conforme verbaliza no final da actividade “...gostei muito...”sic, e também por aderir continuar a jogar com os amigos “amanhã jogamos outra vez” sic, a actividade revela-se promotora de melhor inter-acção social, conforme indicadores I; II; III.

Actividade terapêutica

Treino das Actividades de Vida Diária

Data: 18/03/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. W

Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhoria da atenção e da sua orientação

Melhoria da auto-estima

Melhorar o treino das actividades de vida diária nomeadamente os cuidados de higiene e conforto

Plano a implementar

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

Treino das actividades de vida diária

O Sr. W estava sentado na sala de convívio, após o jantar, tinha pedido o pijama que estava colocado em cima da cama, colocou a toalha e pijama no colo, deslocou-se com ajuda até ao WC na cadeira de rodas, foi estimulado a despir-se e a colocar a roupa suja no local próprio para o efeito, reforçado o que fez correctamente “...tudo tem lugar...as auxiliares ajudam muito...” sic. Tomou banho com orientação e ajuda, pela dificuldade de mobilidade, assim como para se secar, “...sabe, eu antes de partir a perna, fazia melhor as coisas...mas costumam ajudar...” sic.

Feito ensino de higiene oral e executado pelo Sr. W adequadamente. Esteve sempre com uma postura de interesse, olhar atento, discurso adequado ao tema. Reforçado que deveria lavar os dentes ao deitar e após as refeições, “...sim, mas sou

*esquecido...desta vez não me vou esquecer...vou lavar sempre os dentes” sic.* Foi transportado para o quarto onde guardou os seus artigos de higiene no armário e mesa-de-cabeceira.

Perguntou “...quando voltava para fazer mais exercícios...”, pelo que ficou marcado treino para dia 25/03/2010, relacionado com a orientação para a realidade, estações do ano e actividades que faz ao longo do dia.

Actividade terapêutica

Terapia de Orientação para a Realidade

Terapia de Reminiscência relativamente às actividades que desenvolve ao longo do dia

Data: 25/03/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. W

Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhorar a memória a curto prazo e longo no individuo

Melhoria da atenção e da orientação

Melhoria da auto-estima

Plano a implementar

Relembrar através da técnica da reminiscência as actividades que desenvolve ao longo do dia.

Melhorar a orientação através da técnica de orientação para a realidade e da técnica da reminiscência

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

Realizada a entrevista de acompanhamento com a duração de 30 minutos, explicado o objectivo, pelo que pretendia treinar e relembrar as actividades desenvolvidas durante o dia.

Foi utilizada a técnica da reminiscência e da validação para o ajudar, o treino consistiu em conseguir que o Sr. W, no final relate o que faz desde o levantar até ao deitar. Foram utilizadas figuras e objectos de forma a construir o seu dia, identificando e relacionando o que fazia, referiu que "...as imagens ajudam a lembrar...às vezes esqueço..." sic.

Manteve uma postura direita, bem-disposto, atento e concentrado, discurso adequado ao longo da entrevista.

Actividade terapêutica

Terapia de Orientação para a Realidade

Terapia de Reminiscência Direccionada para (estações do ano)

Data: 30/03/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. W

Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhorar a memória a curto prazo e longo no individuo

Melhoria da atenção e da orientação

Melhoria da auto-estima

Melhorar a sua motricidade fina

Plano a implementar

Estimular a memória a longo prazo através da técnica da reminiscência

Melhorar a orientação através da técnica de orientação para a realidade e da técnica da reminiscência

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

O Sr. W, estava sentado na cadeira de rodas no alpendre, cumprimentou-me adequadamente, com postura direita e de aceitação à minha presença pelo comportamento verbal e não verbal. Fomos para o gabinete e iniciamos à actividade, o Sr. W, apenas identificava o *“Verão e o Inverno”* sic, como estações do ano, lembrei a Primavera e o Outono, com recurso a imagens (uma vez que o Sr. W não sabe ler nem escrever).

Associado à técnica de orientação para a realidade, associei a técnica da reminiscência, para a Primavera anexe imagens de andorinhas e outros pássaros, flores e campos verdes; no Verão anexe sol, praia, sardinhas (o Sr. W é da região de Setúbal); ao Outono anexe imagens das vindimas, folhas a cair e chuva; ao Inverno anexe neve, lareira, frio, *“...já vi neve...há muitos anos...”* sic.

O Sr. W, manteve sempre postura de interesse, à vontade e de satisfação, sorrindo com frequência, discurso curto adequado ao tema e atento aos exercícios.

O Sr. W, habitualmente não comparece na Reunião de Enfermaria, que se realiza com periodicidade semanal, às terças-feiras onde são expostos e debatidos todos os assuntos de interesse pelos utentes com supervisão de elementos da equipa multidisciplinar, *“...eu esquece-me...não sei...falo pouco...”*, ficou acordado ir à próxima reunião a 06/04/2010.

Actividade terapêutica

Reunião Comunitária

Data: 06/04/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. W, todos os utentes da unidade que quiserem participar.

Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhoria da atenção e concentração

Melhoria da auto-estima

Reduzir a ansiedade e o isolamento

Estimular a participar na reunião

Plano a implementar

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

Aumentar a sua interacção social através da sua participação na reunião de enfermaria

Acordado antecipadamente com o moderador da reunião, solicitar a participação do Sr. W.

Fui buscar o Sr. W ao ateliê de carpintaria, recordando que a reunião ia começar pelas 10.30 horas, olhou surpreso e “*já estava esquecido...mas vou...*” sic, sorriu.

A reunião durou cerca de 50 minutos, o Sr. W, manteve postura direita, olhar expressivo e atento ao longo da reunião, com períodos em que baixava a cabeça e fechava os olhos. Quando solicitado a falar “*...não sei...não tenho nada para dizer*”

sic. Após a reunião ter acabado, ficou sozinho na minha presença e quando questionado como tinha decorrido a reunião “foi boa...gostei...tenho de vir mais vezes...”sic, questionado porque gostou e porque quer vir mais vezes, “ ...na reunião...fico a saber as coisas...é bom saber...” sic. Foi lembrado da data da nova reunião e acordado comparecer.

### Actividade Terapêutica

Reunião Comunitária (realizada com frequência semanal)<sup>9</sup>

Data: 13/04/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. W, todos os utentes da unidade que quiserem participar.

#### Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhorar a sua socialização e interacção com o grupo

Melhorar a memória a curto prazo e longo no indivíduo

Melhoria da atenção e da sua orientação

Melhoria da auto-estima

Estimular a participar na reunião

#### Plano a implementar

Aumentar a sua interacção social através da sua participação na reunião da enfermaria

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

O Sr. W quando cheguei à sala onde se realiza as reuniões, encontrava-se com outro colega que o ajudou a deslocar-se em cadeira de rodas, “*Bom Dia Sr. Enfermeiro Trindade*” esticou-me a mão e cumprimentou-me “...*não me esqueci da reunião...pedi a ele para me trazer...*” sic. A reunião durou cerca de 45 minutos, cujo tema escolhido foi os preparativos para a festa do 25 de Abril e a escolha da ementa melhorada para esse mesmo dia. O Sr. W inscreveu-se para falar e comunicou para o grupo em tom de voz perceptível e adequado “...*gosto de festas, gosto de comer bacalhau, é bom...*”sic, o moderador da reunião perguntou se era uma sugestão o prato de bacalhau, o Sr. W, respondeu que “...*sim, com natas...*”sic, esta sugestão foi aceite pela maioria dos presentes, para grande satisfação do Sr. W que ficou muito sorridente e no final da reunião referiu “*gostei de vir...não me esqueci...escolhi o bacalhau...*” sic.

Ficou acordado fazer exercícios com recurso a dinheiro real, “*sim é difícil...é dinheiro novo...ajuda-me...*”sic.

#### Actividade terapêutica

Treino de Competências Sociais relativamente ao Reconhecimento do Dinheiro

Data: 15/04/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. W

#### Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhorar a memória a curto prazo e longo no individuo

Melhoria da atenção

Melhoria da auto-estima

#### Plano a implementar

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

Treino de competências sociais relativamente à gestão do dinheiro

O Sr. W, cumprimentou-me como habitualmente e adequadamente, no gabinete e após breve conversa, iniciei a actividade mostrando as diferentes moedas e respectivo valor, realizados vários exercícios, “...é importante conhecer o dinheiro...os euros...fico baralhado...”sic, “...está tudo mais caro... o dinheiro é pouco...”sic.

Fez a avaliação da entrevista questionando e respondendo à medida que ia mostrando uma a uma moedas e notas. Engana-se confundindo por vezes a moeda de “um cêntimo”sic por a de “dez cêntimos”sic, sendo corrigido e mostrando as cores e tamanho que eram diferentes em cada moeda. Manteve sempre uma postura atenta e concentrada debruçando-se sobre o dinheiro para o visualizar mais perto.

Verbalizou “...estou preocupado com os trocos...podem enganar-me no bar...”, local onde diariamente consome um bolo e sumo, ficou acordado nova actividade para treino de competências sociais, relacionado com a gestão do dinheiro.

Actividade terapêutica

Treino de Competências Sociais relativamente ao Reconhecimento e Gestão do Dinheiro

Data: 21/04/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. W

Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhorar a memória a curto prazo e longo no individuo

Melhoria da atenção

Melhoria da auto-estima

Plano a implementar

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

Treino de competências sociais quanto à gestão do dinheiro (efectuar compras)

O Sr. W, cerca das 10.30 horas, encontrava-se na cadeira de rodas no Bar da unidade, com outros colegas numa mesa a conversar. Cumprimentou-me “*Bom Dia Sr. Enfermeiro Trindade*” sic e verbalizou que “*tenho dinheiro, mas hoje deram-me, várias moedas, mas são dois euros tudo...quero comprar um bolo e um sumo*” sic.

Dirigiu-se à caixa para pedir e efectuar o pagamento, olhou para mim e perguntou “*pago com qual?*” sic, foi solicitado a sua concentração para identificar as moedas e pagar “*já está*” sic, com satisfação pediu ao balcão e foi colocado o sumo e o bolo na mesa “*gosto de bolos e sumo*” sic, sorrindo com satisfação. Despediu-se agradecendo “*...muito obrigado...*” sic.

### Análise e reflexão das actividades efectuadas

Relativamente à memória imediata e de curto prazo inicialmente verificava-se existir uma dificuldade em reter informação por curto espaço de tempo, apresentando-se diminuída, pelo que foram utilizados exercícios para treino de memória proposto no livro realizado por Nunes e Pais (2007). Relativamente à memória remota apresenta-se também diminuída.

O treino repetido dos exercícios revela uma melhoria da memória imediata e de curto prazo, manifestado por aumento da concentração, conseguindo reter três palavras, na remota conseguiu verbalizar que comeu ontem ao “*jantar frango assado com batata...e arroz*” sic.

Mostrou-se interessado e mais concentrado à medida que iam decorrendo os exercícios, as percepções, indicador VI; relativamente às cores consegue reconhecer a cor branca, vermelha e preta, confunde o vermelho com encarnado e tem muita dificuldade em dizer as restantes cores, confunde as figuras geométricas, consegue dizer os animais correspondentes às imagens e identifica a moeda de 2 euros.

O treino repetido dos exercícios revela uma melhoria, reconhece todas as moedas, notas e o seu valor correspondente mas não consegue fazer trocos, mantém dificuldades para identificar as figuras geométricas e nas cores também.

Quanto à atenção, mantém curtos períodos em que divaga do tema por perda de atenção, por vezes o discurso é descontinuado face ao contexto.

O treino repetido dos exercícios revela uma melhoria da auto-estima “...*estou um pouco melhor...às vezes consigo fazer...as coisas...sic*, apresenta-se congruente na postura, olha-me nos olhos e sorri com satisfação. O seu comportamento verbal é congruente por vezes isola-se das pessoas, na reunião comunitária não fala e por vezes está distante.

### Relativamente às técnicas aplicadas há que referir:

O disponibilizar presença, indicador I; manifestou-se no interesse pela minha presença, uma vez que inicialmente falava pouco, respondendo correctamente com frases curtas, apresentava-se pouco expressivo e reservado. A sua postura foi ficando no

decorrer das actividades mais descontraída, olhar atento com sorriso nos lábios e rosto expressivo, no final das actividades despedia-se adequadamente tratando-me pelo nome.

O oferecer escuta activa, indicador II; foi facilitador da expressão de sentimentos verbalizando “ *...na reunião...fico a saber as coisas...é bom saber...* ” sic.

O promover suporte emocional, indicador III; permitiu a verbalização de “*...receio de se esquecer...*” sic, pelo que foi motivado e encorajado através do reforço positivo ao longo da realização das actividades de treino, adoptando no final uma atitude mais interessada, calma e serena.

Estas técnicas foram eficazes, uma vez que mantém interesse nas actividades terapêuticas planeadas, verbalizou no final do jogo “*...gostei muito...*” sic, o dominó funciona como actividade lúdica promotora da interacção social do Sr. W.

No que diz respeito a comunicação não verbal durante a actividade efectuei a demonstração de uma atitude de empatia, de compreensão e de disponibilidade, no final mostra-se mais atento e interessado.

A técnica de validação, indicador IV; permitiu que estivesse atento e a concentrar-se ao longo da realização dos exercícios, reduzindo a ansiedade relativamente ao seu esquecimento, conseguindo verbaliza-lo.

Foi através da técnica de reminiscência, indicador V; associada aos exercícios inerentes a estimulação da memória, que foram apresentadas as diferentes figuras geométricas, cores, animais e as diferentes moedas de forma a identificar o seu valor. A melhoria da memória remota permitiu-lhe jogar com atenção e concentração.

#### Análise e reflexão

Relativamente às técnicas aplicadas à que referir: a disponibilidade de presença, indicador I; permitiu que a minha intervenção tenha sido eficaz, solicitando a minha presença, mostrando interesse pela minha intervenção e pelas minhas actividades.

A escuta activa, indicador II; foi facilitadora na verbalização de sentimentos “*... gostei muito de jogar...*” sic, propôs jogar com mais pessoas, mantendo uma postura congruente com o seu humor.

A promoção de suporte emocional, indicador III; apesar de não ter facilitado a verbalização de medos e receios relacionados com a sua saúde, facilitou a adopção de uma postura disponível e de interesse face às actividades desenvolvidas.

A técnica de validação, indicador IV; contribuiu para uma melhoria da sua autonomia, interação social e da sua auto-estima simultaneamente, esteve sempre com postura adequada e com boa interação com o grupo.

Por sua vez a terapia da reminiscência, indicador V; permitiu relembrar as peças do dominó, melhorando a orientação a memória remota ou recordar o jogo do dominó, para além de ter estimulado a apreensão fina.

### Entrevista de Acompanhamento e Ajuda

**Local:** Gabinete Médico

Data: 29/04/2010

**Intervenientes:** Enfermeiro Fernando Trindade e o Sr. W

#### Objectivos:

- Avaliar o impacto das intervenções de enfermagem
- Avaliar a evolução das AVD's e das competências sociais do Sr. W

#### Plano a Implementar:

- Operacionalização das acções de enfermagem planeadas, com base nesta avaliação;
- Fornecimento de suporte e apoio psicológico;
- Utilização da técnica de relação de ajuda
- Encorajar através da Técnica da Validação

Esta entrevista foi realizada em contexto formal, no gabinete médico, sala adequada e preparada para realização de entrevistas com ambiente tranquilo e acolhedor, onde a privacidade é elemento terapêutico fundamental.

O Sr. W encontrava-se no exterior debaixo do alpendre à sombra, acompanhado de dois colegas a ouvir rádio e a conversar, quando me viu ao longe sorriu espontaneamente e depois esticou-me a mão para me cumprimentar “boa tarde...Sr.

*Trindade...hoje falamos...” sic.* Mais espontâneo e sociável, mais integrado e participativo com o grupo, pediu a um dos colegas para o colocar no gabinete médico, com o meu consentimento.

Relativamente à sua doença *“está melhor...não ando tão esquecido...tenho ido às reuniões...á carpintaria...jogo dominó” sic.*

Mantém um bom aspecto geral, apresentando-se cuidado, pele e mucosas hidratadas e íntegras. A sua apresentação e vestuário mantêm-se adequados, adoptando uma postura afável e cordial.

Quanto à mímica está mais expressivo mantém uma postura atenta e concentrada, mantendo as melhorias da polarização de campo, segundo (Abreu, 2006), este deve estar organizada para que permitam uma actividade mental adequada no sujeito, olhando sempre que necessário nos olhos embora com curtos períodos em que ainda baixa a cabeça e fecha os olhos.

O contacto mantém-se fácil, embora mais interactivo com os profissionais e os colegas da unidade, colaborando a indicações simples e intervindo para chamar a atenção de outros quando distraídos, *“Sr. Enfermeiro está a chamar...olha...estás a ouvir...” sic.*

O seu discurso está mais claro, perceptível e adequado, embora pobre, conversando por frases curtas, contudo mais contextualizado, no entanto mantém períodos com dificuldade em ser objectivo e/ou definir melhor o que pretende, *“ mais ou menos...não sei...” sic.*

Relativamente à orientação espacial mantém-se mais orientado, verbaliza adequadamente a idade (nível autopsíquico), a data e a estação do ano em que se encontra, por vezes necessita de ser estimulado, reconhece o nome das pessoas à sua volta (alopsíquica), raramente consegue dizer o ano em que se encontra.

O seu pensamento está menos lentificado, contudo divaga ocasionalmente durante a entrevista.

Actualmente está mais autónomo na deslocação em cadeira de rodas, renitente às estimulações e ao apoio disponível para dar uns passos apoiado, *“não consigo... não sou capaz...” sic.* Após vários reforços positivos e de estimulação de auto-confiança, adere a deambular apoiado por curtos períodos, postura muito flectida incluindo as pernas, no entanto *“estou a andar!? ... não aguento muito... posso cair...”sic.* Sorridente e satisfeito, mas receoso de cair.

Não verbaliza actividade delirante ou alucinatória e quando questionado nega, mantém crítica para a situação de doença, “*a cabeça às vezes não ajuda... fica oca... não pensa em nada... sinto-me melhor...*”sic, “*tenho estado menos esquecido*”sic.

Relativamente às actividades de vida diária, mantém alguma dependência, isto é, fica algumas vezes na expectativa de ser a Assistente Operacional, a fazer (lavar-se, vestir-se) ou a escolher (roupa), no entanto pede para mudar de roupa, “*...quero outra blusa... estou sujo...*”sic.

Após a 1ª entrevista reiniciou a actividade ocupacional no ateliê de carpintaria (que tinha deixado desde o internamento na ortopedia por fractura do colo do fémur), um período da manhã e outro da tarde, acompanhado pelo monitor, contudo é pouco estimulado, mantendo sempre a mesma rotina de movimentos na apreensão, uma vez que executa sempre um movimento correspondente ao lixar o material de madeira.

No entanto o convívio social com outros utentes do ateliê, ouvir música, contribui para a sua satisfação como mostra o fâcies sorridente e verbaliza “*...gosto disto... ajuda-me... estou contente...*”sic.

#### Análise e Reflexão da Entrevista de Ajuda e Acompanhamento

O Sr. W apresenta aumentada a percepção de si mesmo, indicador VI; manifestando-se através da aparência cuidada (preocupação em fazer a barba, mudar a roupa suja após refeição), maior expressividade e mais adequada (com períodos em que está mais atento aos temas as actividades desenvolvidas) melhor contacto verbal, embora com linguagem pobre.

Melhoria ao nível da consciência, indicador VII; manifestando-se através do discurso mais claro, embora empobrecido é contínuo relativamente às suas temáticas, contudo mantém períodos em que rodeia o tema central, pensamento reflexivo. A atenção e a concentração estão aumentadas, manifestando-se através da sua linguagem não verbal ao olhar-me nos olhos durante a entrevista e verbal com um discurso adequado.

Progresso do nível de pensamento, indicador VIII; através do aumento da atenção e da concentração, contudo ainda divaga e circula o tema por curtos períodos.

Tendo em consideração os indicadores mencionados por (Sequeira, 2006), a terapia de orientação para a realidade foi utilizada como um recurso.

A auto-estima apresenta-se melhorada sendo mais positivo relativamente a sua situação de doença “*a minha cabeça as vezes não ajuda...mas não tenho visto coisas agora...sinto-me bem... tenho feito bem os exercícios*” sic.

A sua comunicação não verbal revela uma melhoria da sua socialização com um comportamento mais interactivo, expressando-se mais adequadamente. A estimulação recreativa e de lazer teve em consideração aspectos inerente, mencionado por Nunes e Pais (2007), de forma a estimular a sua participação em actividades que proporcionem prazer e bem-estar, com vista a sua reabilitação ocupacional e segundo Cordo (2003), associando benefícios, nomeadamente a melhoria da sua auto-imagem, redução dos problemas psicóticos, criar e estabelecer relações com outras pessoas, motivar o processo de reabilitação e aumentar a auto-confiança no sujeito. À excepção do jogo do dominó não apresenta muita iniciativa/vontade para desenvolver actividades lúdicas, mas tem aderido com satisfação às solicitações.

Quanto à orientação temporal, indicador IX; está melhor, sabe identificar os dias da semana e a data em que se encontra, mantém contudo dificuldade em dizer o ano. Relativamente às estações do ano menciona-as mas com ajuda, pelo que há necessidade de recorrer à técnica de reminiscência, para poder identificar a (Primavera e o Outono).

Foi utilizada posteriormente a terapia de reminiscência, tal como sugerido por Caldas et al (2005) uma vez que este revela no seu estudo que os sujeitos beneficiam mais da terapia da reminiscência se primeiro for submetido a terapia de orientação.

A orientação autopsíquica, indicador IX; também se encontra melhorada, verbaliza que tem 72 anos e que faz os 73 em Agosto, mantém lembranças relativamente à sua família “*tive Pai, tive Mãe, tive Irmão... que morreram*” sic. A orientação alopsíquica está melhor, diz o meu nome correctamente, conhece e sabe o nome dos colegas de quarto e da maior parte dos profissionais.

A sua memória imediata indicador IX; apresenta-se melhorada lembrando-se do exercício feito sobre a atenção diz “*apontei para as bolas do livro*” sic, exercício proposto por Nunes e Pais (2007), também consegue mencionar com treino três/quatro estímulos e na memória recente (identifica que comeu na ultima refeição, incluindo sobremesa, estão ambas melhoradas. A memória remota apresenta-se melhorada mantendo referência à família e às estações do ano.

Segundo Nunes e Pais (2007), a memória permite ao sujeito efectuar um registo mental com retenção e recordação de experiências, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos passados quando diminuída existe a necessidade de ser estimulada. Para tal, foi utilizada inicialmente a teoria de orientação para a realidade tendo em consideração os aspectos mencionados por (Fernandes, Purificação, 2006), de seguida foi utilizada a intervenção terapêutica da teoria da reminiscência que melhorou a memória remota tal como sugerido por Caldas et al (2005).

Também a “gnosia”, indicador X; se revelou importante nas melhorias relacionadas com a memória, no que diz respeito ao conhecimento visual já utilizada nas actividades terapêuticas anteriores e relacionado com a sua memória. A “gnosia” está relacionada com o reconhecimento visual auditivo e táctil, exercícios utilizados nas actividades terapêuticas relacionados com a memória. (Nunes e Pais, 2007)

As suas percepções, indicador XI; estão melhoradas. Melhoria no reconhecimento visual das cores e das figuras geométricas, consegue identificar mas com ajuda, reconhece e identifica visualmente os animais tais como: cão, gato, cavalo, leão, mocho, entre outros. Melhor reconhecimento do dinheiro, (recorrendo a dinheiro real) anteriormente só reconhecia a moeda de dois euros (valor diário, entregue por técnico para despesas correntes), actualmente identifica com ajuda as diferentes moedas e notas, mostra-se mais seguro e confiante (menos desconfiado), quando faz compras no bar, embora não consiga fazer bem os trocos. Consegue com alguma ajuda descrever as actividades de rotina do dia-a-dia.

#### Plano Terapêutico de Manutenção das *Intervenções de Enfermagem*

Treino de memória a curto prazo, semanal

Treino de memória a longo prazo, semanal

Treino de orientação para a realidade (ao nível temporal, alopsíquica e autopsíquica), semanal

Treino de actividades de vida diária frequente

Apoiar o indivíduo (através da técnica de disponibilizar presença), frequente

Apoiar o indivíduo (através da escuta activa)

Apoiar o indivíduo (através do suporte emocional)

Encorajar o indivíduo (através da terapia de validação)

Estimular o indivíduo (através da terapia da reminiscência)

Estimular o indivíduo (á socialização de grupo), frequente

Motivar o indivíduo (participação na reunião de enfermaria), semanal

### **Relativamente às técnicas aplicadas há que referir:**

O disponibilizar presença, indicador I; facilitou: uma postura verbal e não verbal, de agrado à minha presença; uma postura de interesse ao longo das entrevistas e nas actividades desenvolvidas; uma abordagem espontânea; mantém atitude de aceitação, manifestando-se através da sua postura, olhar e expressão com interesse na participação na reunião de enfermaria.

O oferecer escuta activa, indicador II; facilitou: no reforço das ideias e repetições das mesmas valorizando a sua presença no que resultou numa postura mais atenta, adequada e descontraída. Demonstrou no final mais interesse e mais vontade em realizar os exercícios.

O promover suporte emocional, indicador III; após vários reforços positivos verbaliza que tem interesse nas reuniões pois assim sabe do que se passa e também pode falar. Demonstrou no final uma atitude mais interessada, na realização das actividades de treino, calmo e sereno.

A técnica de validação, indicador IV; permitiu apresentar um maior interesse na participação em actividades de grupo (reuniões, jogos) mantém-se o sorriso espontâneo e olhar expressivo com melhor interacção social, postura adequada e descontraída.

A técnica da reminiscência, indicador V; associado aos exercícios inerentes à estimulação da memória, onde foram apresentadas as diferentes figuras geométricas e as cores, permitiu identificar e reconhecer algumas destas realidades. No que diz respeito aos exercícios com a visualização dos animais e o valor do dinheiro real, permitiu identificar e reconhecer correctamente estas realidades.

## AValiação DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Após as intervenções de enfermagem o SR. W, apresenta-se mais expressivo, sorridente ao contacto, olhar atento, estica a mão para me cumprimentar e diz “*olá Sr. Enf. Trindade, bom dia...*” sic, mais interactivo com o meio circundante, solicitando ajuda quando necessário para se deslocar, aos profissionais e aos seus colegas.

O seu discurso está mais claro, perceptível e adequado, embora pobre, utiliza frases curtas, contudo mais contextualizadas, mantendo curtos períodos em que tal não ocorre, verbalizando “*...não sei...*” sic, não conseguindo definir melhor o pretendido, ou mesmo “*...mais ou menos...*” sic, expressando os seus sentimentos mais facilmente.

Apresenta melhorias com o aumento da atenção e concentração, não só por se apresentar mais atento ao que o rodeia, mas por apresentar menores períodos de tempo em que mostra estar ausente, embora esteja presente na sala de convívio, interage mais com as pessoas.

No que diz respeito à orientação espacial, está mais orientado dizendo adequadamente a idade (nível autopsíquico), no dia 29 de Março foi por mim acompanhado ao exterior em ambulância para efectuar uma avaliação médica no Centro de Saúde do Faralhão com o objectivo de passar a usufruir do complemento de reforma por dependência e corrigiu o médico, quando este afirmou o senhor tem 73 anos “*não senhor doutor, só faço 73 anos em Agosto*” sic. Consegue dizer a data e a estação do ano em que se encontra, reconhece o nome das pessoas à sua volta (nível alopsíquica), contudo não consegue dizer o ano.

O seu pensamento apresenta-se menos lentificado, divagando ocasionalmente durante a entrevista.

Mantém preocupação pela sua dependência de terceiros para se deslocar, no entanto já solicita ajuda espontaneamente. Muito defensivo para com todas as manobras de mobilização, receios de nova queda e dores quando faz carga no membro, independentemente da ajuda e dos contínuos reforços positivos dos objectivos alcançados, “*...eu caio... não consigo...tenho medo...*” sic.

Não foram detectadas outras alterações a nível sensorial e da percepção, mantendo crítica para a sua situação de doença “*...a minha cabeça às vezes não ajuda...estou bem... é dos exercícios...*” sic.

Referiu ainda relativamente às actividades de vida diária que tem lavado os dentes mais vezes após as refeições “...às vezes esqueço-me...” sic e não se tem esquecido de lavar as mãos antes de comer, é ajudado diariamente nos cuidados de higiene e conforto, diz “...eu escolho a roupa que visto com ajuda das auxiliares...” sic.

Mostra-se mais interactivo, ao estimular a sua participação em actividades que proporcionam prazer e bem-estar (jogar, passear e ocupar-se), (Nunes e Pais, 2007) com vista à sua reabilitação ocupacional, associando benefícios de melhoria da sua auto imagem, criar e estabelecer relações com outras pessoas, motivar o processo de reabilitação e aumentar a auto confiança no sujeito (Cordo, 2003), participação na reunião de enfermaria, nas actividades terapêuticas de grupo (jogos), não se quis inscrever para os jogos de comemoração do 25 de Abril, que se realizou na unidade no dia 23 de Abril sexta-feira, mas participou no jogo do dominó que se realizou em paralelo ao da competição, assim como trauteou algumas canções alusivas ao 25 de Abril durante a actuação do coro dos utentes na festa “...estou...contente com a festa...bom almoço...gosto de bacalhau...é divertido a musica... cantar...” sic.

Despedi-me do Sr. W, a sorrir disse “até amanhã Sr. Enf., eu estou cá...quando quiser...eu gosto de falar...fazer coisas...adeus...” sic.

#### Aplicadas escalas de avaliação final:

Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF); 40%

Escala de Barthel - 65 pontos

Avaliação Breve do Estado Mental - 18 pontos

Teste do Relógio; Não se aplicou (utente analfabeto)

Aplicado Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS); Quadro de Avaliação de Competências Sociais; Breve Avaliação das Actividades de Vida Diária referenciado por Cordo (2003) e Avaliação das Actividades de Vida Diária.

## **CASO CLINICO II – Utente K**

*Programação/Planeamento*

*Entrevista Diagnostica; de Ajuda*

Instituição: CHS; UDEP

**Local:** Gabinete Médico

Data: 17/02/2010

**Intervenientes:** Enfermeiro Fernando Trindade e o *Sr. K*

*Objectivos:*

- Avaliar o estado psicopatológico e as suas repercussões na orientação, memória imediata, recente e remota, assim como as repercussões nas AVD's;
- Avaliar as competências sociais;

*Plano a Implementar:*

- Operacionalização das acções de enfermagem planeadas, com base nesta avaliação;
- Fornecimento de suporte e apoio psicológico;
- Utilização da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional;
- Utilização da técnica de relação de ajuda

Esta entrevista foi realizada em contexto formal, no gabinete médico, sala adequada e preparada para realização de entrevistas com ambiente tranquilo e acolhedor, onde a privacidade é elemento terapêutico fundamental.

A entrevista de avaliação diagnóstica é sobreponível ao da intervenção terapêutica. Lopes (2006) refere ser fundamental para compreender a forma como o utente vive a sua doença, existindo a necessidade em compreender os seus sinais e sintomas e identificar a ajuda que necessita para ultrapassar as dificuldades sentidas

### Preparação Previa da Entrevista

Antes de realizar a entrevista recolhi informações sobre a situação clínica, existente no processo clínico nesta unidade e no arquivo central do CHS, também junto de outros profissionais da equipa multidisciplinar (Assistente Social; Enfermeiros; Monitores Oficinais).

Para além das funções que exerço nesta Unidade de Enfermeiro Chefe com um conhecimento privilegiado dos utentes, dinâmicas, normas de procedimento, definição de funções dos profissionais por turno, métodos de trabalho instituídos, consultei as orientações para a realização de entrevista e de observação do utente enumeradas por Abreu (2006).

O local escolhido foi preparado de forma a conferir privacidade, boa claridade e um ambiente terapêutico. Este permitiu posicionar o utente, sem no entanto impor a minha presença, facilitando a expressão de sentimentos. (Lopes, 2006)

Optei pela entrevista não directiva, as questões foram abertas na sua maioria e algumas fechadas de forma a poder recolher informações adequadas e aliadas à empatia e escuta activa.

Foi tido em consideração os aspectos éticos, nomeadamente garantir a confidencialidade dos dados obtidos e solicitar o seu consentimento para a recolha de dados relevantes ao longo da entrevista, de forma a poderem ser utilizados posteriormente na análise.

### Definição de Papeis e Espaços

A entrevista decorreu no dia 17/02/2010. Solicitei a colaboração do utente para entrevista e expliquei qual era o seu propósito, como iria decorrer e o tempo que aproximadamente iria demorar e a importância da mesma para o meu trabalho.

Acompanhei o *Sr. K* até ao gabinete médico, onde previamente preparei o espaço, procurei colocar o entrevistado o mais à vontade possível e tentei manter uma postura não verbal adequada e coerente. Foi colocado num ângulo de 90° em relação ao entrevistador, sem impor a minha presença, respeitando o espaço vital do utente, como sugerido por Abreu (2006), em simultâneo transmiti interesse e disponibilidade,

debruçando-me ligeiramente sobre o mesmo. Perguntei se estava confortável, “*sim estou bem*” *sic*.

Ao iniciar a entrevista tornei a clarificar o meu papel e a minha função, demos início à entrevista, explicando que a mesma tem como objectivo identificar os aspectos que podem ser melhorados posteriormente em entrevistas futuras, de maneira a contribuir para a sua satisfação/recuperação. Primeiramente falei que o Sr. K é uma pessoa discreta, sociável e amiga dos outros utentes, tendo respondido “*sim é verdade, sou assim*” *sic*, surgindo como questões quebra-gelo, tal como é sugerido por Phaneuf, (2006) e Abreu (2006), colocando-o à vontade para exprimir os seus sentimentos.

Dados recolhidos do processo clínico:

Data de nascimento: 06/08/1941

Estado civil: Solteiro

Documentação: Bilhete de Identidade; Cartão de Contribuinte; Cartão de Utente e de Pensionista.

Natural: Coimbra (SÉ NOVA) - Coimbra

Habilitações literárias: 1º Ano do Ciclo Preparatório

Profissão: Ajudante de Alfaiate

Reformado: Sim; Pensão de Portugal (289€) e de França (133€), total = (422€)

Diagnóstico clínico: Esquizofrenia Paranoide

Primeiro internamento: Ano de 1977 no Hospital Miguel Bombarda, em 1978 passou a internamento completo na UDEP.

Tempo de internamento na UDEP: Trinta e dois (32) Anos

Situação social: Sem suporte familiar.

Actividades terapêuticas/ocupacionais: Ao longo destes anos foi integrado em vários ateliês terapêuticos, (rouparia/alfaiataria, carpintaria, agropecuária). Actualmente ocupa-se no exterior como engraxador de sapatos num hotel da cidade.

Antecedentes médicos: rectorragias por pólipos, fez polipectomia e ficou estável, hipertensão arterial, emagrecimento nos dois últimos meses.

Exames: Análises e Radiografia ao tórax de rotina, ecografia abdominal revela esteatose hepática, ecografia renal cálculo no rim direito com 6mm e ecografia prostática com sinais de hipertrofia benigna.

Actualmente cliente com peso estabilizado, hemodinamicamente estável.

### Perspectiva do Sr. K

O Sr. K, nasceu em Coimbra na freguesia da Sé Nova em 06/08/1941, pelo que tem 68 anos, solteiro, reformado com pensão de França e Portugal, reside na UDEP desde 1978.

Relativamente à sua história pessoal e familiar o Sr. K refere que eram três irmãos, provenientes de uma família de baixos recursos, o Sr. K é o filho mais novo do casal, estes mantinham um relacionamento difícil e distante, viviam separados, a mãe incapaz de cuidar dos filhos sozinha, arranjou um novo companheiro que assumiu a paternidade dos dois filhos mais novos, o mais velho ficou a cargo da família do pai biológico. A mãe e o pai “adoptivo” faleceram ambos, quando as crianças tinham cerca de cinco anos, estas foram entregues a um colégio interno em Coimbra que exerceu a “tutoria” das crianças.

Aos nove anos de idade foram separados e entregues a instituições de (caridade) cariz religioso, o Sr. K foi colocado em Vila do Conde em regime de internamento no Convento de Santa Clara que funcionava como escola profissional, “...ainda frequentei o 2º ano do ciclo preparatório...não ligava nada à escola...” sic. Verbaliza que o que mais gostou de aprender foi ajudar na alfaiataria “...gosto de trabalhar nos moldes, cortar calças, casacos...” sic, ficou nesta instituição até aos 17 anos de idade. Regressou a Coimbra e foi procurar ajuda do irmão mais velho que não tinha quaisquer condições, “...nem sequer para me dar dormida...” sic, faleceu novo com 32 anos. O seu outro irmão foi para um colégio em Elvas.

Foi para o Porto, onde ficou cerca de dois anos, trabalhou como ajudante em vários empregos e conseguiu trabalho como alfaiate, até ser chamado para a tropa com 20 anos de idade. Fez a recruta em Castelo Branco, foi colocado em Tancos e fez a especialidade em transmissões, trocou com colega para Lisboa onde ficou até ao fim da

vida militar com 23 anos. Trabalhou na Rua Augusta em Lisboa até aos 27 anos como alfaiate na Casa Adão Camiseiro, emigra para França onde permanece cerca de 6/7 anos.

Em França, residia em Paris num quarto alugado e comia a maior parte das vezes em restaurantes, “...ganhei bom dinheiro...cheguei a receber 1800 francos, era muito ...”sic. Trabalhou em alfaiataria como ajudante para casas de alta-costura, levando muitas vezes trabalho para casa, fazia serão. Na sua vida extra laboral, frequentava cabarés e convivia com “...muitas mulheres...da vida, percebe... (prostitutas) e homens, sabe (homossexuais) ...”sic. Refere que o único problema que teve em França, foi com uma colega de trabalho, “...moça nova, alta e loira de olhos azuis...descontrolou-me...já passou, é melhor não falar...” sic. Regressou a Portugal sem especificar bem porque deixou França, “...não sei explicar...não me sentia bem...deixei de trabalhar, desenrasquei-me...”sic, veio para Setúbal, para junto do irmão que é casado e tem uma filha, mas esta nunca o aceitou bem, “...fiz coisas que hoje não faria...outras não me lembro...fiquei confuso...consulta de psiquiatria em Setúbal e internaram-me no Miguel Bombarda e depois aqui na UDEP” sic.

Desconhece antecedentes familiares de doença mental, quanto á sua história de doença actual, refere que os medicamentos têm feito bem, “...ando tranquilo não me sinto nervoso...” sic, não sabe explicar bem o que se passou, “...já não oiço vozes...estou bem graças à medicação...faço a minha vida com a vossa ajuda...” sic.

### Estratégias/Capacidades

O Sr. K, mostra-se curioso e interessado na minha abordagem e pede para voltar a explicar os objectivos da minha entrevista, pergunta se é para o colocar noutra local, “...eu já tenho uma idade avançada, ...oiço dizer por aqui, que isto vai fechar... é verdade? sic”. Prestados esclarecimentos solicitados e simultaneamente apoio psicológico. Paciente ficou tranquilo e reforçou, “...sabe uma pessoa está habituada a isto...mas se diz que é para melhor... e continuam a dar apoio, fico contente... não me importo de ir para um Lar...com esta idade...acho que é o melhor...”sic. Considera importante que mantenham apoio das consultas de psiquiatria, e que os enfermeiros continuem a visitar e a ajudar as pessoas, sente-se mais seguro.

### Perspectiva do Enfermeiro

O Sr. K tem bom aspecto geral, apresentando-se cuidado, pele e mucosas hidratadas e íntegras. Quanto à mímica, expressão e motricidade, apresenta olhar expressivo, fixando-se nos meus olhos com atenção e esboçando sorrisos de agrado.

Apresenta um tom de voz e postura de mãos adequada, sem rituais maneirismos, estereotípias, movimentos catatónicos, discineticos, tremores ligeiros das extremidades.

A sua apresentação e vestuário estão adequados as circunstâncias climatéricas, tendo uma postura cordial e afável. Apresenta contacto fácil, apresenta discurso verbal adequado, alguma dificuldade na expressão dos seus sentimentos, tem contudo um bom contacto, é simpático para com os profissionais da equipa e os restantes colegas da unidade, reservado no seu espaço mas sempre disponível para colaborar e ajudar sempre que solicitado.

O seu estado de consciência, indicador VI; tem presente a reflexibilidade, existe por períodos com discurso pouco esclarecido em relação ao objectivo, com consciência de si e do corpo.

Relativamente à orientação, indicador IX; está orientado no espaço, tempo e pessoa, auto e aulopsíquico.

Apresenta humor predominantemente eutímico, congruente com os afectos que estão mantidos, verbalizando "...tenho um irmão vivo que morra em Setúbal, gosto dele e da mulher, mas eles estão muito doentes, têm uma filha já casada, que está bem na vida ..." sic.

Memória sem alterações, aplicada escala Mini Exame do Estado Mental (MMSE), com valor de 29 num máximo de 30 pontos

O Sr. K, apesar dos seus 32 anos de internamento, sempre manteve o contacto com o meio comunitário envolvente e com a família esporadicamente (irmão que vive em Setúbal). No início do seu internamento adaptou-se a uma dinâmica interna desta unidade, que lhe permitiu readquirir hábitos de rotina como horários e responsabilidades com actividades ocupacionais, no ateliê de Agro-pecuária; Carpintaria; Jardinagem e também com actividades relacionadas com a rouparia, que contribuiram para a sua estabilização psíquica, simultaneamente sempre foi permitido saídas ao exterior para uma melhor integração na vida comunitária. Apesar de apresentar um bom nível de

autonomia, nunca deixou de ficar dependente desta unidade residencial, a nível dos serviços de hotelaria (alimentação, dormida, tratamento de roupa) e cuidados de saúde.

Actualmente apresenta alguma dificuldade em aderir às rotinas da unidade, concretamente a todas as actividades de convívio de grupo, na celebração de épocas festivas, como são: Carnaval, 25 de Abril, Festas Populares de S. João, Magusto e Festa de Natal, mantendo as suas rotinas diárias. Sai cedo da unidade e desloca-se para a cidade onde se ocupa da actividade de engraxar sapatos, regressa para o almoço e volta para a sua ocupação, da qual regressa cerca das 17 horas para a unidade onde permanece até às 7 horas da manhã do dia seguinte. Após as 17 horas cuida dos seus pertences, gosta de ouvir rádio, ver televisão, apesar de presente nos espaços comuns interage pouco com os outros utentes, denotando algum isolamento.

Tem como medicação:

Haloperidol, 10mg (1/2+1/2+1) – Pequeno-almoço + Almoço + Jantar

Tri-Hexifenidilo, 5mg – Almoço

Acido Acetilsalicilico 100mg – Almoço

Pentoxifilina, AP. 400mg – Pequeno-almoço + Jantar

Cloropromazina 25mg – Pequeno-almoço + Almoço + Jantar

Pravastatina 20mg – Pequeno-almoço

Omeprazole 20mg – Pequeno-almoço

Captopril 25mg – Pequeno-almoço + Jantar

Polivitaminas - Pequeno-almoço + Jantar

Terapêutica Depôt – Haloperidol (decanoato) 150mg, IM de 21/21 dias

Encerramento da entrevista

Despedi-me do Sr. K, reforçando o facto da confidencialidade dos factos e comprometendo-me a ajuda-lo a ultrapassar algumas dificuldades.

Ficou marcada a realização de actividades terapêuticas no horário entre as 16 e as 20 horas, por acordo de ambos, com este horário, o utente pode aderir ao conjunto de actividades terapêuticas e lúdicas que se realizam diariamente entre as 17 e as 18 horas, assim como permite acompanhar a refeição do jantar e a inter-acção social na sala polivalente como (jogos, ver televisão “noticiário, telenovelas...” conversar com outros utentes e profissionais).

Tendo comentado: “...eu gosto de cá estar, a reforma é baixinha, não chega para pagar um lar, ...eu não sei cuidar de uma casa, ...não sei fazer comer...” sic. Prestados novamente esclarecimentos e apoio psicológico, ficou tranquilo.

#### Análise da interacção

Considero ter sido pertinente e orientador da entrevista o facto de terem sido recolhidos dados e elementos anteriormente, como observação do utente que constituíram indicadores (identificados nos quadros respectivos) das suas actividades de vida diária e interacção social, nomeadamente na prestação de cuidados, na alimentação, na consulta do processo clínico e na equipa multidisciplinar.

Ao longo da entrevista demonstrei disponibilidade para escuta e empatia clarificando e validando o que me foi referido pelo Sr. K, de forma a poder reformular novas questões. A utilização de uma entrevista não directiva com base em questões abertas e algumas fechadas foi facilitador da realização da entrevista. Mantive sempre respeito pelos silêncios e mostrei aceitação mantendo uma postura ligeiramente inclinada para o mesmo. Penso assim que consegui com a entrevista diagnóstica e de ajuda, mais do que obter dados adequados para efectuar o diagnóstico o estabelecer de uma relação.

#### Análise de dados

Considero que recolhi o essencial, do Sr. K manteve uma postura descontraída, humor eutímico, fâcies expressivo esboçando sorrisos, com discurso algo defensivo e circular à temática, pelo que existiu a necessidade ao longo da entrevista de reformular as questões.

Considero que ao longo da entrevista utilizei a escuta activa, mostrei-me empático e disponível de forma a promover a expressão de sentimentos do Sr. K. Estive

sempre centrado nos dados que obtinha e procurei validar e reformular as questões sempre que necessário.

O facto de ter utilizado uma entrevista não directiva com a realização essencialmente de questões abertas e a boa gestão dos silêncios contribuiu para que o meu discurso fosse adequado e oportuno, obtendo informação necessária sem ser exaustivo. Considero que a entrevista foi bem sucedida, contudo pretendo aprofundar e melhorar a história pessoal do indivíduo.

### Avaliação da Situação Clínica

Na avaliação diagnóstica da situação, foram identificadas as áreas a trabalhar e a forma de planear as intervenções terapêuticas.

### Intervenções de Enfermagem

- Treino de actividades de vida diária (estruturar e reforçar)
- Apoiar o indivíduo através da técnica de disponibilizar presença
- Apoiar o indivíduo através da escuta activa
- Apoiar o indivíduo através do suporte emocional
- Encorajar o indivíduo através da terapia de validação
- Estimular o indivíduo na socialização de grupo

### Aplicadas escalas de avaliação inicial:

Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF) - 51%

Escala de Barthel - 100 pontos

Avaliação Breve do Estado Mental - 29 pontos

Teste do Relógio - 8

Aplicado a Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS); o Quadro de Avaliação de Checklist de Interesses e Quadro de Avaliação de Competências Sociais; Breve Avaliação das

Actividades de Vida Diária referenciado por Cordo (2003) e Avaliação das Actividades de Vida Diária.

### **Actividades/Intervenções Terapêuticas/Entrevistas**

Relativamente às AVDs foi proposto que o utente fizesse uma simulação do seu dia-a-dia (role-playing) para que o utente identificasse o que considera melhor e pior conseguido. O que o utente concordou:

Actividades Terapêuticas Efectuadas

#### Actividade terapêutica

Treino das Actividades de Vida Diária

Data: 24/02/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. K

#### Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhoria da atenção e da sua orientação

Melhoria da auto-estima

Melhorar o treino das actividades de vida diária nomeadamente os cuidados de higiene e conforto

#### Plano a implementar

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

Treino das actividades de vida diária

O Sr. K foi abordado após a sua refeição de almoço e acordado que hoje quando regressar da sua ocupação no exterior após as 17 horas, iniciamos as actividades de treino.

Quando cheguei à unidade eram cerca de 16.30 horas vindo do CHS (S. Bernardo), o Sr. K encontrava-se sentado no banco de jardim, sozinho a ouvir rádio, debaixo do alpendre, quando me avistou sorriu, levantou-se e cumprimentou-me “*como está Sr. enfermeiro Trindade, boa tarde...estava à sua espera, como combinamos...para conversar e treinar...*” sic. Reforcei a importância do seu interesse pelas actividades e cumprimento de horários, no entanto, foi explicado que os períodos de tempo acordados para a realização das actividades, poderiam adaptar-se às necessidades de ambos, “*...sim Sr. enfermeiro já percebi...estou um pouco nervoso...*”sic. Prestado apoio psicológico utilizando as técnicas de disponibilizar presença, escuta activa e promoção de suporte emocional, fomos ao bar terapêutico e bebemos uma garrafa de água, iniciámos a actividade após as 17 horas, comentário do utente “*não precisamos andar a correr...quando quiser vamos ... gosto de conversar com o Sr. enfermeiro...*”sic.

Aderiu com alguma facilidade, às solicitações de melhorar o seu desempenho, no que diz respeito aos cuidados pessoais com (role-playing) do seu dia-a-dia (treino de cuidados de higiene diário com banho geral em dias alternados”*...sabe desde que me lembro, ... nunca tomei banho de chuveiro todos os dias... mas faço a minha higiene todas as manhãs e ao deitar...*”sic, foi esclarecido que os seus hábitos de higiene são sempre respeitados, só pretendo identificar e aperfeiçoar, situações em que apresente alguma dificuldade ou utilize práticas de higiene pouco saudáveis, “*concordo ... estou a gostar...*” sic. Durante, os treinos realizados o Sr. k mostrou sempre uma grande disponibilidade e satisfação, melhorou e estruturou os cuidados de higiene como (barbear-se, fazer higiene oral após as refeições, cuidar adequadamente da sua prótese dentária e lavar as mãos antes e depois das refeições), comentário do utente “*...faço as coisas, a pensar que faço tudo bem, mas afinal já aprendi coisas novas...a idade e a doença... não ajudam...*”sic.

Actividade terapêutica

Treino das Actividades de Vida Diária

Data: 05/03/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. K

Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhoria da atenção e da sua orientação

Melhoria da auto-estima

Melhorar o treino das actividades de vida diária relativamente ás competências sociais.

Plano a implementar

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

Treino das actividades de vida diária

O Sr. K, manteve sempre uma grande capacidade de fazer (role-playing), explicando detalhadamente o seu dia-a-dia “...quando venho almoçar, vou buscar a roupa, aqui à lavandaria, para o dia seguinte...escolho a roupa...entrego a suja para lavar e passar a ferro... arrumo a roupa lavada no armário...”sic. O armário de roupa e de guardar os seus pertences é suficiente para si? “...tenho que me arranjar é pequeno...tenho alguma dificuldade em arrumar...no inverno é demais...”sic. Feitas algumas sugestões, bem aceites “...está a ajudar-me... fica mais prático...mais fácil, não tinha pensado que podia dividir o armário por prateleiras...sapatos e chinelos em baixo, roupa dobrada por cima para o dia seguinte, cabides para as camisas e calças...e ainda na parte superior os artigos pessoais de higiene e outros...obrigado...não preciso de tanta coisa cá dentro...”sic.

Relativamente ao treino das competências sociais, resultou numa melhor organização, distribuição e eficácia das tarefas (horários, arrumo de espaços, quarto, armário de roupa, fazer a cama, entre outras).

**Proposto:** Participar nas actividades diárias de grupo no turno da tarde (jogos).

Actividade terapêutica

Terapia pelas actividades através da realização de jogos (loto)

Data: 12/03/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. W, grupo de quatro utentes da unidade

Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhorar a sua socialização e interacção com o grupo

Melhoria da atenção e concentração

Melhoria da auto-estima

Melhorar a sua motricidade fina

Plano a implementar

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

O jogo foi preparado entre todos os intervenientes, solicitaram que eu retira-se as bolas e enumera-se em voz alta para eles marcarem os números nos respectivos cartões, eu concordei. Durante o jogo, o Sr. K esteve sempre atento, concentrado e jogou

adequadamente com satisfação, “*gosto de jogar a este jogo...lembro-me quando era moço...já homem, era a dinheiro, nas colectividades e casinos...*”sic, reforcei que aqui joga-se com outros interesses, “*...claro, é para nos divertir-mos...estar ocupados...também ajuda a saúde e a cabeça...*”sic.

Aderiu às solicitações/actividades propostas com entusiasmo e satisfação, mais espontâneo e sociável, mais integrado e participativo com o grupo.

Proposto ao utente que melhorasse a socialização, participando nas actividades da unidade, tendo concordado.

#### Actividade terapêutica

Treino de Competências Sociais, relativamente às actividades terapêuticas e lúdicas.

Data: 17/03/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. K

#### Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhorar a sua socialização e interacção com o grupo

Melhoria da atenção e concentração

Melhoria da auto-estima

#### Plano a implementar

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

Treino de competências sociais, pelas actividades terapêuticas e lúdicas

Após vários reforços positivos e de estimulação de auto-confiança, adere às actividades terapêuticas de grupo com agrado, “*...gosto de cortar moldes e colar, fazer enfeites para as festas, faz-me lembrar a alfaiataria, converso com os meus amigos...*”.

Esta festa de comemoração do 25 de Abril tem algum significado especial para si?  
“*Sim, tem a ver com a liberdade do povo...as forças armadas...eu não me lembro bem...ouvia falar...estava em França...*”sic. Recusou participar no treino de canto no (coro dos utentes), canções referentes á temática, “ *não quero, não tenho jeito para cantar...não sei...não quero...*”sic, foi tranquilizado e reafirmado que a sua vontade é sempre respeitada.

Mostra-se mais confiante com iniciativa, menos reservado, mais comunicativo e integrado na dinâmica da unidade.

Proposto participar nas actividades festivas da Unidade (preparação, elaboração e realização) dos eventos, para melhorar a socialização e integração na dinâmica da Unidade.

#### Actividade terapêutica

#### **Treino de Competências Sociais, relacionado com a sua actividade ocupacional/laboral**

Data: 24/03/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. K

#### Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhorar a sua socialização na actividade ocupacional/laboral (engraxar sapatos)

Melhoria da auto-estima

#### Plano a implementar

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

Treino de competências sociais, pelas actividades terapêuticas e lúdicas

Verbaliza que o amigo barbeiro “... é uma pessoa amiga de longa data, permite que eu fique na barbearia à espera de clientes para engraxar os sapatos, não pago nada, leio o jornal...” sic.

Quando perguntei se habitualmente conversava com os clientes da barbearia, respondeu “ ...não, o barbeiro fala de mais e não gosta que eu fale, mas é bom homem, nunca me tratou mal, tem o seu feitio...” sic, reforcei a necessidade de comunicar mais e interagir com o seu meio envolvente, “...concordo, mas eu sou assim...tenho esta relação de amizade com o meu amigo há muitos anos e ele nunca me cobrou nada...fica a caixa dos sapatos sempre na barbearia...”sic. O Sr. K, está mais interveniente e comunicativo com os outros utentes e profissionais.

Preocupado com a sua situação questionou “...preciso comprar graxa...mas costuma comprar caixas, não sei o que fazer? se compro só uma lata de cada vez ou não... se eu for colocado noutra sitio... não posso manter o meu trabalho...”sic. Foi tranquilizado e aconselhado para que decidisse ele próprio “...é melhor comprar à medida que faz falta...” sic.

O Sr. K propôs, “...posso ir para um Lar ou coisa parecida...se for preciso...”sic.

Projectos futuros – Integração em Lar ou em Unidade de Vida Protegida na Comunidade

Actividade terapêutica

Treino de Competências Sociais para integração na comunidade

Data: 07e14 /04/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. K

Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhorar a sua socialização e adaptação a novas situações de vida

Melhoria da auto-estima

Plano a implementar

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

Treino de competências sociais, para integração na comunidade

O Sr. K, mostra-se curioso e interessado na minha abordagem e pede para voltar a explicar os objectivos das minhas entrevistas, pergunta se é para o colocar noutra local, “...*eu já tenho uma idade avançada, ...oiço dizer por aqui, que isto vai fechar... é verdade? sic*”. Prestados esclarecimentos solicitados e simultaneamente apoio psicológico.

Tendo comentado: “...*eu gosto de cá estar, a reforma é baixinha, não chega para pagar um lar, ...eu não sei cuidar de uma casa, ...não sei fazer comer...*” sic. Prestados novamente esclarecimentos e apoio psicológico, ficou tranquilo. Referiu outra preocupação “...*as pessoas que saíram de cá, foram para um lar, ...elas estão satisfeitas?*” sic. Respondi que sim e dei exemplos de expressões verbais utilizadas por esses utentes, o Sr. K sorriu de agrado e foi reforçado que as condições de hotelaria (dormida, comida, higiene, espaços de lazer), são bastante superiores às desta unidade hospitalar com sensivelmente 30/40 anos de construção, a qualidade de vida dessas pessoas melhorou.

Os cuidados de saúde continuam assegurados pelo hospital em consulta, na comunidade fica assegurado a visita domiciliária pelos enfermeiros e assistente social. O utente verbaliza “...*eu tenho toda a confiança nos médicos, enfermeiros, assistente social ...*” sic.

Paciente ficou tranquilo e reforçou, “...*sabe uma pessoa está habituada a isto...mas se diz que é para melhor... e continuam a dar apoio, fico contente...não me importo de ir para um Lar...com esta idade...acho que é o melhor...*”sic. Considera importante que mantenham apoio das consultas de psiquiatria, e que os enfermeiros continuem a visitar e a ajudar as pessoas, sente-se mais seguro.

Proposto avaliar as actividades da festa do dia 25 de Abril, realizada a 23/04/2010 na unidade em entrevista no dia 27 de Abril e (encerrar) este trabalho académico, que no dia-a-dia continuará. Utente verbaliza, “*sabe as pessoas, gostam de si...é boa pessoa... os doentes gostam...sabem que são bem tratados...por todos os enfermeiros...sentem-se ajudados e vão continuar a ajudar ...quem precisa...*” sic.

Actividade terapêutica

Competências Sociais, relativamente à participação na festa do 25 de Abril

Data: 27/04/2010

Intervenientes: Enf. Trindade e Sr. K

Objectivos

Melhorar o bem-estar, no indivíduo

Melhorar a sua socialização e interacção com o grupo

Melhoria da auto-estima

Plano a implementar

Apoiar através da técnica de disponibilizar presença, escuta activa e promover suporte emocional

Encorajar através da técnica da validação

Reforçar positivamente as competências sociais adquiridas

Refere com agrado “*...estive presente na festa do 25 de Abril, joguei ao loto e assisti ao campeonato das damas e da sueca...*”, aceitou com alguma tranquilidade quebrar a sua rotina diária de anos e mostrar satisfação por participar nas actividades terapêuticas de grupo, tendo por base o jogo. Após o almoço convívio foram entregues diplomas de participação dos jogos, que recebeu com satisfação “*não era preciso... não estava à espera... fico contente*” sic. Quando actuou o coro dos doentes da unidade,

com canções populares, em especial a canção (Grândola vila morena...), o Sr. K acompanhou e cantou com a restante plateia, denotando satisfação, fâcies expressivo, sorridente, “...bonita festa, animada, gostei... estou contente” sic.

### Entrevista de Acompanhamento e Ajuda

**Local:** Gabinete Médico

Data: 30/04/2010

**Intervenientes:** Enfermeiro Fernando Trindade e o Sr. K

### Objectivos:

- Avaliar o impacto das intervenções de enfermagem
- Avaliar a evolução das AVDs e das Competências Sociais do Sr. K

### Plano a Implementar:

- Operacionalização das acções de enfermagem planeadas, com base nesta avaliação;
- Fornecimento de suporte e apoio psicológico;
- Utilização da técnica de relação de ajuda
- Encorajar através da Técnica da Validação

Esta entrevista foi realizada em contexto formal, no gabinete médico, sala adequada e preparada para realização de entrevistas com ambiente tranquilo e acolhedor, onde a privacidade é elemento terapêutico fundamental.

O Sr. K encontrava-se no exterior debaixo do alpendre à sombra, na presença de outros colegas a ouvir rádio em silêncio, quando me viu ao longe sorriu espontaneamente, levantou-se e cumprimentou-me com um aperto de mão “boa tarde...Sr. Trindade...vamos conversar... hoje é dia de jogar ao loto...” sic. Mais espontâneo e sociável, mais integrado e participativo com o grupo. Acompanhou-me até ao gabinete médico onde foi realizada a entrevista.

Relativamente à sua doença “...*sinto-me bem ... não ando nervoso ... não tenho ouvido vozes ... antigamente sim ...*” sic. O Sr. K falou numa moça loira e disse que era melhor não falar recorda-se? “*Sim, essa moça, deixava transpirar do sexo dela uma brisa fresca (chamava-lhe virgem), descontrolou-me, tinha um frio nas costas de desejo a sexo...*” sic, nunca chegou a ter relações sexuais com ela, mas sim com prostitutas e ouvia vozes “*a máquina ...Brown...*” sic, e diz que a tal colega “...*virgem ou deusa...*” perdeu poder quando falou com ele, “...*ela e os espíritos falavam que iam dominar o mundo...*” sic. Nunca mais viu essa colega e não mais foi perturbado com essas vozes. Perguntei se ainda de vez em quando sentia desejos sexuais, ao qual sorriu e respondeu que não.

Verbaliza que o amigo barbeiro “*é uma pessoa amiga de longa data, permite que eu fique na barbearia à espera de clientes para engraxar os sapatos, não pago nada, leio o jornal...*” sic, perguntei se habitualmente conversava com os clientes da barbearia, “*não, o barbeiro fala de mais e não gosta que eu fale, mas é bom homem, nunca me tratou mal, tem o seu feitio...*” sic, reforcei a necessidade de comunicar mais e interagir com o seu meio envolvente.

Realiza também por rotina às terças e quintas-feiras a compra de um jornal desportivo e um jornal diário, por indicação da assistente social na parceria de há anos estabelecida com a Associação Dr. Fernando Ilharco. O Sr. K, tem por habito diário ler o jornal durante a sua actividade enquanto espera por clientes, após o jantar na unidade vê televisão com especial interesse em (noticiários e algumas novelas), até à ceia, após o que se deita cerca das 22 horas.

Mantém um bom aspecto geral, apresentando-se cuidado, pele e mucosas hidratadas e íntegras. A sua apresentação e vestuário mantêm-se adequados, adoptando uma postura afável e cordial. Quanto à mímica está mais expressivo mantém uma postura atenta e concentrada, mais presente e inter-activo com o grupo de colegas e profissionais, de contacto fácil, com maior iniciativa de ajuda para com os mais dependentes mas reservado. O seu discurso verbal é adequado e na expressão de sentimentos aparenta menor dificuldade, “...*tenho aqui amigos de muitos anos...gosto deles...são boas pessoas... são doentes como eu...precisamos de ajuda...sabe...*” sic.

O seu estado de consciência mantém presente a reflexibilidade, o discurso está mais objectivo, com consciência de si e do corpo.

Relativamente à orientação, mantêm-se orientado no espaço, tempo e pessoa, auto e autopsíquico.

Apresenta humor predominantemente eutímico, congruente com os afectos que estão mantidos, memória sem alterações.

A nível da Memória mantêm-se sem alterações.

Actualmente mostra-se mais sociável com o grupo de colegas e com os profissionais da unidade, inclusive procurou-me várias vezes para conversar “...tenho procurado por si, ...porque eu fico preocupado, ... mesmo sem querer, ... se eles nos querem por noutro local... que não seja longe...existem aqui pessoas, que sem vocês não conseguem fazer as coisas, ... estar bem na vida ... percebe?” sic. Prestados os apoios necessários, reforçada a importância e nobreza dos seus sentimentos pela preocupação para com o grupo. Questionou também “...preciso comprar graxa...mas costumo comprar caixas, não sei o que fazer? se compro só uma lata de cada vez ou não... se eu for colocado noutra situação... não posso manter o meu trabalho...”. Foi tranquilizado e aconselhado para que decidisse ele próprio “...é melhor comprar à medida que faz falta...” sic.

Após vários reforços positivos e de estimulação de auto-confiança, adere às actividades terapêuticas de grupo com agrado. Mostra-se mais confiante com iniciativa, menos reservado, mais comunicativo e integrado na dinâmica da unidade.

Não verbaliza actividade delirante ou alucinatória e quando questionado nega, mantém crítica para a situação de doença, “eu estou bem graças aos medicamentos... não oiço vozes...estou calmo...sinto-me melhor...sem nervos...” sic.

#### Análise e Reflexão da Entrevista de Ajuda e Acompanhamento

O Sr. K, apresenta aumentada a percepção de si mesmo, manifestando-se através da aparência cuidada (faz a barba e usa por vezes creme hidratante, penteia-se antes de sair, cuida da higiene oral), maior expressividade, mais comunicativo com discurso adequado.

Melhoria ao nível da consciência manifestando-se através do discurso mais objectivo e claro, com amplitude de campo, com pensamento reflexivo. A atenção e a concentração estão aumentadas, manifestando-se através da sua linguagem não verbal fixando o olhar no entrevistador e verbal com um discurso adequado.

Progresso do nível de pensamento, através do aumento da atenção e da concentração, não divaga e mantém o tema, maior capacidade de socialização interagindo com o grupo “...*gosto de jogar ao loto é divertido...*”*sic*. Tendo em consideração os indicadores mencionados por Sequeira (2006).

A auto-estima apresenta-se reforçada com fâcies expressivo e sorridente, a sua comunicação não verbal revela uma melhoria da sua socialização com um comportamento mais interactivo, expressando-se mais adequadamente.

A estimulação recreativa e de lazer teve em consideração aspectos inerente, mencionado por Nunes e Pais (2007), de forma a estimular a sua participação em actividades que proporcionem prazer e bem-estar, com vista a sua reabilitação ocupacional e segundo Cordo (2003), associando benefícios, nomeadamente a melhoria da sua auto-imagem, redução dos problemas psicóticos, criar e estabelecer relações com outras pessoas, motivar o processo de reabilitação e aumentar a auto-confiança no sujeito.

Quanto à orientação e memória mantém-se sem alterações.

### **Relativamente às técnicas aplicadas há que referir:**

O disponibilizar presença facilitou: a postura de agrado à minha presença, de interesse ao longo das entrevistas e actividades, manifestado na postura verbal e não verbal de aceitação, mostrando-se seguro, confiante, tranquilo e interessado. Aderiu às actividades, tornou-se mais inter-activo com o grupo, solicita a minha presença, mantendo uma abordagem espontânea e de à vontade.

O oferecer escuta activa facilitou: a verbalização de sentimentos, através da análise da situação que motivou a procura de novos esclarecimentos por parte do utente. Na repetição e no reforço das ideias e dos esclarecimentos, resultou um maior interesse e disponibilidade, aderindo às actividades propostas com entusiasmo e satisfação.

O promover suporte emocional facilitou: a verbalização de medos e receios, quando procura o enfermeiro para esclarecimentos, que após vários reforços positivos, o utente propõe ida para um “LAR”, verbalizando que “...*continuam a dar apoio...*”(*sic*), continua interessado, com à vontade e satisfação na execução das actividades.

A técnica de validação: facilitou a manutenção de postura mais direita com fácies e olhar expressivo, sorridente e descontraído, adequado na apresentação e no discurso. Melhoria da sua inter-acção social, com participação em actividades de grupo (eventos, jogos), redução da ansiedade e tensão emocional.

A técnica da reminiscência: não foram aplicados exercícios preconizados, porque com valores na escala (MMSE) de 29 na avaliação inicial e de 30 na avaliação final, não apresentava deficits a nível da memória e orientação do sujeito que justificassem intervenção estruturada. No entanto recorreu-se à estimulação da memória remota para se apurar a sua história pessoal e familiar.

## AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Após as intervenções de enfermagem o SR. K, mantém um bom aspecto geral, cuidado pele e mucosas hidratadas e íntegras. A sua apresentação e vestuário mantêm-se adequados, adoptando uma postura afável e cordial. Quanto à mímica está mais expressivo, mostra-se mais seguro, confiante, cumprimenta-me “...boa tarde... Sr. Trindade... vamos conversar...” sic, mantém uma postura atenta e concentrada, mais presente e inter-activo com o grupo de colegas e profissionais, de contacto fácil, com maior iniciativa de ajuda.

O seu discurso verbal é adequado e melhorou a expressão de sentimentos, “...tenho aqui amigos de muitos anos... são doentes como eu...precisamos de ajuda...sabe...” sic

Após vários reforços positivos e de estimulação de auto-confiança, adere às actividades terapêuticas de grupo com agrado”...gosto de jogar ao loto...” sic. Mostra-se mais confiante com iniciativa, menos reservado, mais comunicativo e integrado na dinâmica da unidade “...tenho assistido às reuniões de enfermaria...” sic.

Nega actividade delirante ou alucinatória, mantém critica para a situação de doença, “eu estou bem graças aos medicamentos... não oiço vozes...estou calmo...sinto-me melhor...sem nervos...” sic.

Melhoria ao nível da consciência manifestando-se através do discurso mais objectivo e claro, com amplitude de campo, com pensamento reflexivo.

Verbaliza com maior espontaneidade os sentimentos “...*não me importo de ir para um lar...continuam a dar apoio no tratamento...*”sic.

Progresso do nível de pensamento, através do aumento da atenção e da concentração, não divaga e mantém o tema, maior capacidade de socialização com interesse pelas actividades “... *sabe esteve presente na festa do 25 de Abril...recebi diploma do jogo do loto...*”sic.

A auto-estima apresenta-se reforçada com fâcies expressivo e sorridente, auto confiança aumentada. Orientação e memória contínua sem alterações.

Aplicadas escalas de avaliação final:

Escala de Avaliação Global de Funcionamento (AGF) - 61%

Escala de Barthel - 100 pontos

Avaliação Breve do Estado Mental - 30 pontos

Teste do Relógio - 8

Aplicado Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS); Quadro de Avaliação de Competências Sociais; Breve Avaliação das Actividades de Vida Diária referenciado por (Cordo, 2003) e Avaliação das Actividades de Vida Diária.

## **ANEXO V – “Indicadores”**

## Caso Clínico I – Utente W (Avaliação Inicial)

### Disponibilizar Presença<sup>1</sup> - Indicador I

Indicadores de comunicação verbal	Avaliação
Manifesta interesse pela minha presença	Inicialmente reservado, discurso curto, por vezes evasivo na resposta “não sei”; mais ou menos”sic ao longo das actividades foi ficando mais descontraído e atento.
Manifesta interesse nas actividades	“Não sei o que fazer para melhorar da perna e cabeça, gostava de andar à vontade, o Sr.Trindade... ajuda?”
Tem uma abordagem espontânea	Inicialmente pouco expressivo, por vezes com olhar distante, pouco atento, mas denotando vontade com sorrisos de agrado ao longo da primeira abordagem.
Solicita a minha presença	Inicialmente postura ligeiramente encurvada, olhar fixo e para o chão, passou a ficar curioso, interessado com postura descontraída e adequada.

### Oferecer Escuta Activa<sup>2</sup> – Indicador II

Indicadores	Avaliação
Verbalização de sentimentos	O Sr. W verbaliza preocupação com “gostava de andar à vontade, sem ajuda das pessoas, esquece-me muito”.
Manifesta disponibilidade	Demonstra interesse e vontade, “a minha cabeça é que não ajuda, mas tento” e sorri.
Manifesta descontração e à-vontade aquando da realização das actividades	Inicialmente defensivo e postura contraída, que evoluiu para postura adequada, olhar mais expressivo e por vezes sorridente.

---

<sup>1</sup> Segundo Oliveira et al, 2005

<sup>2</sup> Segundo Oliveira et al, 2005

### Promover Suporte Emocional <sup>3</sup> – Indicador III

Indicadores	Avaliação
Verbalização dos seus medos e receios através da expressão dos sentimentos	“Sente que anda muito esquecido”, “não gosto de incomodar”, foi motivado e encorajado com reforços positivos.
Manifesta vontade na execução das actividades	Inicialmente pouco interessado, gradualmente mais tranquilo e interessado

### Técnica da Validação<sup>4</sup> – Indicador IV

Indicadores	Avaliação
Manifesta melhoria da auto-estima através do comportamento, postura, auto-cuidado e discurso positivo	Desde o início foi incentivado para aderir às actividades com estímulos e reforços positivos às realizações conseguidas.
Melhoria da interacção social	Tendencialmente isolado, baixa interacção, estimulado a participar nas actividades com o grupo.
Redução da ansiedade e da tensão emocional	O Sr. W denota preocupação e ansiedade pelos seus esquecimentos e pela dependência de terceiros na mobilidade.

### Terapia da Reminiscência <sup>5</sup> – Indicador V

Indicadores	Avaliação
Melhoria da memória do sujeito	Inicialmente comprometida, conforme mostra a escala (MMSE).
Melhoria da orientação do sujeito	Inicialmente comprometida, conforme mostra a escala (MMSE).

---

<sup>3</sup>Segundo Manuel Lopes, 2006

<sup>4</sup> Os indicadores tiveram em consideração as orientações referidas por Caldas & Mendonça (2005) que atribuem a esta técnica a recuperação da auto-estima, promoção da comunicação e interacção com os outros, redução da tenção emocional e da ansiedade, estimulação do potencial adormecido.

<sup>5</sup> Segundo Caldas e Mendonça, 2005

### Nível de percepção de si mesmo <sup>6</sup> – Indicador VI

Indicadores	Avaliação
Apresentação	Adequada em si mesmo, denota flexibilidade.
Postura e morfologia	Inicialmente retraído, evoluiu para a descontração, postura mais direita.
Mímica Expressão	Adequado e expressivo
Motricidade	Adequada com períodos de olhar o chão ou olhar distante e vago.
Estado de humor	Predominantemente eutímico, mas com tendências depressivas.
Harmonia dos movimentos, rituais, tiques, maneirismos, tremores.	Adequada, ligeiros tremores das extremidades.
Contacto e linguagem: alterações	Contacto afável, discurso curto e pobre.

### Nível de Consciência <sup>7</sup> – Indicador VII

Indicadores	Avaliação
Clareza e continuidade do discurso	Discurso pouco esclarecido, curto e de conteúdo pobre, por vezes repetitivo.
Reflexibilidade do pensamento	Por vezes a reflexibilidade esta presente.
Automatização do pensamento	Por vezes repetitivo e evasivo “não sei”; “mais ou menos”sic.
Orientação ao nível da amplitude. (expansão da consciência) <sup>8</sup> , (desagregação da consciência) <sup>9</sup>	Sem expansão da consciência, sem desorganização/desagregação, também não apresenta estreitamento do campo da consciência.

<sup>6</sup> Segundo Abreu (2001) “Introdução à Psicopatologia Compreensiva”

<sup>7</sup> Segundo Abreu (2001)

<sup>8</sup> Segundo Abreu (2001, 81) pode estar associado a estados maníacos ou acção de drogas

(estado crepuscular) <sup>10</sup>	
Atenção e concentração	Diminuição da atenção e da concentração. Esforçado tenta olhar fixamente e concentrar-se no tema.
Consciência de si: da identidade do eu <sup>11</sup> unidade do eu <sup>12</sup> , actividade do eu <sup>13</sup> e dos limites do eu <sup>14</sup>	Mantém consciência de si e da sua identidade em relação a si e aos outros sujeitos.
Consciência do corpo <sup>15</sup>	Presente relacionando-o com o seu “eu”

### Nível do Pensamento <sup>16</sup> – VIII

Indicadores	Sim	Às vezes	Não
Identifica, se expressa normalmente	X		
Não divaga e mantém o tema		X	
Divaga ocasionalmente, usa pormenores e descrições mantém o tema		X	
Dificuldade para manter o tema		X	

<sup>9</sup> Segundo Abreu (2001, 81) o sujeito apresenta de modo persistente uma grande desorganização, incapaz de adquirir alguma ordem pela c reactividade voluntária e reflexiva.

<sup>10</sup> Segundo Abreu (2001, 81) refere que a consciência está centrada no tema e acção em curso com obliteração de outras alternativas possíveis e conseqüente redução da flexibilidade.

<sup>11</sup> Segundo Abreu (2001, 84) relaciona-se com a noção mantida do sujeito que é o mesmo que antes.

<sup>12</sup> Segundo Abreu (2001, 85) evidência que o tempo e o espaço é vivido simultaneamente pelo sujeito não podendo estar em dois sítios ao mesmo tempo.

<sup>13</sup> Segundo Abreu (2001, 87) insere no facto de que o sujeito tem sentimentos, pensamentos, acções e recordações que são seus e por ele produzidos, ocorrendo estes ao longo do tempo vinculados num ponto central, idêntico e unitário que é o próprio sujeito.

<sup>14</sup> Segundo Abreu (2001, 88) relaciona-se com a consciência do eu em oposição ao exterior

<sup>15</sup> Segundo Abreu (2001, 89) considera que apesar de uma independência existe uma relação entre a consciência do eu e o corpo. O corpo, contudo pode estar mais ou menos perto do eu, sintonizado, indiferente ou em conflito com a consciência do eu.

<sup>16</sup> Segundo Sequeira, 2006

Ser incapaz de se expressar		X	
Capacidade para se socializar: ter iniciativa para estabelecer relações			X
Capacidade em gerir o seu dinheiro: fazer compras, efectuar pagamentos			X

### Nível de Orientação<sup>17</sup> – IX

Indicadores	Sim	Às vezes	Não
Tem alguns problemas de orientação			X
Orienta-se na enfermaria sem dificuldade	X		
Sabe a data, ano, mês e dia da semana			X
Sabe a estação do ano			X
Sabe o seu nome	X		
Sabe o nome das pessoas à sua volta		X	
Completamente desorientado			X

### Alteração da Cognição<sup>18</sup> – X

Indicadores	Avaliação
Memória	Inicialmente comprometida, conforme mostra a escala (MMSE).
Atenção	Inicialmente comprometida, conforme mostra a escala (MMSE).
Gnosia	Mantém-se comprometida, conhece as cores básicas, dificuldade em conhecer as figuras geométricas, reconhece visualmente os animais.

<sup>17</sup> Segundo Sequeira (2006, 146), que sugere como pode ser efectuada a avaliação tendo em consideração uma escala revelando o grau de alteração aos vários níveis.

<sup>18</sup> Segundo Nunes e Pais, 2007

Praxia	Identifica algumas ferramentas, tem dificuldade em nomeá-las e dizer para que servem, maior dificuldade em mostrar como se usam.
Linguagem/escrita	Analfabeto, assina o nome com dificuldade.

### Percepções<sup>19</sup> – Indicador XI

Indicadores	Avaliação
Se existe reconhecimento das cores	Somente branco, preto e vermelho.
Se existe reconhecimento das figuras geométricas	Confusão em as definir.
Se existe reconhecimento dos animais	Presente o reconhecimento visual dos animais.
Se existe reconhecimento do dinheiro	Só conhece a moeda de dois euros.

### Caso Clínico I – Utente W (Avaliação Final)

#### Disponibilizar Presença<sup>20</sup> – Indicador I

Indicadores de comunicação verbal	Avaliação
Manifesta interesse pela minha presença	Discurso claro, perceptível e adequado ao contexto, denotando interesse pela minha presença, cumprimenta-me sempre que se cruzamos “boa tarde Sr. Trindade...hoje falamos...”sic.
Manifesta interesse nas actividades	Expressivo bem-disposto, comunicativo e atento “...tenho ido à carpintaria...jogo dominó...”sic.
Tem uma abordagem espontânea	Mais espontâneo e expressivo, postura descontraída nas actividades “...estou bem...é dos exercícios...”sic.
Solicita a minha presença	Verbalizou que o tenho ajudado “...eu estou cá...eu gosto de falar... fazer coisas... adeus...” sic.

<sup>19</sup> Segundo Nunes e Pais, 2007

<sup>20</sup> Segundo Oliveira et al, 2005

## Oferecer Escuta Activa <sup>21</sup> – Indicador II

Indicadores	Avaliação
Verbalização de sentimentos	Verbaliza que está melhor “estou bem...é dos exercícios...”sic.
Manifesta disponibilidade	Demonstrou interesse e disponibilidade nas actividades, embora receoso no treino de marcha “eu caio...tenho medo...”sic.
Manifesta descontração e “à vontade” aquando da realização das actividades	Descontraído, olhar atento, sorridente, em especial na actividade de jogos “gostei muito de jogar...não ganhei...”sic.

## Promover Suporte Emocional <sup>22</sup> – Indicador III

Indicadores	Avaliação
Verbalização dos seus medos e receios através da expressão dos sentimentos	Verbaliza “a minha cabeça às vezes não ajuda...”;”eu caio...não consigo...”sic.
Manifesta vontade na execução das actividades	Sempre disponível com à vontade, denotando satisfação”estou contente com a festa...”;”gostei muito de jogar...”sic.

## Técnica da Validação<sup>23</sup> – Indicador IV

Indicadores	Avaliação
Manifesta melhoria da auto-estima através do comportamento, postura, auto-cuidado e discurso positivo	Mantém postura direita, atento e concentrado, bem-disposto comunicativo, “estou melhor um pouco melhor...”sic.
Melhoria da interacção social	Aderiu com satisfação às actividades de grupo, boa interacção social, participativo.
Redução da ansiedade e da tensão emocional	Descontraído, sorri com satisfação quando participa nos exercícios, nos jogos.

---

<sup>21</sup> Segundo Oliveira et al, 2005

<sup>22</sup> Segundo Manuel Lopes, 2006

<sup>23</sup> Os indicadores tiveram em consideração as orientações referidas por Caldas & Mendonça (2005) que atribuem a esta técnica a recuperação da auto-estima, promoção da comunicação e interacção com os outros, redução da tenção emocional e da ansiedade, estimulação do potencial adormecido.

### Terapia da Reminiscência <sup>24</sup> – Indicador V

Indicadores	Avaliação
Melhoria da memória do sujeito	Melhorada, conforme (MMSE), total de pontuação (18).
Melhoria da orientação do sujeito	Melhorada, conforme resultado parcial do ponto “1.Orientação” do (MMSE) com a pontuação (8).

### Nível de percepção de si mesmo <sup>25</sup> – Indicador VI

Indicadores	Avaliação
Apresentação	Mantém-se adequada em si mesmo, denota flexibilidade.
Postura e morfologia	Apresenta postura mais direita, descontraída.
Mímica Expressão	Mantém-se adequado e expressivo.
Motricidade	Adequada e interessado no objectivo, olhar expressivo e atento.
Estado de humor	Apresenta-se eutímico e adequado ao contexto, sem tendências depressivas.
Harmonia dos movimentos, rituais, tiques, maneirismos, tremores	Mantém-se adequada com ligeiros tremores das extremidades.
Contacto e linguagem: alterações	Mantém contacto cordial e afável, discurso mais contínuo e objectivo.

---

<sup>24</sup> Segundo Caldas e Mendonça, 2005

<sup>25</sup> Segundo Abreu (2001) “Introdução à Psicopatologia Compreensiva”

## Nível de Consciência <sup>26</sup> – Indicador VII

Indicadores	Avaliação
Clareza e continuidade do discurso	Discurso mais claro, mais contínuo e objectivo, menos repetitivo.
Reflexibilidade do pensamento	Melhorada embora o discurso se mantenha empobrecido.
Automatização do pensamento	Melhorado menos repetitivo.
Orientação ao nível da amplitude. (expansão da consciência) <sup>27</sup> , (desagregação da consciência) <sup>28</sup> (estado crepuscular) <sup>29</sup>	Mais orientado.
Atenção e concentração	Melhorado, fixa o olhar nas pessoas, atento ao contexto e comenta divagando ocasionalmente.
Consciência de si: da identidade do eu <sup>30</sup> unidade do eu <sup>31</sup> , actividade do eu <sup>32</sup> e dos limites do eu <sup>33</sup>	Mantido
Consciência do corpo <sup>34</sup>	Mantém consciência do seu corpo relacionando-o com o seu “eu”.

<sup>26</sup> Segundo Abreu (2001) “Introdução à Psicopatologia Compreensiva”

<sup>27</sup> Segundo Abreu (2001, 81) pode estar associado a estados maníacos ou acção de drogas

<sup>28</sup> Segundo Abreu (2001, 81) o sujeito apresenta de modo persistente uma grande desorganização, incapaz de adquirir alguma ordem pela c reactividade voluntária e reflexiva.

<sup>29</sup> Segundo Abreu (2001, 81) refere que a consciência está centrada no tema e acção em curso com obliteração de outras alternativas possíveis e conseqüente redução da reflexibilidade.

<sup>30</sup> Segundo Abreu (2001, 84) relaciona-se com a noção mantida do sujeito que é o mesmo que antes.

<sup>31</sup> Segundo Abreu (2001, 85) evidência que o tempo e o espaço é vivido simultaneamente pelo sujeito não podendo estar em dois sítios ao mesmo tempo.

<sup>32</sup> Segundo Abreu (2001, 87) insere no facto de que o sujeito tem sentimentos, pensamentos, acções e recordações que são seus e por ele produzidos, ocorrendo estes ao longo do tempo vinculados num ponto central, idêntico e unitário que é o próprio sujeito.

<sup>33</sup> Segundo Abreu (2001, 88) relaciona-se com a consciência do eu em oposição ao exterior

<sup>34</sup> Segundo Abreu (2001, 89) considera que apesar de uma independência existe uma relação entre a consciência do eu e o corpo. O corpo, contudo pode estar mais ou menos perto do eu, sintonizado, indiferente ou em conflito com a consciência do eu.

### Nível do Pensamento<sup>35</sup> – VIII

Indicadores	Sim	Às vezes	Não
Identifica e expressa-se normalmente	X		
Não divaga e mantém o tema		X	
Divaga ocasionalmente, usa pormenores e descrições mantém o tema	X		
Dificuldade para manter o tema		X	
Ser incapaz de se expressar			X
Capacidade para se socializar: ter iniciativa para estabelecer relações	X		
Capacidade em gerir o seu dinheiro: fazer compras, efectuar pagamentos			X

### Nível de Orientação<sup>36</sup> – IX

Indicadores	Sim	Às vezes	Não
Tem alguns problemas de orientação			X
Orienta-se na enfermaria sem dificuldade	X		
Sabe a data, ano, mês e dia da semana			X
Sabe a estação do ano		X	
Sabe o seu nome	X		
Sabe o nome das pessoas à sua volta		X	
Completamente desorientado			X

---

<sup>35</sup> Segundo Sequeira, 2006

<sup>36</sup> Segundo Sequeira (2006, 146), que sugere como pode ser efectuada a avaliação tendo em consideração uma escala revelando o grau de alteração aos vários níveis.

### Alteração da Cognição <sup>37</sup> - X

Indicadores	Avaliação
Memória	Melhorada aos três níveis imediata, recente e remota (MMSE), (18) pontos
Atenção	Melhorada consegue reter três palavras e dizer o que comeu ontem ao jantar.
Gnosia	Mantém-se comprometida, conhece as cores básicas, confunde as figuras geométricas, identifica os animais. Reconhece todas as moedas, notas e o seu valor.
Praxia	Mantém as dificuldades iniciais.
Linguagem/escrita	Analfabeto, assina o nome com dificuldade.

### Percepções <sup>38</sup> – Indicador XI

Indicadores	Avaliação
Se existe reconhecimento das cores	Identifica o branco, preto e vermelho.
Se existe reconhecimento das figuras geométricas	Não as consegue definir
Se existe reconhecimento dos animais	Mantém presente o conhecimento visual dos animais
Se existe reconhecimento do dinheiro	Reconhece todas as moedas, notas e o seu valor.

---

<sup>37</sup> Segundo Nunes e Pais, 2007

<sup>38</sup> Segundo Nunes e Pais, 2007

## Caso Clínico II – Utente K (Avaliação Inicial)

### Disponibilizar Presença <sup>39</sup> – Indicador I

Indicadores de comunicação verbal	Avaliação
Manifesta interesse pela minha presença	Inicialmente curioso, interessado, mas predominantemente reservado e algo evasivo, “...oiço dizer por aqui, que isto vai fechar...”, no decorrer da entrevista foi ficando confiante e tranquilo.
Manifesta interesse nas actividades	“...gosto de ajudar...trago sempre os jornais...colaboro, gosto de jogar loto...”
Tem uma abordagem espontânea	Após a abordagem inicial, ficou mais atento e interessado, fâcies mais expressivo e sorridente, colocou questões.
Solicita a minha presença	“...perguntei por si aos enfermeiros, porque preciso falar...fiquei com algumas dúvidas...a reforma é baixinha...não chega para pagar um lar...”

### Oferecer Escuta Activa <sup>40</sup> – Indicador II

Indicadores	Avaliação
Verbalização de sentimentos	O Sr. K verbaliza preocupação com: “...gosto deles...são boas pessoas...são doentes como eu...precisamos de ajuda...”.
Manifesta disponibilidade	Manifesta interesse e vontade “...gosto de ajudar...colaborar...e participo...”, sorri.
Manifesta descontração e “à vontade” aquando da realização das actividades	Evoluiu favoravelmente e aderiu às solicitações/actividades propostas com entusiasmo e satisfação.

<sup>39</sup> Segundo Oliveira et al, 2005

<sup>40</sup> Segundo Oliveira et al, 2005

### Promover Suporte Emocional <sup>41</sup> – Indicador III

Indicadores	Avaliação
Verbalização dos seus medos e receios através da expressão dos sentimentos	O Sr. K verbaliza preocupação com: “...gosto deles...são boas pessoas...são doentes como eu...precisamos de ajuda...”.
Manifesta vontade na execução das actividades	Gradualmente denotou satisfação e vontade na execução das actividades.

### Técnica da Validação <sup>42</sup> – Indicador IV

Indicadores	Avaliação
Manifesta melhoria da auto-estima através do comportamento, postura, auto-cuidado e discurso positivo	Fácies mais expressivo, sorridente, postura direita, adequado na apresentação e no discurso verbal.
Melhoria da interacção social	Participa com agrado nas actividades de grupo “...gosto de jogar ao Loto...”, aderiu às comemorações festivas do 25 de Abril, com participação activa.
Redução da ansiedade e da tensão emocional	Inicialmente muito preocupado e ansioso que após apoio psicológico, ficou mais tranquilo e adequado.

### Terapia da Reminiscência <sup>43</sup> – Indicador V

Indicadores	Avaliação
Melhoria da memória do sujeito	Não se aplica
Melhoria da orientação do sujeito	Não se aplica

---

<sup>41</sup> Segundo Manuel Lopes, 2006

<sup>42</sup> Os indicadores tiveram em consideração as orientações referidas por Caldas & Mendonça (2005) que atribuem a esta técnica a recuperação da auto-estima, promoção da comunicação e interacção com os outros, redução da tenção emocional e da ansiedade, estimulação do potencial adormecido.

<sup>43</sup> Segundo Caldas e Mendonça, 2005

#### Nível de percepção de si mesmo <sup>44</sup> – Indicador VI

Indicadores	Avaliação
Apresentação	Adequada á pessoa e ao contexto
Postura e morfologia	Inicialmente retraído e defensivo, evoluiu para descontração, cabeça e ombros mais direitos.
Mímica Expressão	Adequada com expressividade no rosto
Motricidade	Adequada fixa o olhar no objectivo
Estado de humor	Eutímico
Harmonia dos movimentos, rituais, tiques, maneirismos, tremores	Adequada, discreto esfregar de mãos e ligeiros tremores das extremidades.
Contacto e linguagem: alterações	Contacto cordial, linguagem adequada

#### Nível de Consciência <sup>45</sup> – Indicador VII

Indicadores	Avaliação
Clareza e continuidade do discurso	Discurso por vezes pouco objectivo, contínuo e às vezes repetitivo
Reflexibilidade do pensamento	Presente
Automatização do pensamento	Adequado à situação e ao contexto
Orientação ao nível da amplitude. (expansão da consciência) <sup>46</sup> , (desagregação da consciência) <sup>47</sup> (estado crepuscular) <sup>48</sup>	Sem expansão da consciência, sem desorganização/desagregação, sem estreitamento do campo da consciência

<sup>44</sup> Segundo Abreu (2001) “Introdução à Psicopatologia Compreensiva”

<sup>45</sup> Segundo Abreu (2001) “Introdução à Psicopatologia Compreensiva”

<sup>46</sup> Segundo Abreu (2001, 81) pode estar associado a estados maníacos ou acção de drogas

<sup>47</sup> Segundo Abreu (2001, 81) o sujeito apresenta de modo persistente uma grande desorganização, incapaz de adquirir alguma ordem pela c reactividade voluntária e reflexiva.

<sup>48</sup> Segundo Abreu (2001, 81) refere que a consciência está centrada no tema e acção em curso com obliteração de outras alternativas possíveis e conseqüente redução da reflexibilidade.

Atenção e concentração	Mantidas e organizadas de modo a permitirem a actividade mental.
Consciência de si: da identidade do eu <sup>49</sup> unidade do eu <sup>50</sup> , actividade do eu <sup>51</sup> e dos limites do eu <sup>52</sup>	Mantêm consciência de si e da sua identidade em relação a si e aos outros sujeitos.
Consciência do corpo <sup>53</sup>	Presente, relaciona-se com o seu “eu”, da sua própria consciência singular.

### Nível do Pensamento <sup>54</sup> – VIII

Indicadores	Sim	Às vezes	Não
Identifica, expressa-se normalmente	X		
Não divaga e mantém o tema		X	
Divaga ocasionalmente, usa pormenores e descrições mantém o tema	X		
Dificuldade para manter o tema			X
Ser incapaz de se expressar			X
Capacidade para se socializar: ter iniciativa para estabelecer relações	X		
Capacidade em gerir o seu dinheiro: fazer compras, efectuar pagamentos	X		

<sup>49</sup> Segundo Abreu (2001, 84) relaciona-se com a noção mantida do sujeito que é o mesmo que antes.

<sup>50</sup> Segundo Abreu (2001, 85) evidência que o tempo e o espaço é vivido simultaneamente pelo sujeito não podendo estar em dois sítios ao mesmo tempo.

<sup>51</sup> Segundo Abreu (2001, 87) insere no facto de que o sujeito tem sentimentos, pensamentos, acções e recordações que são seus e por ele produzidos, ocorrendo estes ao longo do tempo vinculados num ponto central, idêntico e unitário que é o próprio sujeito.

<sup>52</sup> Segundo Abreu (2001, 88) relaciona-se com a consciência do eu em oposição ao exterior

<sup>53</sup> Segundo Abreu (2001, 89) considera que apesar de uma independência existe uma relação entre a consciência do eu e o corpo. O corpo, contudo pode estar mais ou menos perto do eu, sintonizado, indiferente ou em conflito com a consciência do eu.

<sup>54</sup> Segundo Sequeira, 2006

### Nível de Orientação<sup>55</sup> – IX

Indicadores	Sim	Às vezes	Não
Tem alguns problemas de orientação			X
Orienta-se na enfermaria sem dificuldade	X		
Sabe a data, ano, mês e dia da semana	X		
Sabe a estação do ano	X		
Sabe o seu nome	X		
Sabe o nome das pessoas à sua volta	X		
Completamente desorientado			X

### Alteração da Cognição<sup>56</sup> - X

Indicadores	Avaliação
Memória	Sem alterações, significativas
Atenção	Sem alterações, significativas
Gnosia	Sem alterações
Praxia	Sem alterações
Linguagem/escrita	Adequado face á sua escolaridade

---

<sup>55</sup> Segundo Sequeira (2006, 146), que sugere como pode ser efectuada a avaliação tendo em consideração uma escala revelando o grau de alteração aos vários níveis.

<sup>56</sup> Segundo Nunes e Pais, 2007

### Percepções<sup>57</sup> – Indicador XI

Indicadores	Avaliação
Se existe reconhecimento das cores	Presente
Se existe reconhecimento das figuras geométricas	Presente
Se existe reconhecimento dos animais	Presente
Se existe reconhecimento do dinheiro	Presente

### Caso Clínico II – Utente K (Avaliação Final)

#### Disponibilizar Presença<sup>58</sup> – Indicador I –

Indicadores de comunicação verbal	Avaliação
Manifesta interesse pela minha presença	Actualmente mostra-se seguro, confiante, tranquilo e interessado, cumprimenta-me “boa tarde...Sr. Trindade...vamos conversar...”.
Manifesta interesse nas actividades	Participou nas actividades com entusiasmo e satisfação, “estive presente na festa do 25 de Abril, joguei ao loto...”.
Tem uma abordagem espontânea	Mostra-se menos reservado mais comunicativo e com iniciativa.
Solicita a minha presença	Procurou-me várias vezes para conversar, apresentou questões pertinentes, mais integrado na dinâmica da unidade.

---

<sup>57</sup> Segundo Nunes e Pais, 2007

<sup>58</sup> Segundo Oliveira et al, 2005

### Oferecer Escuta Activa <sup>59</sup> – Indicador II

Indicadores	Avaliação
Verbalização de sentimentos	O Sr. K verbaliza “...continuam a dar apoio, fico contente...”
Manifesta disponibilidade	Manifesta interesse e vontade “...gosto de ajudar...colaborar...e participo...”, sorri.
Manifesta descontração e “à vontade” aquando da realização das actividades	Evoluiu favoravelmente e aderiu às solicitações/actividades propostas com entusiasmo e satisfação.

### Promover Suporte Emocional <sup>60</sup> – Indicador III

Indicadores	Avaliação
Verbalização dos seus medos e receios através da expressão dos sentimentos	Expressa os seus sentimentos e receios de forma tranquila.
Manifesta vontade na execução das actividades	Mantém vontade e satisfação na execução das actividades.

### Técnica da Validação <sup>61</sup> – Indicador IV

Indicadores	Avaliação
Manifesta melhoria da auto-estima através do comportamento, postura, auto-cuidado e discurso positivo	Fácies mais expressivo, sorridente, postura direita, adequado na apresentação e no discurso verbal.
Melhoria da interacção social	Participa com agrado nas actividades de grupo “...gosto de jogar ao Loto...”, aderiu às comemorações festivas do 25 de Abril, com participação activa.
Redução da ansiedade e da tensão emocional	Calmo, tranquilo, seguro, discurso adequado

<sup>59</sup> Segundo Oliveira et al, 2005

<sup>60</sup> Segundo Manuel Lopes, 2006

<sup>61</sup> Os indicadores tiveram em consideração as orientações referidas por Caldas & Mendonça (2005) que atribuem a esta técnica a recuperação da auto-estima, promoção da comunicação e interacção com os outros, redução da tensão emocional e da ansiedade, estimulação do potencial adormecido.

### **Terapia da Reminiscência <sup>62</sup> – Indicador V**

Indicadores	Avaliação
Melhoria da memória do sujeito	Não se aplica
Melhoria da orientação do sujeito	Não se aplica

### **Nível de percepção de si mesmo <sup>63</sup> – Indicador VI**

Indicadores	Avaliação
Apresentação	Mantém-se adequada.
Postura e morfologia	Descontraído, cabeça e ombros direitos.
Mímica Expressão	Expressivo e sorridente.
Motricidade	Mantém-se adequada.
Estado de humor	Mantém-se eutímico.
Harmonia dos movimentos, rituais, tiques, maneirismos, tremores	Adequada, mantém discretos tremores das mãos.
Contacto e linguagem: alterações	Mantém-se cordial e com linguagem adequada.

### **Nível de Consciência <sup>64</sup> – Indicador VII**

Indicadores	Avaliação
Clareza e continuidade do discurso	Discurso mais objectivo, contínuo e menos repetitivo.
Reflexibilidade do pensamento	Mantém-se presente.
Automatização do pensamento	Continua adequado.
Orientação ao nível da amplitude.	Mantém-se sem alterações.

<sup>62</sup> Segundo Caldas e Mendonça, 2005

<sup>63</sup> Segundo Abreu (2001) “Introdução à Psicopatologia Compreensiva”

<sup>64</sup> Segundo Abreu (2001) “Introdução à Psicopatologia Compreensiva”

(expansão da consciência) <sup>65</sup> , (desagregação da consciência) <sup>66</sup> (estado crepuscular) <sup>67</sup>	
Atenção e concentração	Mantém-se sem alterações.
Consciência de si: da identidade do eu <sup>68</sup> unidade do eu <sup>69</sup> , actividade do eu <sup>70</sup> e dos limites do eu <sup>71</sup>	Mantém-se sem alterações.
Consciência do corpo <sup>72</sup>	Mantém-se sem alterações.

### Nível do Pensamento <sup>73</sup> – VIII

Indicadores	Sim	Às vezes	Não
Identifica, expressa-se normalmente	X		
Não divaga e mantém o tema		X	
Divaga ocasionalmente, usa pormenores e descrições mantêm o tema	X		

<sup>65</sup> Segundo Abreu (2001, 81) pode estar associado a estados maníacos ou acção de drogas

<sup>66</sup> Segundo Abreu (2001, 81) o sujeito apresenta de modo persistente uma grande desorganização, incapaz de adquirir alguma ordem pela c reactividade voluntária e reflexiva.

<sup>67</sup> Segundo Abreu (2001, 81) refere que a consciência está centrada no tema e acção em curso com obliteração de outras alternativas possíveis e conseqüente redução da flexibilidade.

<sup>68</sup> Segundo Abreu (2001, 84) relaciona-se com a noção mantida do sujeito que é o mesmo que antes.

<sup>69</sup> Segundo Abreu (2001, 85) evidência que o tempo e o espaço é vivido simultaneamente pelo sujeito não podendo estar em dois sítios ao mesmo tempo.

<sup>70</sup> Segundo Abreu (2001, 87) insere no facto de que o sujeito tem sentimentos, pensamentos, acções e recordações que são seus e por ele produzidos, ocorrendo estes ao longo do tempo vinculados num ponto central, idêntico e unitário que é o próprio sujeito.

<sup>71</sup> Segundo Abreu (2001, 88) relaciona-se com a consciência do eu em oposição ao exterior

<sup>72</sup> Segundo Abreu (2001, 89) considera que apesar de uma independência existe uma relação entre a consciência do eu e o corpo. O corpo, contudo pode estar mais ou menos perto do eu, sintonizado, indiferente ou em conflito com a consciência do eu.

<sup>73</sup> Segundo Sequeira, 2006

Dificuldade para manter o tema			X
Ser incapaz de se expressar			X
Capacidade para se socializar: ter iniciativa para estabelecer relações	X		
Capacidade em gerir o seu dinheiro: fazer compras, efectuar pagamentos	X		

### Nível de Orientação<sup>74</sup> – IX

Indicadores	Sim	Às vezes	Não
Tem alguns problemas de orientação			X
Orienta-se na enfermaria sem dificuldade	X		
Sabe a data, ano, mês e dia da semana	X		
Sabe a estação do ano	X		
Sabe o seu nome	X		
Sabe o nome das pessoas à sua volta	X		
Completamente desorientado			X

### Alteração da Cognição<sup>75</sup> - X

Indicadores	Avaliação
Memória	Mantém-se sem alterações.
Atenção	Mantém-se sem alterações.
Gnosia	Mantém-se sem alterações.
Praxia	Mantém-se sem alterações.
Linguagem/escrita	Mantém-se sem alterações.

<sup>74</sup> Segundo Sequeira (2006, 146), que sugere como pode ser efectuada a avaliação tendo em consideração uma escala revelando o grau de alteração aos vários níveis.

<sup>75</sup> Segundo Nunes e Pais, 2007

### Percepções <sup>76</sup> – Indicador XI

Indicadores	Avaliação
Se existe reconhecimento das cores	Mantém-se presente.
Se existe reconhecimento das figuras geométricas	Mantém-se presente.
Se existe reconhecimento dos animais	Mantém-se presente.
Se existe reconhecimento do dinheiro	Mantém-se presente.

---

<sup>76</sup> Segundo Nunes e Pais, 2007

**ANEXO VI – “Reflexão da bibliografia considerada  
pertinente”**

## REFLEXÃO DAS MINHAS LEITURAS

### Reflexão de leituras de livros e Artigos de Investigação

**“Doença de Alzheimer Exercícios de Estimulação”**, Nunes e Pais (2007). Mencionam como principais alterações nas actividades básicas do dia-a-dia: o saber vestir/despir, saber prestar cuidados pessoais, saber tomar banho, saber alimentar-se, conhecer a área circundante ao domicílio, manter a sua mobilidade na comunidade e manter a recreação e lazer.

Este livro ajudou-me a orientar as minhas intervenções terapêuticas de forma sustentada com base na evidência, relacionadas com as actividades de vida diária, revelando-se bastante importante.

**“Pacientes esquizofrénicos que vivem en la comunidad”**, Quilez e tal (2003). Este estudo revela-se pertinente uma vez que evidenciam ser fundamental existir uma avaliação funcional prévia, enumeração de objectivos a atingir com cada indivíduo, sistematização das actividades a desenvolver tendo em consideração os objectivos delineados e a avaliação de resultados. Evidenciam a necessidade do treino das actividades de vida diária e do treino de aptidões sociais na aquisição de competências de sobrevivência, de forma a estimular a autonomia e a obter objectivos afectivos e sociais necessários à vida social no sujeito com doença mental prolongada.

Também evidenciam no seu estudo a importância do enfermeiro na equipe multidisciplinar de forma a prestar cuidados de qualidade, minimizando aspectos negativos inerentes à institucionalização do sujeito, pelo que, podemos considerar que o papel do enfermeiro neste contexto é fundamental. Identificam no perfil clínico do sujeito com doença mental institucionalizado, a existência de um elevado padrão de cronicidade e sintomatologia negativa, implicando um aumento do relacionamento com o desenvolvimento das competências inerentes às actividades de vida diárias.

**“O cuidar do doente mental crónico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico<sup>77</sup>”** estudo realizado por Bressan e Scatena (2002) os resultados do seu estudo sugerem a necessidade do desenvolvimento de actividades, conferindo-lhes maior autonomia e participação no seu processo terapêutico e de socialização, existindo também a necessidade do envolvimento em todo o processo da família ou sujeito de referencia. Neste contexto é fundamental ter estes aspectos em consideração para poder conferir maior autonomia e bem-estar ao sujeito.

Também evidencia o papel do enfermeiro, através de uma intervenção especializada, uma vez ser esta o que melhor conhece as suas reacções e o seu comportamento, visto permanecer mais tempo junto do doente, conferindo-lhe responsabilidade na sua reabilitação e inserção social.

**“Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização<sup>78</sup>”** Estudo realizado por Sadigursky e Tavares (1998) salientam a necessidade de uma reeducação social adequada e planeada de forma a poder proceder a uma reintegração e consequentemente, à sua desinstitucionalização, quer isto dizer que, devemos estruturar um plano terapêutico individualizado, que deve ser articulado em todos os aspectos referentes ao sujeito com vista a melhoria das suas competências aos vários níveis.

#### **“Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação” (Phaneuf, 2005)**

O livro de Phaneuf (comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação), considero um bom livro, orientador na abordagem holística ao sujeito doente, não só ao sujeito afecto de doença mental. Leva-nos a reflectir acerca de nós próprios, das posturas, das formas de abordagem ao doente, da utilização da linguagem verbal e não verbal, das técnicas de entrevista. Indica o caminho a percorrer, utilizando uma linguagem simples e útil com múltiplas formas práticas de agir. Considera que a relação de ajuda é utilizada como um instrumento terapêutico, pelo que é necessário um clima de compreensão e favorecimento de apoio ao sujeito que necessita de ajuda, através da compreensão, aceitando-o e ajudando-o de forma a promover a sua autonomia e bem-

---

<sup>77</sup>Disponível:[http://www.scielo.br/scielo.php?scrip=sci\\_arttex&pid=S01041169200200005000009&Ing=es&nrm=iso&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?scrip=sci_arttex&pid=S01041169200200005000009&Ing=es&nrm=iso&tIng=pt)

<sup>78</sup>Disponível:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411691998000200005&script=sci\\_arttext&ting=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411691998000200005&script=sci_arttext&ting=en)

estar. Considero um livro fundamental e indispensável para os enfermeiros, ajuda com inúmeros exemplos, exercícios de aplicabilidade na evidência prática diária e reflexão sobre essas mesmas práticas.

#### **“Relação de Ajuda em Enfermagem – Perspectivas sobre a prática e a Formação”**

Tese de mestrado realizada por Josefina Frade em 2006. Tratou-se de um estudo descritivo de natureza exploratória e quantitativo, que envolveu sessenta e três alunos de duas Escolas Superiores de Enfermagem. Utilizou como instrumento de colheita de dados o Inventário de Relações Interpessoais de Barrett-Lennard, e obteve os seguintes resultados: o desenvolvimento da competência relacional através de técnicas de comunicação e/ou da experiência vivenciada tem diferente impacto na aquisição de atitudes relacionais positivas.

**“Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva”**, (Oliveira et al, 2005), este estudo centrou-se no significado da comunicação em enfermagem, tendo sido utilizado o silêncio, a escuta activa, a aceitação e o humor, como técnicas de comunicação.

Uma das técnicas de comunicação terapêuticas mais utilizadas é a escuta activa, funciona como um instrumento fundamental no estabelecer a relação terapêutica enfermeiro/paciente, também é utilizada como forma de demonstrar interesse, aceitação e respeito pelo outro. Este estudo chama a atenção para os obstáculos à comunicação e a compreensão da linguagem não-verbal.

**“Doença de Alzheimer – Exercícios de estimulação”**, (Nunes e Pais, 2007), são dois volumes com base em exercícios de estimulação da atenção, linguagem e gnóscias no volume I. No volume II evidencia a importância da memória e a capacidade que o nosso cérebro tem para reter e evocar informação sobre nós próprios e o que nos rodeia. Mencionam exercícios práticos e facilmente aplicáveis referentes à memória, praxis e funções cognitivas no sujeito. Estes livros revelaram-se importantes e orientadores durante as minhas intervenções terapêuticas.

**“Frequent attenders in general practice: problem solving treatment provided by nurses<sup>79</sup>”**, (Schreuders, B. et al. 2005), evidenciam neste estudo que a técnica de

---

<sup>79</sup> Disponível: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1260018>

resolução de problemas é um tratamento psicológico breve, realizado por enfermeiros, enumeram estudos anteriores que comprovam a eficácia deste tratamento. A curto prazo reduz os sintomas, a médio prazo melhora as capacidades do próprio sujeito na resolução de problemas, no bem-estar físico e psicológico, no funcionamento diário, nas respostas comportamentais e fisiológicas ao stress, na avaliação de problemas e da utilização dos cuidados de saúde. Concluí-se que contribui para o bem-estar do sujeito e melhora a sua autonomia.

**“ A Relação Enfermeiro – Doente como Intervenção Terapêutica”** (Lopes, 2006)

Considero este livro uma referência importante e um dos focos principais da minha atenção, não só pela forma como foi escrito, mas acima de tudo pela clareza das questões relacionais da nossa prática. Evidência a importância da oferta de disponibilidade na promoção de confiança do sujeito. Dá ênfase à relação enfermeiro – doente, mostra a natureza dos cuidados de enfermagem com simplicidade e objectividade, embora este estudo se passe num hospital de dia de oncologia, é bem evidente que as competências e as abordagens descritas são extrapoladas para a nossa prática diária em qualquer relação terapêutica de ajuda. No entanto, muitas vezes não temos consciência das nossas próprias competências, ao reflectir-nos sobre elas, tornamo-nos mais conscientes e somos capazes de explicar aos outros a importância do nosso papel na relação enfermeiro – doente.

O autor foca diversos aspectos a ter em consideração na relação com o sujeito, ser visto de maneira holística implica conhecer bem o sujeito e toda a sua rede de interacção social, de forma a poder reabilitar, conferindo maior autonomia ao sujeito. Na relação de ajuda o enfermeiro deve usar uma franca comunicação, dirigida ao sujeito e perceber a forma como o sujeito a recebe, interpreta e expressa mensagens orais, escritas e não verbais, a forma como usa toda a comunicação. Aspectos a ter sempre presentes na relação de ajuda pelo enfermeiro, destaca a importância da autonomia, confrontação, respeito, promoção do conforto e gestão da informação.

Relativamente ao processo de avaliação diagnóstica, considera que é sobreponível ao processo de intervenção terapêutica em enfermagem, sendo fundamental compreender a forma como o utente vive a sua doença. Existe também a necessidade de compreender os seus sinais e sintomas, e ainda identificar a ajuda que

necessita, para ultrapassar as dificuldades sentidas, sendo caracterizado pela gestão de sentimentos e gestão da informação.

Nas conclusões do seu estudo (Lopes, 2006), revela a importância da identificação da estrutura conceptual da intervenção relacional terapêutica, designando-as por categorias, uma designada de autoritário (do tipo prescritivo, informativo e confrontação) e outra facilitador (do tipo catártico, catalítico e de suporte), assim permitem identificar as formas de intervenção utilizadas pelo enfermeiro, aquando de uma entrevista de ajuda. Como reflexão final posso dizer que ao prestar uma ajuda efectiva e adequada, também mostra como crescemos pessoal e profissionalmente.

**“Introdução à Prática Clínica”** (Sequeira, 2006), revela um conjunto de instrumentos técnicos promotores de uma melhoria da interacção social, tais como: a sensibilidade, assertividade, autenticidade, confiança, auto-estima, equilíbrio emocional, capacidade para dar-se a conhecer, cooperar, confrontar e o saber estabelecer compromissos. Revelando-se importante a sua aplicação de forma concertada ao longo das intervenções terapêuticas ao sujeito.

**“Reabilitação das pessoas com doença mental – das famílias para a instituição e da instituição para as famílias”** (Margarida Cordo, 2003), este livro representa uma nova perspectiva, condutora dos meus ideais de saúde mental, isto é, o de acreditar no outro, de que ele é capaz, centrar a atenção nas capacidades e não na doença ou nas incapacidades, permitindo caminhar no sentido de cidadãos de pleno direito. A reabilitação apresenta resultados quando se investe na pessoa, no desenvolvimento das suas competências, respeitando o outro, proporcionando que a pessoa se assuma como parte integrante do seu projecto de recuperação, tudo reporta à qualidade assistencial prestada. O trabalho em equipa multidisciplinar é fundamental e assume um papel na reabilitação, de facilitador, estimulador e motivador do indivíduo, centrado na dignidade, participação.

O livro menciona os projectos de reabilitação efectuados na Casa de Saúde do Telhal, a experiência resultante da aplicação dos programas e as linhas orientadoras do processo de reabilitação de pessoas com doença mental., autonomia e desenvolvimento pessoal. Destaco, a promoção da reabilitação pessoal: através do desenvolvimento pessoal e social com apoio psicoterapêutico individual e o treino de aptidões sociais; gestão do contexto/orientação da realidade; gestão da medicação, gestão dos bens

personais, inclui (dinheiro); terapia de grupo e relaxamento. Promoção da reabilitação ocupacional: através de actividades criativas; actividades produtivas; formação profissional; centros de emprego; trabalho protegido; programas de integração no mercado de trabalho; actividades de lazer e tempos livres.

A reabilitação de pessoas com doenças psiquiátricas e institucionalizadas de longa duração é possível, nunca será fácil, mas é exequível, a inovação e a persistência é fundamental.

**“Doença de Alzheimer e outras doenças em Portugal”**, (Caldas, A e Mendonça e A, 2005), considero a leitura deste livro fundamental e pertinente por se enquadrar no contexto das intervenções terapêuticas, sustentadas no diagnóstico efectuado ao cliente com diminuição da memória, orientação e aumento da dependência das actividades de vida diária, recorrendo a técnicas como a empatia e escuta activa.

**“Doença de Alzheimer e outras doenças em Portugal”**, (Caldas, A e Mendonça e A, 2005), estes autores evidenciam a importância desta terapia, sugerindo que pode ser efectuado em grupo ou individualmente. Os sujeitos devem ser encorajados a falar dos acontecimentos de vida passados, devendo desenvolver assuntos à volta da informação que o sujeito recorda, recorrendo para tal, à sua memória remota.

## REFLEXÃO DE FORMAÇÕES ASSISTIDAS

A minha preocupação no enriquecimento pessoal e valorização profissional, passa obviamente pela participação em eventos científicos., com carácter de reflexão e aprendizagem em relação aos diferentes temas, que se encontram ligados á minha opção profissional na área da Reabilitação Psicossocial.

Estive presente nas **14<sup>as</sup> Jornadas de Saúde Mental do Algarve**, nos dias 28,29 e 30 de Abril de 2010 no Hotel Tivoli Carvoeiro. Tema central “Fronteiras Fluidas”, viagem estimulante entre fronteiras, onde as certezas vão ficando ultrapassadas. (**anexo**) Estas jornadas permitiram reflectir e tomar conhecimento das diferentes perspectivas de abordagem em diferentes temas, por exemplo, o inato e o adquirido, os estados de consciência, as fronteiras das Neurociências, da Psicologia, da Neurologia e da Psiquiatria.

Destaco a conferência do Dr. Álvaro de Carvalho que fez o ponto de situação, da Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental do País, falou na organização dos serviços, na rede de Cuidados de Continuados Integrados de Saúde Mental, na formação realizada aos diferentes técnicos, que constituem as equipas multidisciplinares que geograficamente abrangem todo o País. Informou que a CNSM (Coordenação Nacional para a Saúde Mental) está a chegar ao fim do primeiro ciclo da formação nacional na área dos Cuidados Integrados e Recuperação / Terapeutas de Referência, neste momento estão a decorrer sessões de Formação de Formadores, com o objectivo de formar formadores locais, representantes dos diversos departamentos, para replicar os conhecimentos adquiridos às restantes equipas de origem a que pertencem.

De acordo com o Plano de Acção do ano 2010 do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Setúbal, realiza-se mensalmente uma formação em serviço, para a equipa multidisciplinar do departamento, com temas de actualidade e interesse, como o realizado no **dia 26 de Março** com a participação da **Dra. Carla Amante**, do Centro Emprego e Formação Profissional. Apresentou o tema “**Quais as soluções de Integração Sócio – Profissionais para os nossos utentes**”, que nos elucidou sobre o que de novo existe, em legislação laboral, cursos profissionais, acessibilidades de frequência e equivalências de habilitações literárias, assim como de estágios remunerados e empregos protegidos que sirvam as necessidades da nossa

população. Concretamente falou da Iniciativa de Emprego 2010; Entidades Empregadoras, Apoios à Inserção Profissional. Abordou-se a necessidade de estabelecer parcerias entre os diversos parceiros intervenientes como sejam: Câmaras Municipais, Junta de Freguesias, Centro de Emprego, IPSS, Hospital e Entidades Privadas.